Dr. Antoni Trilla: "Los profesionales de la salud debemos ser los primeros en informar, ser creíbles y ser honestos"

Twittear
facebook

«La enfermedad forma parte de nuestras vidas. Hoy en día, tenemos grandes profesionales y muchas intervenciones (medicamentos, cirugía, vacunas, etc.) que pueden ayudar a prevenir o controlar y curar muchas enfermedades. No todas, obviamente. En cualquier caso, una buena actitud ante la enfermedad es siempre, siempre, un factor positivo para ayudar a superarla o, si ello no es posible, afrontarla con dignidad y con la mejor calidad de vida posible»

Dr. Antoni Trilla. Jefe del Servicio de Epidemiología del Hospital Clinic de Barcelona

.....

Entrevista realizada por Houda Bakkali

¿Cuáles son los principales problemas de salud pública a los que se enfrenta nuestra sociedad?

Los principales problemas de salud pública en el mundo, considerado en su conjunto, son los derivados de la pobreza, la falta de educación básica y la falta de acceso de una parte significativa de la población al agua potable, a alimentos adecuados y suficientes y a medidas de prevención sanitaria eficaces, como las vacunas o el control del embarazo y parto.

A nivel internacional, ¿cuáles son las enfermedades que presentan mayor incidencia?

Hay dos grandes grupos: las denominadas “no comunicables” (NCD), básicamente enfermedades cadiovasculares (infartos, tanto cardiacos como cerebrales) y el cáncer. En segundo lugar, las enfermedades transmisibles (infecciones como la malaria, la tuberculosis o el SIDA).

¿Y las que menos?

Las denominadas “enfermedades raras” que, por definición, suponen un amplio grupo de enfermedades en las que el número de personas afectadas por millón de habitantes es muy bajo, es decir, son muy infrecuentes.

¿Cuáles son las enfermedades que mayor problema pueden presentar para su diagnóstico precoz?

Todas ellas, pero especialmente aquellas en las que la historia natural de la enfermedad no es muy conocida y por ello resulta muy difícil establecer un diagnóstico en fases aún muy precoces. Algunos tipos de tumores, enfermedades neurodegerativas y enfermedades cardiovasculares no tienen actualmente un método de diagnóstico suficientemente precoz como para considerar su tratamiento antes que la enfermedad ya se haya desarrollado excesivamente.

¿Es la inactividad física un problema de salud pública?

Claramente. Es uno de los determinantes principales de nuestra salud. Hacer ejercicio físico (andar 20 minutos al día) es una de las mejores inversiones que podemos hacer para mejorar y mantener nuestra salud.

¿Qué supone la obesidad para la salud?

Un riesgo real e importante de enfermedades como la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares, diabetes y algunos tipos de cáncer**.**

¿De qué manera puede afectar el estrés a nuestra salud?

El estrés es, a partir de un cierto nivel, perjudicial para la salud. Influye negativamente en varios de nuestros sistemas biológicos y puede contribuir al desarrollo de enfermedades,

¿Qué suponen las vacunas para la salud?

Las vacunas son una de las intervenciones sanitarias más efectivas y a menor coste que más ha contribuido a la mejora de la salud pública. Sin vacunas, y aún habiendo mejorado las condiciones de higiene de forma muy notable, tendríamos epidemias de enfermedades que, gracias a las vacunas, podemos controlar.

Cuando hablamos de vacunas, ¿qué se ha conseguido y qué queda por conseguir?

Se ha avanzado mucho, pero quedan muchos retos por alcanzar: lograr vacunas más eficaces (por ejemplo, para la gripe), descubrir nuevas vacunas (por ejemplo para la malaria, la tuberculosis o el SIDA), hacer accesibles las vacunas a todas las poblaciones y países que las necesitan y hacerlo a un coste asumible.

Medicina natural y terapias alternativas, ¿cuáles y en qué patologías se demuestra la eficacia de su uso?

Mi formación médica esta basada en el empleo del método científico. Lamentablemente, la gran mayoría de este tipo de terapias alternativas o medicina natural no ha sido jamás capaz de demostrar su eficacia bajo las reglas que empleamos por ejemplo para evaluar un medicamento o una intervención quirúrgica. Personalmente, si no hacen daño (que ya es importante) y proporcionan algún tipo de mejora en los síntomas, no veo inconveniente en emplearlas, siempre bajo la supervisión de un profesional médico.

La esperanza de vida en España está aumentando, ¿qué supone para nuestra salud y nuestra calidad de vida?

Más esperanza de vida es un buen indicador global de salud. Sin embargo, es aún más importante la esperanza de vida en buena salud. Añadir años a la vida, sin

calidad de vida, es una futilidad y creo que no es tampoco ético. El reto es envejecer saludablemente y morir dignamente, cuando nos toque a cada uno de nosotros.

¿Qué retos supone para la Medicina y para el sistema sanitario?

Más población con problemas de salud crónicos que habrá que ir afrontando. El 80% del gasto sanitario se concentra en un 20% de la población, que es la de mayor edad. También iremos viendo cambios importantes: las prótesis de cadera o rodilla, por ejemplo, deberán recambiarse al cabo de unos años, porque los pacientes vivirán más. Todo un reto para nuestra sociedad y para el sistema sanitario.

¿Qué enfermedades son prevenibles?

Aquellas en las que el agente causas son conocidos y sobre los que es posible actuar. Las infecciones y su prevención (las vacunas) son un ejemplo, las enfermedades cardiovasculares y su prevención (control de los factores de riesgo: no fumar, evitar el sedentarismo, controlar la tensión arterial, dieta saludable y peso adecuado) son otro ejemplo.

La relación entre médico y paciente, ¿en qué debe basarse?

En la confianza y respeto mutuo. El paciente debe confiar en el conocimiento técnico y en la empatía del médico y el médico debe evitar el paternalismo es esta relación.

Actualmente, ¿qué limitaciones considera que pueden existir en la relación medico-paciente?

Falta de entreno de los profesionales en tratar con los pacientes y sus familias y una inexcusable excusa: “no tengo tiempo”. Invertir tiempo en escuchar a los pacientes y hablar con ellos es la mejor inversión que un médico puede realizar.

Pros y contras de la información sobre salud en Internet, ¿cuáles destacaría?

Internet ha revolucionado la información sanitaria, pero sufrimos la denominada “infoxicacion”. No todas las fuentes son fiables, ni todo el mundo es honrado y honesto: hay mucha falsedad interesada circulando sin control en internet, y los pacientes pueden no tener ningún modo de saber con certeza quien está detrás de cada página, que formación tiene y que argumentos científicos respaldan sus afirmaciones.

Divulgación y salud, ¿cómo hacer que el binomio funcione?

Con trabajo a largo plazo. Los profesionales de la salud debemos ser los primeros en informar, ser creíbles y ser honestos.

La salud en positivo, ¿qué mensaje nos dejaría para que la actitud positiva ayude en el proceso de la enfermedad?

La enfermedad forma parte de nuestras vidas. Hoy en día, tenemos grandes profesionales y muchas intervenciones (medicamentos, cirugía, vacunas, etc.) que pueden ayudar a prevenir o controlar y curar muchas enfermedades. No todas, obviamente. En cualquier caso, una buena actitud ante la enfermedad es siempre, siempre, un factor positivo para ayudar a superarla o, si ello no es posible, afrontarla con dignidad y con la mejor calidad de vida posible.

Maestría en Gestión Hospitalaria OnLine

8 de abril de 2014
La Maestría está orientada a que los alumnos adquieran una visión global de la gestión hospitalaria, proporcionándoles herramientas y habilidades que les capacite para gestionar y dirigir los recursos humanos y los tecnológicos sobre los que descansa un hospital. Asimismo, a través de la Maestría, se aprende a hacer un uso racional de los procesos asistenciales y a trabajar en equipo en las distintas secciones y departamentos, todo ello aplicando los parámetros de calidad aplicables en la gestión hospitalaria.

Más información [+]

Dr. Aureli Torné: “La palabra cáncer no es sinónimo de muerte, cada vez un mayor número de pacientes se cura definitivamente”

Twittear

facebook

Día Mundial Contra el Cáncer | 2014
«Se estima que aproximadamente el 50% de los cánceres que afectan a la mujer son de origen ginecológico (…) El diagnóstico precoz es, sin duda, uno de los factores más decisivos en la supervivencia de dicha enfermedad. Por tanto, todas las mujeres deben ser conscientes de la importancia de cumplir con las revisiones ginecológicas y las pautas de cribado actualmente establecidas»
«La creciente investigación en el conocimiento de esta enfermedad ha permitido en los últimos años cambiar radicalmente el panorama de los pacientes con cáncer»

Dr. Aureli Torné Bladé consultor en Ginecología Oncológica del Hospital Clinic de Barcelona. Presidente electo de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia.

……..

¿Qué papel juega la comunicación en oncología?

Si la comunicación en medicina es tremendamente importante, en oncología todavía más. Cuando un paciente recibe la noticia de que padece un cáncer experimenta sentimientos de angustia, ansiedad, desamparo, desolación, rabia, frustración y, especialmente, mucho miedo. Miedo a los efectos de la enfermedad y a la repercusión que tendrá sobre su cuerpo y su vida, al sufrimiento, al dolor, a los efectos de los tratamientos y sobretodo a la muerte. Uno de los principales recursos que tiene el médico en el momento de dar esta terrible noticia al paciente es su palabra. Informar adecuadamente y con la mayor claridad posible todos los aspectos que preocupan al paciente, exponer con detalle el plan de tratamiento y las posibles opciones para poder luchar contra esta enfermedad. En definitiva, darle la fuerza que requiere para afrontar la enfermedad y su tratamiento, proporcionarle el consuelo y comprensión que necesita y sobre todo darle esperanza, sin la cual es muy difícil afrontar esta enfermedad.

¿Por qué es preciso desmitificar el termino cáncer?

Porque es una realidad muy cotidiana. Todo el mundo tiene algún familiar, conocido o amigo con esta enfermedad. Más del 40% de la población tendrá un cáncer en algún momento de su vida. La palabra cáncer no es sinónimo de muerte, cada vez un mayor número de pacientes con cáncer se cura definitivamente de esta enfermedad. Porque la disponibilidad de nuevos tratamientos permite obtener mayor eficacia con menos efectos secundarios. El máximo objetivo de la oncología es obtener la curación con las mínimas secuelas y sin estigmatización.

Ginecología y cáncer, ¿que consejos daría a las mujeres para fomentar la prevención y el diagnóstico temprano de los cánceres ginecológicos?

Se estima que aproximadamente el 50% de los cánceres que afectan a la mujer son de origen ginecológico. El cáncer de mama es el más prevalente seguido del cáncer de cuello uterino y el cáncer de endometrio. Por suerte, la mayoría de estos cánceres (especialmente el de mama y cuello uterino) pueden diagnosticase en fases iniciales mediante el cribado de la población sana. El diagnóstico precoz es, sin duda, uno de los factores más decisivos en la supervivencia de dicha enfermedad. Por tanto, todas las mujeres deben ser conscientes de la importancia de cumplir con las revisiones ginecológicas y las pautas de cribado actualmente establecidas.

Un mensaje esperanzador cuando hablemos y pensemos en la palabra cáncer

La creciente investigación en el conocimiento de esta enfermedad ha permitido en los últimos años cambiar radicalmente el panorama de los pacientes con cáncer. El diagnóstico precoz, el perfeccionamiento e introducción de nuevas técnicas diagnósticas y la utilización de nuevos tratamientos más personalizados han permitido incrementar sustancialmente la supervivencia y reducir la morbilidad en estos pacientes.

Entrevistas relacionadas

- **Virus del Papiloma Humano y cáncer de Cérvix**
- **Cáncer de vulva**
- **Cáncer de ovario**

Entrevista realizada por HBakkali

Dr. Aureli Torné Bladé consultor en Ginecología Oncológica del Hospital Clinic de Barcelona. Presidente electo de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia

4 de febrero - Día Mundial Contra el Cáncer

Con motivo de la celebración el próximo día 4 de abril del Día Mundial del Cáncer desde la Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura vamos a celebrar un encuentro digital con el **Dr. Jaime Feliú**, Jefe del Servicio de Oncología del **Hospital La Paz** de Madrid (España).
Les invitamos a compartir este enlace y formular sus preguntas que serán respondidas por el doctor el mismo 4 de febrero.
Con ello reforzamos nuestra información sobre salud que ocupa un espacio privilegiado en nuestros servicios de noticias sobre ciencia y tecnología

Envía tus preguntas [+]

Artrosis y deporte - Dr. Teofilo Olmedillo

27 de mayo de 2015

Twittear facebook

Entrevista Houda Bakkali
"En el deportista en activo no suelen existir problemas artrosicos, pero con el paso de los años, los exdeportistas profesionales podrán manifestar más procesos artríticos"

¿Qué entendemos por artrosis?

Es la afección crónica de las articulaciones de naturaleza degenerativa.

¿Con qué señales se manifiesta?

Dolor, inflamación, deformidad, limitación de la movilidad.

Obesidad, edad y el sedentarismo, ¿de qué manera se relacionan con esta dolencia?

A mayor peso, más sobrecarga de las articulaciones de carga (lumbar, caderas, rodillas y pies) A mayor edad mayor posibilidad de existencia de proceso degenerativo. El sedentarismo en principio, no tiene relación con la artrosis.

¿Afecta de igual manera a cualquier edad?

A más edad y peso más posibilidades. Los antecedentes traumáticos podrían favorecer lesiones artrosicas.

¿Existen factores genéticos relacionados con la artrosis?

No se hallan demostrados

¿Se trata de una patología de carácter crónico?

Si , cada día que pasa el proceso será mayor

¿Qué abordaje terapéutico requiere?

Desde todos los frentes terapéuticos: farmacológicos, fisioterápicos, medidas higiénicas, quirúrgicos

¿Cuándo se precisa de cirugía?

Como en toda patología, cuando los tratamientos conservadores no han obtenido resultados.

Artrosis y deporte, ¿qué relación existe? ¿Por qué la artrosis afecta a deportistas?

A mayor agresión sobre las articulaciones mayor probabilidad de proceso artrosico. El deporte en si no tiene relación manifiesta con la artrosis, otra cosa es el deporte profesional, donde existe sobreutilización articular.

¿Hay deportes que favorezcan en mayor medida la aparición de esta dolencia?

Los deportes profesionales, y en mayor grado los de contacto físico.

Aquellas personas deportistas, ¿ante qué señales deben acudir al especialista?

Dolor y limitación de la movilidad. En el deportista en activo no suelen existir problemas artrosicos, pero con el paso de los años, los exdeportistas profesionales podrán manifestar más procesos artríticos.

¿Son más propensos a padecer artrosis aquellas personas que comenzaron a practicar deporte a edades tempranas?

Son más propensos los que realizan deportes con mayor intensidad.

¿En qué casos la artrosis hace incompatible la práctica deportiva?

Cuando se manifiesta la artrosis el deportista profesional ya no realiza deporte. El hecho de mantener higiénicamente una articulación con buen movimiento y buen estado de las partes blandas protegería de la artrosis.

¿Puede la artrosis derivar en otras complicaciones, facilitar otras lesiones o favorecer la aparición de otras dolencia?

No

¿Es común que esta dolencia incapacite para el deporte?

Pensemos que los procesos artrosicos se manifiestan más frecuentemente a partir de los 60 años, no antes

¿Qué hábitos en la práctica deportiva habría que evitar para la prevención del artrosis?

Profesionalismo. Realizar actividad física siempre es saludable tanto física como mentalmente. Como todo en la vida lo malo son los excesos.

Dr. Teófilo Olmedillo. Especialista en Cirugía Ortopédica-Traumatología. Médico Rehabilitador

Máster Interuniversitario Iberoamericano
Cultura de la Ciencia y de la Innovación

Club Scratch Iberoamericano - IBERCIENCIA - IBERTIC

Adhesión gratuita. En 2015 tendrá certificación realizando tareas voluntarias
Scratch es uno de los entornos actuales más interesantes. Está desarrollado por un equipo de expertos del Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT), uno de los centros de referencia a nivel mundial en informática. Cuenta con un equipo de investigación que lleva trabajando durante muchos años en modelos de informática educativa.
La programación de un ordenador se ha convertido durante los últimos años en una ingeniería sumamente especializada, incluso con decenas de ramas e incontables áreas de aplicación. Esta extrema especialización ha restado sin embargo el interés general por el aprendizaje de las técnicas y principios de la programación informática en particular y por los principios de las ciencias de la computación en general.

Más información [+]

Red Iberoamericana de comunicación y divulgación científica - IBERDIVULGA

La **Red Iberoamericana de Comunicación y Divulgación de Información Científica** es una iniciativa de la Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI) que cuenta con el apoyo de la **Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo** de la **Junta de Andalucía**.
El objetivo principal de la Red es incrementar el volumen de información relativa a la ciencia y la tecnología que se encuentra disponible para la sociedad, mejorando la cultura científica de los ciudadanos y fomentando la transmisión de un acervo científico, tanto en español como en portugués.
Le invitamos a unirse a la red. Adhesión gratuita

Más información [+]

Comunidad de Educadores para la Cultura Científica: Abierto el registro libre

Esta Comunidad tiene por objetivo el ofrecer el acceso a unos materiales que han sido desarrollados con el doble propósito de servir para **incrementar la cultura científica y las actitudes investigadores de los estudiantes** iberoamericanos y el de promover entre ellos vocaciones hacia el seguimiento de estudios superiores en ciencias e ingeniería.
Las altas se producirán a partir de la primera semana de cada mes. El acceso a la comunidad es gratuito.

Más información [+]

Palabras clave:

Ginecología | Entrevista al Dr. José María Lailla Vicens

Twittear

facebook

Entrevista HBakkali
«En mujeres jóvenes, los trastornos menstruales y las infecciones vulvovaginales, son los trastornos de consulta más frecuentes en el día a día y en la asistencia primaria, son los problemas ginecológicos más frecuentes»

.....

Dr. José María Lailla Vicens. Presidente de la Sociedad Española de Ginecologia y Obstetricia (SEGO). Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Sant Joan de Déu de Barcelona. Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Barcelona.

.....

¿Qué retos se plantea la ginecología del siglo XXI?

Los avances de los últimos años, se han centrado esencialmente en mejorar las prestaciones de los especialistas en dar la mejor y más segura asistencia a la mujer en todas las épocas de su vida. Entendemos que debemos ampliar las medidas preventivas en todos los procesos, no sólo patologías sino también en todos aquellos que forman parte de su vida sexual y reproductiva como son la contracepción. Desde el punto de vista de la SEGO no sólo tenemos que influir en ampliar la cartera de servicios, en aquellos aspectos que tengan una mayor prevalencia, sino que también tenemos la obligación de ofrecer e insistir ante nuestros socios en instaurar programas de formación continuada para conseguir la mejor acreditación básica posible y crear áreas de capacitación especifica con el mayor nivel científico.

¿Cuándo recomendaría que la mujer comenzara las visitas al ginecólogo?

Nuestra recomendación siempre se centra en indicar que la mujer debe consultar al ginecólogo siempre que tenga cualquier problema o incluso cualquier sospecha de padecer un problema, la prevención es la mejor recomendación. A pesar de ello hay dos circunstancias no patológicas en las que insistimos
debe consultar con el ginecólogo, y es cuando quiera iniciar un sistema contraceptivo y en segundo lugar para el cribado del VPH en donde la recomendación es realizar el primer control a los tres años de inicio de la vida sexual.

¿Cuáles son los motivos más frecuentes de consulta ginecologica en España?

Los motivos de consulta más frecuentes dentro de la ginecológica son: la presentación de una hemorragia o trastorno menstrual sin justificación. En segundo lugar el prurito vulvovaginal, que orienta a la posible infección del tracto genital inferior. La palpación por parte de la paciente de un bulto en la mama, establece también motivo de alarma en la paciente. Por último y aunque parezca imposible el dolor abdominal, en un motivo de consulta pero habitualmente si no es muy intenso, es una visita que se retrasa más tiempo.

La paciente siempre consulta por síntomas, la patología la debe diagnosticar el médico, y cualquiera de estos síntomas puede conducirnos a una patología en un inicio benigna, pero también puede ser maligna, por ello nunca debe menospreciarse la consulta de una paciente.

¿Qué dolencias son las que pueden tener un diagnóstico más complejo?

A partir del síntoma el médico debe iniciar el proceso de diagnóstico, la complejidad del mismo será diferente para cada caso en particular.

Endometriosis, ¿qué supone esta patología?

La endometriosis es una enfermedad especialmente molesta ya que su principal síntoma es el dolor en distintas presentaciones. Su incidencia y prevalencia son elevadas, hasta el punto que en EE.UU se considera que es la primera causa de absentismo laboral en la mujer joven. En la actualidad se dispone de medios diagnósticos que nos permiten detectar el proceso en su fama inicial y además los tratamientos antialgicos, y especialmente hormonales resultan no sólo más efectivos, sino que además han permitido desplazar a la cirugía a un tratamiento ya final y de rescate ante el fallo de todos los otros.

La infección de VPH y el cáncer de cuello uterino, ¿cuál es la relación real?

La aportación de Zur Hausen, relacionando la infección por VPH, con el cáncer de cuello uterino, sin duda ha sido una de las aportaciones más importantes en los últimos años, ya que nos ha permitido centrar el cribado de esta neoplasia sólo a un grupo de mujeres y además hacerlo con eficacia. La infección de VPH no quiere decir que esta paciente tendrá un cáncer de cuello uterino, pero si que no habrá este tipo de cáncer sin una infección previa.

¿Es posible la prevención de VPH?

Sin lugar a dudas, lo más importante sería una correcta prevención primaria, es decir una correcta educación y formación sexual y utilizar los medios que impiden el contagio. Si esto no fuera posible, el cribado para la detección de la infección por VPH y el cribado del serotipo, permitiría un gran avance.

En España, ¿qué cáncer ginecológico es el más frecuente?

En el momento actual, el cáncer ginecológico más frecuente es el de mama y en segundo lugar sigue siendo el del cuello uterino.

¿Cuál presenta el mejor y el peor pronóstico?

Sin duda el peor pronóstico en general es para el cáncer de ovario, aunque hemos de aceptar que existen numerosas formas histopatológicas en esta localización con pronósticos diferentes. El de mejor pronóstico es el de endometrio, pero teniendo en cuenta el mismo concepto anterior. Consideramos que hablar en estos momentos de una forma general, puede ocasionar una información incorrecta para la sociedad en general.

En mujeres jóvenes, ¿qué problemas ginecológicos son los más frecuentes?

En mujeres jóvenes, los trastornos menstruales y las infecciones vulvovaginales, son los trastornos de consulta más frecuentes en el día a día y en la asistencia primaria, son los problemas ginecológicos más frecuentes.

¿Qué recomendaciones ginecológicas son necesarias en la adolescencia?

La adolescencia es una época fundamental en la vida de la mujer, por ello es imprescindible el control y el seguimiento de cómo se está produciendo el desarrollo de este proceso, no sólo en el aspecto biológico sino también en el psicológico y de la personalidad de la adolescente. Es importante en este periodo también la formación en los aspectos de la salud sexual y reproductiva de la mujer y que le van a servir para el resto de su vida.

Durante la menopausia. ¿qué cuidados se recomiendan?

La menopausia es otro periodo importante en la vida de la mujer, principalmente cuando en la actualidad podemos decirle a esta mujer que aún tiene más de treinta años de vida por delante y por consiguiente debe vivirlos con la máxima calidad de vida posible. Por ello es también el momento de plantear aquellos consejos y si fuera preciso hacer los tratamientos que con finalidad preventiva deban hacerse en este periodo.

Cuidados durante el embarazo, ¿qué no debe olvidar la mujer durante este periodo?

El embarazo es la época más importante de toda su vida y por consiguiente los cuidados no deben sólo orientarse hacia su propia salud sino también hacia la del feto. Conocemos que la nutrición, la actividad, el ambiente y muchos otros factores influyen en el normal desarrollo del feto, por todo ello la SEGO y también los distintos planes de salud de todas las autonomías, fijan con claridad los objetivos de la atención que debe recibir la mujer embarazada en cada momento de la gestación, y según las diferentes circunstancias que puedan acompañarle. Resulta lamentable que existan colectivos, que basados en una afirmación de que el embarazo es un hecho natural, rechacen los mínimos controles que deben realizarse al menos por respeto al nuevo ser.

Experto en Divulgación y Comunicación de la Ciencia y de la Tecnología

30 de junio de 2014
Este curso está enfocado a mejorar las capacidades, habilidades y conocimientos de aquellas personas vinculadas profesionalmente al ámbito de la gestión de I+D, la comunicación institucional en centros públicos o privados de investigación, la promoción de la actividad científica, la transferencia de conocimientos o el periodismo científico y de divulgación.
Esta estrategia de formación se ofrece en el marco de la Escuela de Ciencia del Centro de Altos Estudios Universitarios de la OEI (CAEU)

Más información [+]

Dr. Emilio Alba: “El cáncer es prevenible, es tratable y en la mitad de los casos es curable”

Twittear

facebook

Día Mundial Contra el Cáncer | 2014
«La comunicación en oncología es fundamental, es la mitad del trabajo clínico»
«Cáncer es una palabra y muchas enfermedades. En general, es un proceso serio pero engloba a enfermedades que se curan con otras esencialmente incurables. Sin embargo, la palabra es tremendamente negativa y tiene un impacto cultural desvastador»
«Si no fumáramos y nos mantuviéramos en el peso ideal, la mortalidad por cáncer bajaría a la mitad»
«En la metástasis la batalla no está perdida y cada día se les gana un poco de terreno»

Dr. Emilio Alba. Jefe del Servicio de Oncología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

……..

¿Podemos prevenir el cáncer?

Podemos. Más de la mitad de los tumores son de causa ambiental y, por tanto, potencialmente evitables. Si no fumáramos y nos mantuviéramos en el peso ideal, la mortalidad por cáncer bajaría a la mitad.

¿Por qué es importante el tratamiento multidisciplinar en oncología?

Es fundamental. La participación de todos los profesionales relacionados con el diagnóstico y el tratamiento del cáncer es esencial para obtener un buen resultado.

¿Cómo ve el futuro de la oncología dentro de 10-15 años?

Creo que se curaran tres cuartas partes de los tumores. Soy optimista.

La metástasis sigue siendo causa la mayoría de muertes por cáncer, ¿luchar contra ella es una batalla perdida?

Las metástasis causan el 90% de las muertes por cáncer, por lo que su control es crucial para poder curar la enfermedad. En la metástasis la batalla no está perdida y cada día se les gana un poco de terreno.

¿Qué avances se están haciendo en el conocimiento y control de la metástasis?

La biología molecular ha hecho que cada vez se conozca mejor el proceso de metástasis. Eso ayuda a diseñar fármacos que puedan controlarlas.

¿Qué papel juega la comunicación en oncología?

La comunicación en oncología es fundamental, es la mitad del trabajo clínico.

¿Por qué es preciso desmitificar el término cáncer?

Cáncer es una palabra y muchas enfermedades. En general es un proceso serio pero engloba a enfermedades que se curan con otras esencialmente incurables. Sin embargo, la palabra es tremendamente negativa y tiene un impacto cultural desvastador.

¿Qué consejos daría a la población para fomentar la prevención y el diagnóstico temprano del cáncer?

Esencialmente: no fume, mantenga un peso cercano al ideal y realice las técnicas de cribado recomendadas por las agencias de salud.

Un mensaje esperanzador cuando hablemos y pensemos en la palabra cáncer

El cáncer es prevenible, es tratable y en la mitad de los casos es curable.

Entrevista realizada por HBakkali.

Dr. Emilio Alba. Jefe del Servicio de Oncología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

4 de febrero - Día Mundial Contra el Cáncer

22 de enero de 2014
Con motivo de la celebración el próximo día 4 de abril del Día Mundial del Cáncer desde la Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura vamos a celebrar un encuentro digital con el **Dr. Jaime Feliú**, Jefe del Servicio de Oncología del **Hospital La Paz** de Madrid (España).
Les invitamos a compartir este enlace y formular sus preguntas que serán respondidas por el doctor el mismo 4 de febrero.
Con ello reforzamos nuestra información sobre salud que ocupa un espacio privilegiado en nuestros servicios de noticias sobre ciencia y tecnología

Enviar preguntas [+]

Dr. Sergio Luna Ordóñez: “Se debe asumir y manejar el cáncer como una enfermedad curable cada vez en porcentajes más altos”

Twittear facebook

Día Mundial Contra el Cáncer | 2014
«La comunicación en oncología es esencial. La transmisión al paciente y su entorno de su realidad médica, expectativas y opciones reales es innegociable»
«Ocultar información y negar cauces de comunicación sólo sirve para relegar al paciente a un plano de inferioridad, totalmente incompatible con su libertad para poder elegir»
«Hay que desmitificar la palabra cáncer para conseguir llevarla al plano en que se trate de una enfermedad abordable, aunque compleja. Así conseguiríamos hablar de una enferdad tratable, curable, manejable y se podría incluir al paciente en la gestión de su enfermedad, más allá de fantasmas y velos de ocultacion»

Dr. Sergio Luna Ordóñez. Especialista en Ginecología Oncológica del Hospital Carlos Haya de Malaga

……..

Ginecología y cáncer, ¿qué consejos daría para prevencion y diagnóstico temprano?

Modificacion de hábitos de vida en búsqueda de hábitos saludables. Ejercicio, dieta, abandono del tabaquismo, salud sexual con protección adecuada frente a las Infecciones de Transmisión Sexual, salud reproductiva con maternidades que se adapten a las realidades individuales pero sin excesivos retrasos. Y, por supuesto, cumplir los programas de revisión recomendados por las sociedades científicas y que se sustenten en la evidencia científica.

¿Qué papel considera que tiene la comunicacion en oncologia?

La comunicación en oncología es esencial. La transmisión al paciente y su entorno de su realidad médica, expectativas y opciones reales es innegociable. Sólo el manejo por el paciente de una informacion veraz, constante y equilibrada le permitirá mantenerse en un estado de autonomía frente a la toma de sus decisiones y participar de manera activa en la gestión de su salud. Ocultar información y negar cauces de comunicación sólo sirve para relegar al paciente a un plano de inferioridad, totalmente incompatible con su libertad para poder elegir.

Uno de los cánceres ginecológicos más comunes es el de endometrio, ¿en qué consiste?

En la proliferacion tumoral no controlada del endometrio, que podemos definir como la cara interna del útero, la que lo recubre en su interior. Se trata de un tejido hormonosensible y cambiante en base al ciclo hormonal femenino.

¿Qué tipos de cáncer de endometrio existen?

De forma general hablamos de cáncer de endometrio tipo I (los de naturaleza endometrioide) y tipo II (estirpe celular papilar seroso y de celulas claras). Es importante destacar que los tumores del endometrio son eminentemente de naturaleza endometrioide. Los tumores tipo II están vinculados a mutaciones y condicionantes genéticos que los acercan de alguna manera a los tumores ováricos en cuanto a prevención, diagnóstico precoz y manejo terapéutico.

¿Cuáles son las manifestaciones más habituales?

La forma de presentacion clínica más común de cáncer de endometrio tipo I, siendo éste el más frecuente en la metrorragia peri y postmenopausica. Los tumores de endometrio tipo II tienen una presentacion clinica menos expresiva y específica.

¿Existen factores ambientales en su desarrollo?

Los cánceres endometrioides suelen aparecer en pacientes obesas, diabéticas e hipertensas; sin hijos o con una maternidad tardia.

¿Es posible la detección temprana de este cáncer?

Sí, en el caso de los tumores endometrioides; más díficil en los tumores tipo II.

Actualmente, ¿qué pronóstico presenta este tumor?

El pronóstico, hoy en día, es globalmente bueno. Si bien no deberíamos confundir este aspecto con una relajacion en los mecanismos de prevencion y control. Se debe prevenir la obesidad, conrolar la diabetes, y evitar el retraso la maternidad. Es importante llevar hábitos de vida saludables, realizar ejercicio físico y llevar un contro ginecológico adecuado que permita la correcta selección de tratamientos hormonales.

¿Por qué es preciso desmitificar el termino cáncer?

Hay que desmitificar la palabra cáncer para conseguir llevarla al plano en que se trate de una enfermedad abordable, aunque compleja. Así conseguiríamos hablar de una enferdad tratable, curable, manejable y se podría incluir al paciente en la gestión de su enfermedad, más allá de fantasmas y velos de ocultacion.

Un mensaje esperanzador cuando hablemos y pensemos en la palabra cáncer...

Se debe asumir y manejar el cáncer como una enfermedad curable cada vez en porcentajes más altos, manejable siempre, y que cada vez más, gracias a los enfoques multidisciplinares consensuados, permite a las pacientes seguir con sus vidas alcanzando estándares de calidad satisfactorios.

Entrevista realizada por HBakkali

Dr. Sergio Luna Ordóñez. Especialista en Ginecología Oncológica del Hospital Carlos Haya de Malaga

4 de febrero - Día Mundial Contra el Cáncer

Con motivo de la celebración el próximo día 4 de abril del Día Mundial del Cáncer desde la Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura vamos a celebrar un encuentro digital con el **Dr. Jaime Feliú**, Jefe del Servicio de Oncología del **Hospital La Paz** de Madrid (España).
Les invitamos a compartir este enlace y formular sus preguntas que serán respondidas por el doctor el mismo 4 de febrero.
Con ello reforzamos nuestra información sobre salud que ocupa un espacio privilegiado en nuestros servicios de noticias sobre ciencia y tecnología

Envía tus preguntas [+]

Dr. Josep Brugada: “La actitud positiva ante la vida, hace que la salud global sea positiva”

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
«La relación entre obesidad infantil y daños cardiovasculares es absolutamente lineal»
«Las enfermedades coronarias, históricamente, son más comunes en varones (…) ahora se está no igualando, pero si que se está aumentando mucho la mortalidad por factores cardiovasculares en mujeres»
«El tabaquismo es probablemente el factor preventivo más importante en Medicina»
«La diabetes es uno de los grandes factores de riesgo coronario ya que afecta a las pequeñas arterias obstruyéndolas»

.....

Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de muerte en todo el mundo. Asismismo, este organismo advierte que en 2030 podrían calcularse cerca de 23,3 millones de muertes a causa de ECV. Procurar una alimentación más saludable, no fumar y evitar una vida sedentaria, son algunas de las claves que ayudan en la prevención de patologías cardiovasculares.

Con motivo de la Semana del Corazón 2013, el **Profesor Josep Brugada Terradellas**, Director médico del Hospital Clinic del Barcelona, considerado uno de los cardiólogos de mayor prestigio y reconocimiento del panorama médico actual, nos responde qué cuidados debemos tener en cuenta para favorecer nuestra salud coronaria.
.....

Desde el punto de vista de investigación en enfermedades coronarias, ¿en qué momento estamos?

La cardiología ha cambiado mucho en los últimos 20 años, ha habido muchos avances: la aparición de los desfibriladores implantables, que han prevenido muchísimas muertes súbitas en gente de riesgo; la aparición de resincronizadores para tratar la insuficiencia cardiaca; la ablación para tratar la mayoría de arritmias cardiacas; los nuevos anticoagulantes para evitar los ictus; las nuevas válvulas percutáneas que permiten cambiar una válvula sin necesidad de operar el corazón, etc.

¿Qué retos se plantean de cara al futuro?

Probablemente, queda por solucionar el problema de la insuficiencia cardiaca de la gente mayor. Se trata de una enfermedad que aumenta porque la población está envejeciendo y eso provoca que haya mucha gente con insuficiencia cardiaca. Tenemos el problema de la falta de corazones para trasplante. También se plantea el tema de la fibrilación auricular que es la arritmia que todavía no tenemos controlada a nivel global.

Hoy en día, los tratamientos permiten vivir más, pero ¿en qué medida garantizan tener una buena calidad de vida?

Permiten que se viva más desde el punto de vista cardiovascular, pero lógicamente lo que hay que intentar es que esta gente tenga un sistema nervioso adecuado. Si estos pacientes viven más pero son dependientes porque tienen enfermedades degenerativas del sistema nervioso como Parkinson, Alzheimer, etc., estamos creando una generación de "sanos del corazón", pero dependientes por otras patologías, son pacientes que requieren muchos recursos.

Actualmente en España, ¿en cuanto se cifran las muertes por infarto?

En España se estima en unas 35.000 muertes por infarto anuales, aproximadamente.

¿Las enfermedades coronarias son más comunes en varones o en mujeres?

Las enfermedades coronarias, históricamente, son más comunes en varones, porque el varón fumaba más, tenía una cierta desprotección al carecer de algunas hormonas que tienen las mujeres, etc. Pero también es verdad que hemos visto que las mujeres han empezado a fumar mucho más en los países europeos y han empezado a tener los mismos factores de riesgo que los hombres, y ahora se está no igualando, pero si que se está aumentando mucho la mortalidad por factores cardiovasculares en mujeres.

En relación a los trasplantes de corazón, ¿cuáles son los principales problemas que nos encontramos hoy en día?

Encontrar corazones. Afortunadamente, los accidentes de tráfico han disminuido mucho y este hecho hace que haya disminuido en gran medida los trasplantes de corazón.

Ante la falta de donantes óptimos, ¿con qué soluciones contamos?

Corazones artificiales, bombas que intentan suplir al corazón, hay medicamentos nuevos, etc. Contamos con una serie de desarrollos tecnológicos que intentan evitar el trasplante.

Tras recibir el órgano, ¿el paciente puede llevar una vida normal? ¿es común el rechazo?

En principio un individuo trasplantado puede llevar una vida razonablemente normal a pesar de que por supuesto tiene que hacer controles médicos, recibir tratamientos específicos y evitar situaciones que puedan complicar su situación clínica como infecciones, etc.

Pros y contras de los corazones mecánicos, ¿cuáles son?

Los pros están en relación a la capacidad que tienen de poder ayudar a alguien en una situación límite que sin ellos posiblemente fallecería. Los contras están en relación a la necesidad de seguimiento muy estricto con complicaciones posibles por el hecho de estar condicionado a una máquina con todos los problemas que esto conlleva.

¿Podría explicarme qué es el Síndrome Brugada?

Es una enfermedad genética que afecta a los canales eléctricos del corazón. Este defecto genético hace que estos canales funcionen de forma inadecuada y si funcionan de forma inadecuada eso quiere decir que pueden provocar arritmias y éstas pueden resultar mortales. Esto es básicamente el Síndrome Brugada.

¿Por qué es distinto de otros?

Porque esos canales afectados producen unas alteraciones características en el electrocardiograma que permite que solo con analizar el electrocardiograma se pueda determinar que el paciente sufre el Síndrome Brugada.

¿Cómo influye la alimentación en la salud coronaria?

Somos lo que comemos. El corazón es una bomba que necesita oxígeno constantemente para seguir funcionando, no para nunca. Desde que nacemos hasta que morimos, es un músculo que está entrenado para funcionar de forma ininterrumpida toda la vida, por tanto, necesita que le vaya llegando oxigeno, y precisa que los canales que lo alimentan estén especialmente limpios. Todo aquello que ensucie estos tubos que alimentan al corazón va a influir en nuestra salud. La alimentación puede provocar que tengamos exceso de grasa en las arterias y que, por lo tanto, se tapen haciendo que llegue menos oxígeno y que nuestro corazón sufra por ello.

Hábitos dietéticos ¿cuáles son los que más benefician a nuestro corazón?

Básicamente, mantener una alimentación sana y variada. Una alimentación que esté adecuadamente combinada. Si un individuo come todo el día grasa tendrá una mala alimentación, al igual que el que come todo el día solo proteínas. Por tanto, hay que tener una alimentación sana, variada y fresca, que incluya verdura, fruta, pescado, carne, legumbres, lácteos, etc. En definitiva, una dieta variada y bien combinada.

Si yo le hablo de lo que comúnmente se conoce como "comida basura" o "comida rápida" ¿qué me diría?

Hablamos de hidratos de carbono y de grasas de fácil digestión que dan sensación de plenitud de manera inmediata, que son agradables y que por eso tienen mucha aceptación. Es una comida fácil de comer y de asimilar, que de algún modo engancha y lleva a comer cada vez más. Pero tiene esa carencia de la variedad, de la frescura, de lo natural y, sin ninguna duda, acaba siendo perjudicial.

La obesidad, ¿cómo afecta al corazón?

La obesidad es la gran epidemia del siglo XXI. La hemos visto empezar en las sociedades opulentas americanas. Ahora está llegando a Europa, a Sudamérica, etc., y está llegando por una serie de cambios en los hábitos dietéticos que se dirigen hacia comidas de consumo rápido, fácil. A esto se suma la falta de actividad física, el sedentarismo, el uso de nuevas tecnologías, etc. Todo esto lleva a una obesidad infantil muy elevada comparando los datos con otras épocas. Los niños ya no juegan tanto en la calle, si no que prefieren estar en el sofá jugando con la consola, esto genera obesidad infantil, que luego lleva a obesidad en la etapa adulta.

Obesidad infantil y daños cardiovasculares, ¿cuáles son las principales consecuencias de esta relación?

Claramente, la obesidad infantil acaba provocando obesidad en los adultos. Esto conlleva un incremento en el número de diabéticos en esa población, acaba provocando que las microarterias se afecten, lo que genera arterioesclerosis precoz y esto provoca infartos e infartos cerebrales. La relación entre obesidad infantil y daños cardiovasculares es absolutamente lineal.

Y el tabaquismo, ¿cómo afecta al corazón?

El tabaquismo es probablemente el factor preventivo más importante en Medicina. En aquellas sociedades en las que ha disminuido el tabaquismo, en Europa por ejemplo, se ha visto una relación directa en la disminución de infartos. Se habla de que en Europa ha bajado un 30% el número de mortalidad cardiovascular en los últimos 30 años, probablemente, en relación a la disminución del tabaquismo, al mejor control de los factores de riesgo de la hipertensión, del colesterol, etc. Pero al mismo tiempo, se está viendo que esto se está compensando negativamente con la obesidad infantil y la obesidad en edades adultas.

¿Cómo incide la diabetes en la salud coronaria?

La diabetes es uno de los grandes factores de riesgo coronario ya que afecta a las pequeñas arterias obstruyéndolas. Es importantísimo que los diabéticos estén controlados al máximo en su patología para minimizar este riesgo y evitar así la progresión rápida de la enfermedad coronaria.

El estrés, ¿en qué grado afecta?

El estrés afecta a todo nuestro organismo al obligar a trabajar a los órganos por encima de lo habitual. Si un individuo está estresado, descansa mal, está acelerado y consume más recursos de los necesarios para que su organismo funcione. Esto lógicamente acaba afectando al funcionamiento normal de los órganos incluido el sistema cardiovascular.

¿En qué medida se pueden prevenir las enfermedades coronarias? ¿Qué consejos daría en este aspecto?

Si uno es feliz, probablemente sea la mejor manera de cuidar toda nuestra salud, tanto la física y la mental. La actitud positiva ante la vida, hace que la salud global sea positiva. Si un individuo está feliz en su entorno, en su trabajo, en su relación de pareja, en su familia, etc., si se cuida, tiene una actitud sana, hace deporte, lleva una alimentación sana y equilibrada, etc., eso genera optimismo, felicidad y salud.

Doctor Josep Brugada. Director médico del Hospital Clinic de Barcelona

Considerado uno de los cardiólogos más prestigiosos a nivel nacional e internacional, Josep Brugada, actual Director médico del Hospital Clinic de Barcelona, es Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona con la calificación “Cum Laude”. Ha sido miembro del Servicio de Cardiología del Hospital Saint Eloi en Montpellier (Francia) e investigador del Laboratorio de Fisiología Cardiovascular de la Universidad de Montpellier. Asimismo, el doctor Brugada ha sido investigador de la Real Academia Holandesa de Artes y Ciencias y profesor del Departamento de Fisiología de la Universidad de Limburg, Maastricht (Holanda).

Miembro de la Sociedad Española de Cardiología y de la Sociedad Europea de Cardiología, vocal de la Sección de Arritmias de la Sociedad Española de Cardiología y miembro del nucleus del grupo de trabajo de Arrimias de la Sociedad Europea de Cardiología, miembro del Consejo Asesor de la Sociedad Norteamericana de Electrofisiología y Estimulación, y miembro del comité de Investigación y Entrenamiento de la Sociedad Europea de Cardiología, la extensa trayectoria profesional y académica del doctor Brugada ha sido meritoria de múltiples reconocimientos entre los que destacan Primer Premio de Investigación en Cardiología del Colegio Americano de Cardiología (American College of Cardiology) en Atlanta (1991), el Premio “Fritz Ackher” de la Sociedad Alemana de Cardiología (1999) y el Premio “Josep Trueta” de la Academia de Ciencies Mediques de Catalunya i Balears, siendo, asimismo, finalista del Premio de Investigación de la Sociedad Norteamericana de Electrofisiología y Estimulación (NASPE) en San Diego, California.

El doctor Brugada, es autor de más de 300 artículos originales recogidos por las publicaciones internacionales de mayor prestigio como The Lancet, Nature, Circulation, Journal of the American College of Cardiology, The New England Journal of Medicine, y American Journal of Cardiology, etc.

Inicio

Cáncer: Entrevista con el Dr. Roger Gomis

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
Se estima que cerca del 90% de pacientes que fallecen por cáncer es por causa de la metástasis, proceso que se describe como un reto de primer orden para la investigación científica.
El Dr. Roger Gomis, Jefe del Grupo de Investigación del "Control de crecimiento y metástasis del cáncer" del Instituto de Investigación Biomédica de Barcelona, y uno de los investigadores de mayor proyección del panorama actual, responde a algunas de las principales cuestiones sobre cómo es el proceso metastático y cuáles son las metas más inmediatas en materia de investigación.

1. **¿Qué es la metástasis?**

Es el proceso por el cual un tumor localizado originalmente en un órgano determinado se propaga y se reproduce en otras partes del cuerpo. La palabra proviene de la simbiosis de los vocablos griegos *meta*, "en otro lugar", y *stasis*, "estar".

2. **¿Cómo es su proceso?**

El tumor original está formado por células malignas que crecen descontroladamente. Para que se produzca una metástasis, las células tumorales tienen que conseguir atravesar la membrana del órgano original donde se encuentran y acceder al torrente sanguíneo o al sistema linfático *(intravasación)*. A través de los vasos viajan por todo el cuerpo. En un cierto momento pueden salir del torrente circulatorio *(extravasación)* y acceder a otros órganos. Muchas mueren durante este viaje, pero si consiguen instalarse en un nuevo órgano y comenzar a dividirse, formarán un nuevo tumor. En ese momento, se habrá producido una metástasis.

3. **¿Por qué las células tumorales logran resistir en el torrente sanguíneo hasta anidar en un órgano distante?**

Lo cierto es que de todas las células que comienzan este viaje a través del torrente sanguíneo, muy pocas sobreviven. Este es un proceso muy poco eficiente. Muchísimas células tendrán que ser liberadas a los vasos sanguíneos o linfáticos para que solo unas pocas de ellas consigan hacer diana en un órgano distante al original y formar un nuevo tumor. La gran mayoría serán eliminadas por nuestro propio sistema inmunitario. Sólo algunas que, por alguna razón son más resistentes o pasan desapercibidas, consiguen producir una metástasis. La clave está en las mutaciones que la célula maligna contenga. Algunas de las células que escapan tienen tantas mutaciones y tan aberrantes que son simplemente incapaces de sobrevivir. Las pocas células que sobreviven tienen ciertas mutaciones que favorecen la supervivencia en este largo viaje. Por ejemplo, les permiten resistir el ataque de las células del sistema inmunitario, o les permiten "esconderse" de ellas y así no ser detectadas. Otras pueden tener mutaciones que les ayudan a sobrevivir en el nuevo medio del órgano diana, mimetizan y aprovechan funciones propias de las células sanas de los distintos tejidos para adaptarse al nuevo contexto.

Sorprendentemente, con estas nuevas habilidades las células metastásicas no están inventando nada, sino que copian, adulteran y perfeccionan sistemas propios del organismo que, combinados, les confieren una ventaja evolutiva.

4. **¿Qué se entiende por "órganos diana"?**

Es el órgano donde la célula maligna se instala e inicia un nuevo tumor.

Un aspecto muy sorprendente de la metástasis es su patrón de diseminación. Cada tipo de cáncer tiende a afectar unos órganos determinados, es decir, tiene unos órganos diana definidos. Por ejemplo, el cáncer de mama tiende a formar metástasis en hueso, pulmón, cerebro o hígado; el cáncer de próstata forma metástasis mayoritariamente en el hueso.

5. **¿Es posible curar un cáncer con metástasis?**

Es posible, pero muy complicado. El 90% de fallecimientos por cáncer son debidos a la metástasis y no al tumor original. Si se detecta un tumor a tiempo, antes de originar metástasis, es probable que se pueda operar y eliminar toda la masa tumoral. Pero cuando la metástasis ha ocurrido ya hay células malignas dispersadas por muchos órganos distantes. Algunas aún no serán detectables, pero ya estarán instaladas en su nuevo medio y listas para comenzar a formar una nueva masa tumoral. Pueden haberse asentado en órganos vitales y ser imposibles de extraer con una operación. Hay que utilizar otros métodos, como la quimioterapia. Depende mucho del tipo y del nivel de desarrollo de la metástasis. Los hay con peor pronóstico como el de páncreas o de pulmón y los hay con mejores perspectivas, que se llegan a curar, como la del cáncer testicular. Algunos cánceres se curan definitivamente y otros se cronifican. Actualmente hay tratamientos que permiten al paciente vivir mucho tiempo sin efectos secundarios.

6. **¿En qué medida la metástasis puede ser controlable?**

Dependerá de los órganos donde se ha producido la metástasis. Si se ha formado una masa tumoral en un lugar operable puede eliminarse con cirugía. Si la metástasis afecta a un órgano vital, por lo cual el tumor no puede extirpase con cirugía, el pronóstico es peor. Este tipo de metástasis hay que atacarla por otros métodos. Muchas veces se aplica quimioterapia incluso en cánceres que han sido detectados a tiempo. La finalidad es eliminar células residuales latentes que aún no han desarrollado un tumor lo suficientemente grande para ser detectado y que están distribuidas por todo el cuerpo. Hay que actuar a tiempo para eliminar a estas células que están aisladas y aún no han desarrollado un nuevo tumor. La quimioterapia es un tratamiento que ha demostrado ser eficaz en estos casos. Es un tratamiento muy agresivo, pero efectivo. El problema es que esta forma de terapia ataca a todas las células, tanto sanas como cancerosas, y por eso provoca tantos efectos adversos.

Otro problema es que es muy complicado determinar en qué momento se han eliminado todas las células malignas residuales. Llegar a eliminarlas todas es muy complicado, y si no lo conseguimos el cáncer puede reproducirse en cualquier momento. Por todo esto, estamos trabajando para algún día llegar a desarrollar nuevos medicamentos más específicos que la quimio.

7. **Cuando hablamos de metástasis, ¿cuál es el reto actualmente?**

El reto es desarrollar un tratamiento eficaz, esto es: un tratamiento que llegue a todas las partes del cuerpo, que diferencie las células cancerosas de las sanas, y que ataque de forma implacable a las primeras, dejando intactas a las células normales. Se está avanzando para dilucidar los perfiles de expresión génica de los tumores (es decir, los genes que se expresan en los diferentes tipos de células tumorales). Con ellos se podrá predecir el riesgo de que un tumor específico produzca metástasis y, posiblemente, determinar hacia qué órgano. Esto nos permitirá a largo plazo definir dianas terapéuticas y tratamientos más eficaces, personalizados para cada tipo de tumor y paciente.

8. **¿En qué momento estamos en la lucha contra el cáncer?**

Nuestras metas son muy ambiciosas y estamos haciendo progresos. Los pacientes hoy tienen mejores perspectivas que hace unos años, lo que nos hace ser optimistas y nos sugiere que vamos en la buena dirección. Pero no hay que engañarse, es una enfermedad muy compleja, hay muchos tipos de cáncer, cada uno con características muy peculiares y, por lo tanto, hay que entenderlos como tal. No podemos esperar una “cura milagrosa” que acabe con todos los tipos de cáncer de golpe. Es esencial que investigadores básicos, clínicos y empresas farmacéuticas trabajen juntos para continuar aprendiendo sobre esta enfermedad: “conoce a tu enemigo y vencerás”.

9. **¿Cuáles son los principales objetivos de su grupo de investigación?**

El ciclo de división de las células consta de una serie de puntos donde se controla que todo esté yendo por el buen camino. Si la célula está dañada o la división se está llevando a cabo de forma incorrecta, el proceso de división se detendrá hasta que el problema sea solucionado. Si no hay solución porque el problema es demasiado grave, se activará un programa de suicidio celular para evitar que el error se transmita a las células hija. Las células tumorales se las arreglan para evitar estos mecanismos de control y se dividen incontroladamente acumulando errores. En nuestro laboratorio estamos trabajando para desvelar cómo consiguen hacer esto las células cancerosas. Hay varios de estos factores de control del ciclo celular que están involucrados en el desarrollo de tumores. Nuestra investigación se centra en el estudio de inhibidores del ciclo celular (es decir detienen la división de la célula), factores de promoción del crecimiento y de la desdiferenciación. También estamos identificando genes que favorecen la metástasis del cáncer de mama a otros órganos específicos.

Inicio

Organizaçao dos Estados Ibero-americanos para a Educaçao, a Ciência e a Cultura
Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Divulgación y Cultura Científica Iberoamericana

Opinión | Reportajes | Noticias | Entrevistas

José María Bayas Rodríguez: “La vacuna del VPH es segura, eficaz y eficiente”

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali. La vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH), busca reducir su infección, disminuyendo así algunas de sus consecuencias más agresivas como el cáncer de cuello uterino, el segundo tumor más frecuente en mujeres después del de mama a nivel mundial . El Dr. José María Bayas Rodríguez, Presidente de la Asociación Española de Vacunología y resposable del Centro de Vacunación de Adultos, Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología del Hospital Clínic de Barcelona, responde a las cuestiones más importantes sobre el uso y los beneficios de esta vacuna.

1. ¿De qué manera actúa la vacuna del VPH (Virus del Papiloma Humano)?

A diferencia de lo que sucede con la inefección natural, que no da lugar a la aparición de anticuerpos protectores, o da lugar en muy baja cuantía, las vacunas al ser administradas por vía intramuscular, no reproducen la manera habitual en la que se produce la infección, que es a través de contacto sexual, esto permite que el título de anticuerpos que se alcanza sea cien veces superior al que se produciría con la infección natural. Tradicionalmente, se ha dicho que una vacuna debía producir en miniatura lo que sucede con la infección natural pero, afortunadamente, en este caso la vacuna no lo reproduce.

2. Si la mujer ha contraído algún tipo de VPH, ¿le beneficia vacunarse?

Sí, por supuesto. La infección se produce, el virus persiste durante unos cuantos meses y después, generalmente, es eliminado. Pero que sea eliminado no quiere decir que no se vuelva a producir la reinfección por el mismo o por otros tipos de virus.

3. En relación con la incidencia del cáncer de cuello de útero, ¿qué implican los cambios en la conducta sexual actual?

El cambio en el comportamiento sexual, inciciar relaciones sexuales a edades tempranas y un mayor número de parejas, preludia que las mujeres que actualmente tienen entre 20 y 30 años tendrán en mayor proporción cáncer de cuello de útero de lo que podían tenerlo sus madres o sus abuelas.

4. ¿Qué se entiende por inmunosenescencia?

Hace referencia a que a medida que aumenta la edad, el sistema inmune también envejece y la capacidad de responder a vacunas es peor.

5. ¿En qué grado las vacunas previenen las lesiones preneoplásicas?

Las vacunas reducen en una proporción muy alta, cercana al 100%, las lesiones preneoplásicas. Este hecho es muy importante tenerlo en cuenta, puesto que supone que las vacunas evitan en gran medida las lesiones de alto grado o preneoplásicas, que como su propio nombre indica, preceden a la neoplásicas. Cuando se dice que “no queda demostrado que la vacuna evite el cáncer”, hay que insistir en que los estudios concluyen que estas vacunas impiden en casi el 100% las lesiones preneoplásicas. La vara de medir, es que evite estas lesiones, la propia Organización Mundial de la Salud, estableció que el patrón para valorar la eficacia de la vacuna no podía ser el cáncer.

6. ¿Protege la vacuna contra todos los tipos de VPH que pueden provocar cáncer?

No. La vacuna protege, aproximadamente, entre un 70 y un 80%, frente al VPH tipo 16 y tipo 18, que son los dos virus más importantes en este aspecto. El 18 es menos común, pero produce cánceres que evolucionan muy rápidamente, es un virus especialmente agresivo.

7. ¿En qué medida vacunarse contra el VPH es eficaz?

Es altamente eficaz, tanto para la prevención de los cánceres asociados al VPH (cuello uterino, pene, vulva, vagina, ano, cavidad oral y el cáncer de la orofaringe), así como para prevenir otras lesiones cuyo abordaje implica, además del coste económico, dilatar la angustia de la paciente que se deberá someter a diferentes pruebas e incluso posibles intervenciones quirúrgicas que no siempre acaban bien porque a veces pueden quedar lesiones en el cuello del útero que pueden dar problemas de cara a posteriores embarazos, etc.

8. Estas vacunas, ¿tienen efecto terapéutico?

No. Una mujer que ya tenga una lesión producida por un determinado virus (tipo16, tipo18, etc.), la vacunación no va a influir en el ritmo de esa lesión ni en sentido positivo ni en sentido negativo. No influirá frente al tipo de virus que ya presente la mujer, pero sí que la vacuna la protegería de otros tipos de virus.

9. ¿Protege de la reinfección y reactivación a las paciente ya tratadas?

Protege de reinfecciones. Es normal que los virus se eliminen, pero eso no garantiza que no pueda haber otra infección. En mujeres que ya han tenido lesiones y que ya han sido tratadas de estas lesiones, la vacunación es muy interesante en ellas porque seguramente protegería de reactivaciones internas del virus y, por supuesto, de reinfecciones exógenas.

10. Cinco sociedades científicas españolas avalan un documento de consenso publicado recientemente en el cual se recogen diferentes recomendaciones para la vacunación contra el cáncer de cérvix en mujeres no incluidas dentro de los programas vacunales, es decir las menores de 14 años. ¿Qué supone este logro?

Muchos profesionales de la salud piensan que la vacuna puede interesar a las niñas y jóvenes que aún no hayan iniciado relaciones sexuales. Es cierto que el mayor

beneficio se consigue en estos casos, pero esto no quiere decir que todas las mujeres que hayan mantenido actividad sexual e incluso las que han presentado algún tipo de lesión no puedan beneficiarse de la vacuna. Desde un punto de vista de salud pública es imposible que se pueda proporcionar a todas las mujeres, se debe priorizar. Desde el punto de vista individual, la mujer puede resultar beneficiada con estas vacunas. El espíritu de este consenso es plasmar las necesidades y recomendaciones más importantes en este aspecto.

11. Parece existir una falta de información sobre la vacuna del VPH dentro del propio colectivo médico, ¿a qué se debe este hecho?

Es una vacuna nueva y afecta a una parcela delicada de la persona como es su vida sexual. También existen ideas erróneas como que las jóvenes que ya hayan mantenido relaciones sexuales no se pueden beneficiar de la vacuna, etc.

12. Muchos cuestionan esta vacuna, ¿es eficiente, es eficaz, es segura?

La eficacia está absolutamente demostrada. Es una vacuna segura y es una vacuna eficiente, puesto que los beneficios que se obtienen en términos de salud son importantes. Los programas de cribado cuestan dinero y no siempre son capaces de detectar todas las lesiones. La vacunación supone un ahorro importante, más aún si tenemos en cuenta que los precios están bajando. La generalización del uso de la vacuna hará que los programas de vacunación sean cada vez más eficientes, tal y como señala la propia Organización Mundial de la Salud. La vacuna del VPH es segura, eficaz y eficiente.

Inicio

Adriana Morales Carmona - Luis Villegas Negro: Trabajo sexual y VIH

Twittear

facebook

La Red de Apoyo a Stop Sida es la iniciativa que quiere canalizar el apoyo de estas personas de manera efectiva para que Stop Sida siga llevando a cabo su proyecto asociativo, de manera libre y con el compromiso social de siempre, a pesar de las dificultades crecientes con que se encuentran las entidades de acción social y en particular aquellas que trabajan desde y para el colectivo LGTB.

_____

Entrevista HBakkali

¿Cuáles son los principales objetivos y metas que centran la acción de Stop Sida?

Stop Sida es una organización sin ánimo de lucro dedicada a la prevención del VIH/SIDA y otras ITS desde 1986. Trabajamos por la salud sexual desde y para la comunidad LGBT y de trabajadores/as sexuales (TS). Formamos Stop Sida voluntarios/as y trabajadores/as lesbianas, gais, bisexuales, heterosexuales y transgénero.

Stop sida tiene como metas: prevenir el VIH/Sida en el colectivo LGTB y en la sociedad en general mediante el trabajo activo y directo realizado por los mismos interesados/as (LGTB y trabajadores/as sexuales); Ofrecer servicios a las personas afectadas por el VIH/Sida; Promover la solidaridad dentro del colectivo LGTB y la sociedad en general hacia los afectados/as por el VIH/Sida y evitar cualquier tipo de discriminación.

Para alcanzar estas metas nos hemos establecido una serie de objetivos, los cuales son, entre otros: garantizar el acceso a la información sobre las vías de transmisión y el sexo más seguro; Promover el uso del preservativo como medio más eficaz para la prevención del VIH, así como su detección precoz; Facilitar espacios donde trabajar las actitudes hacia el VIH/Sida, el sexo más seguro y la transmisión en general; Diseñar intervenciones específicas para cada uno de los segmentos que componen el colectivo LGTB y de trabajadores/as sexuales; Trabajar aquellos aspectos que puedan facilitar la concienciación y la adopción de medidas de prevención de la infección del VIH; Dotarnos de indicadores que nos permitan evaluar el trabajo que se está llevando a término y diagnosticar las necesidades del momento; Ofrecer soporte, información y recursos a las personas seropositivas.

¿Qué ejes acentúan la vulnerabilidad de las trabajadoras y trabajadores sexuales ante el VIH-SIDA?

Los Trabajadores Masculinos del Sexo (TMS) y las Mujeres Transexuales Trabajadoras del Sexo (TTS) son especialmente vulnerables a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluida la infección por el VIH. Los datos de un estudio centrado en Trabajadores Masculinos del Sexo (Zaro et al, 2007), reflejaba que las personas que ejercen el trabajo sexual constituían una población “especialmente vulnerable” en la infección por el VIH, encontrando las mayores prevalencias en mujeres transexuales y hombres frente a las mujeres que ejercen el trabajo sexual. De hecho, en los dos primeros colectivos se registraban unas prevalencias del 22% y 12% respectivamente, frente a un 1% en las mujeres. Tal y como se reflejaba en esa investigación la vulnerabilidad estaba definida por la “elevada frecuencia de relaciones sexuales, el alto número de personas con las que se mantienen contactos sexuales, el hecho de padecer frecuentemente otras infecciones de transmisión sexual, el consumo de drogas o el infrecuente uso del preservativo en su vida privada”. Los datos sobre personas que ejercen el trabajo sexual en España en el año 2006 que ofrece el grupo EPI-VIH muestran cifras nada alentadoras para los TMS y las TTS con una prevalencia del 14,2% en los primeros y 18,2% en las segundas.

En cuanto a las mujeres transexuales, se dan tasas más altas de VIH comparadas con otros grupos de trabajadores sexuales. En el año 2010 Stop Sida realizó el estudio TranSex2010 (Fernández Dávila, Percy y Morales, Adriana, 2011) con la finalidad de conocer las conductas de riesgo y detección de necesidades para la prevención del VIH y otras ITS en mujeres transexuales trabajadoras del sexo en la ciudad de Barcelona. La prevalencia del VIH, según auto reporte, reflejó un 16.2%, sin embargo, un 3.6% desconocía su seroestatus pudiendo elevar el registro en este grupo a un 20%. Esta preocupante situación es debida a diversos factores que hacen más vulnerable a este colectivo: estigmatización y marginalidad (lo cual frecuentemente se convierten en barreras para acceder a la asistencia sanitaria y a oportunidades de empleo), una elevada probabilidad de consumo de drogas, intercambio de jeringas para hormonarse, trabajo sexual como único medio de vida y conductas sexuales de alto riesgo (Belza, 2001; Maine HIV Prevention Community Planning Group, 2003).

Las relaciones de poder que se establecen entre el/la trabajador/a sexual y sus clientes, los prejuicios y el estigma del trabajo sexual, la transfobia y homofobia social e internalizada, la invisibilidad del trabajo sexual masculino, la xenofobia y la dificultad en el acceso a la información sobre los recursos socio-sanitarios, entre otros, constituyen fuertes factores de vulnerabilidad social que dificulta la priorización de prácticas de sexo más seguro en los/as TS, sus parejas afectivo-sexuales y/o clientes.

¿Qué intervenciones para la protección de la salud son las que se suelen llevar a cabo hoy en día en España?

Intervenciones biomédicas; diagnóstico precoz; promoción de la prueba, intervenciones psico-sociales…

En esta materia, ¿en qué momento estamos? ¿Qué avances destacaría y qué objetivos son los que más urge mejorar?

Las intervenciones biomédicas están teniendo más peso a la hora de abordar la prevención del VIH/SIDA. Es necesario que las personas volvamos a ser las protagonistas de la toma de decisiones sobre nuestra salud sexual teniendo en cuenta otros aspectos que también inciden y afectan en nuestra salud (a nivel emocional, situacional…)

¿Con qué obstáculos se encuentran las organizaciones y asociaciones que dedican sus esfuerzos a la protección frente al VIH-SIDA de las trabajadoras y trabajadores sexuales?

Por la alta movilidad del colectivo se dificulta la participación en las actividades, y a la hora de realizar seguimiento de casos. Falta de trabajo en red con el resto de ONG's de trabajo sexual. Incidencia en el empoderamiento individual y colectivo.

En el manejo terapéutico de las trabajadoras y trabajadores sexuales, ¿qué déficits presenta el actual sistema sanitario?

Los trabajadores/as sexuales por su situación laboral tienen la característica de tener una movilidad muy alta, es decir; se trasladan constantemente a otras ciudades y/o países para ejercer trabajo sexual. En algunas ocasiones se ven en la situación de no tener el tratamiento necesario para el tiempo en que estén fuera de la ciudad donde realizan sus controles… Las estructuras del sistema sanitario no están adaptadas a este colectivo por sus características de alta movilidad, estilos de vida, etc.

¿Cuáles son los principales obstáculos a los que se deben enfrentar los pacientes?

Los y las TS que están en situación administrativa irregular y que son recién diagnosticados y/o vienen con el diagnóstico desde sus países de origen están teniendo dificultades y barreras a la hora de acceder al sistema sanitario. La falta de información del personal administrativo muchas veces dificulta los trámites necesarios (activar tarjeta sanitaria, padrón…) para finalmente realizar las derivaciones a las Unidades de Infecciosas de los Hospitales, y en algunas ocasiones, los y las TS se ven en la necesidad de revelar su estado serológico con la vulneración de derechos que esto supone.

Desde Stop Sida tenemos un servicio para facilitar el acceso al sistema sanitario y que actualmente nos implica mucho tiempo y esfuerzo. A través de nuestro circuito y en colaboración con el *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya* podemos gestionar y tramitar la TSI (Tarjeta Sanitaria Individual) y facilitar el empadronamiento colectivo si la persona tiene dificultades para gestionarlo donde está residiendo. De esta manera podemos realizar las derivaciones directas a las Unidades de Infecciosas de los Hospitales con quienes tenemos acuerdos (Hospital Clinic, Hospital de Vall d'Hebrón y Hospital Ramón Trias i Pujol, Can Ruti).

Trabajo sexual y SIDA, ¿cómo gestionar el miedo en estos casos?

Los y las TS con VIH viven un triple estigma; ejercer el trabajo sexual, la homofobia/transfobia y tener VIH. Estos tres factores afectan a la vivencia del VIH y a la percepción del VIH en el entorno del trabajo sexual, tanto por los/as TS como por sus clientes. La comunicación del seroestatus es más compleja de abordar; los grupos de ayuda mutua podría ser una herramienta útil pero los/as TS con VIH tienen que valorar previamente la visibilidad de tener VIH frente a otros compañeros o potenciales clientes.

En el mundo del trabajo sexual, ¿contra qué mitos se debe seguir luchando?

"Trabajo Sexual es igual a explotación". No todas las personas que ejercen trabajo sexual están en situación de trata y/o explotación. Por nuestra experiencia una gran mayoría ejerce trabajo sexual de manera voluntaria.

"Trabajo Sexual es igual a mujeres". No sólo las mujeres biológicas ejercen trabajo sexual y muchas veces se invisibiliza al resto del colectivo, en Stop Sida trabajamos con un gran número de hombres y trans trabajadores/as sexuales.

"Trabajo Sexual es igual a vectores de transmisión". Los y las TS no transmiten infecciones, son las prácticas sexuales y cómo se tienen estas prácticas las que facilitan, o no, una transmisión. Los y las TS acostumbran utilizar el preservativo con sus clientes.

"Trabajo Sexual es igual a falta de recursos". Hay TS que son profesionales, que tienen herramientas, estrategias y habilidades para ejercer el trabajo sexual de la mejor manera y que están empoderados en su profesión y en la toma de decisiones que les afecten a su salud sexual.

¿Qué papel considera que debe jugar la comunicación y la información a la hora de abordar el VIH-SIDA?

Ante la pluralidad de enfoques y discursos en el abordaje de la prevención del VIH (visiones biológicas, médicas, psicosociales, epidemiológicas, etc.), necesitamos acceder y comprender la cada vez más compleja información que recibimos, así como analizar los mensajes que nos llegan. Sólo así cada persona podrá tomar las decisiones que se ajusten mejor a sus necesidades y circunstancias. La simplificación de los mensajes y su utilización normativa por parte de diferentes organismos públicos y privados, en ocasiones no exentos de intereses, ponen en riesgo la autonomía de las personas en el derecho a decidir sobre el cuidado de su salud, y pueden generar estigma responsabilizando al colectivo y especialmente a las personas con VIH como vectores de transmisión.

¿Qué se debe mejorar en este aspecto?

Es preciso ofrecer información de manera personalizada que contemple diversas opciones y estrategias para el cuidado, en función de las necesidades de cada individuo. Stop Sida defiende un enfoque holístico de la prevención focalizado en las personas, no sólo en el VIH. Esto conlleva apoyar y acompañar a las personas en la toma de decisiones, a partir de una información veraz.

Normalizar la palabra SIDA, ¿por qué resulta necesario?

El lenguaje construye y está lleno de significados. La palabra SIDA está cargada de estigmas y mitos que pueden llegar a dificultar y afectar en las vivencias y experiencias de las personas que viven con VIH. El SIDA nos afecta a todos y todas. Más allá de normalizar la palabra habría que solidarizarnos con las personas afectadas.

¿Cree que se ha superado la "era del tabú"?

¿Era tabú? Lo que sí sabemos es que queda mucho trabajo por hacer: incidencia política, implicación de las administraciones, facilitar el acceso al sistema sanitario, garantizar los tratamientos a las personas afectadas, solidarizarnos, no quedarnos callados y denunciar cualquier vulneración hacia los derechos de las personas que viven con VIH, que se trabaje por un cambio no sólo de actitud sino del sistema social por medio del cual se llegue a una equidad y se trabaje por la no discriminación y estigmas…

Un mensaje esperanzador cuando hablemos y pensemos en la palabra SIDA...

¡MoVIHlízate! Por los derechos de las personas que vivimos con VIH.

Adriana Morales Carmona - Luis Villegas Negro

Adriana Morales Carmona. Técnica de Proyectos de Stop Sida. Coordinadora del servicio de prueba del VIH/Sífilis y del Programa ProtegerSex dirigido a trabajadoras sexuales trans.

Luis Villegas Negro. Técnico de Proyectos de Stop Sida. Coordinador de educadores de calle y del Programa ProtegerSex dirigido a hombres trabajadores sexuales.

Enlaces de interés: www.stopsida.org

Encuentro digital con David Paricio - VIH-SIDA

18 de noviembre de 2014
Con motivo del Día Mundial de la Lucha Contra el SIDA, que se conmemora el próximo día 1 de diciembre, David Paricio, director de la ONG SIDASTUDI, responderá a nuestros usuarios.
Traslade su pregunta hasta el 26/11/2014

Más información [+]

Red Iberoamericana de comunicación y divulgación científica - IBERDIVULGA

10 de octubre de 2014
La **Red Iberoamericana de Comunicación y Divulgación de Información Científica** es una iniciativa de la Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI) que cuenta con el apoyo de la **Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo** de la **Junta de Andalucía**.
El objetivo principal de la Red es incrementar el volumen de información relativa a la ciencia y la tecnología que se encuentra disponible para la sociedad, mejorando la cultura científica de los ciudadanos y fomentando la transmisión de un acervo científico, tanto en español como en portugués.
Le invitamos a unirse a la red. Adhesión gratuita

Más información [+]

grupo cts · LABJOR · CSIC Consejo Superior de Investigaciones Científicas · OEI · Junta de Andalucía Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo · sinc La ciencia es noticia · Agencia CyTA · Investigación y Desarrollo iD

asenmac

Dra. Ana Rosa Jurado: "Uno de los principales síntomas del SDT es la disminución del deseo sexual"

Twittear
facebook

Síndrome de Déficit de Testosterona (SDT)
Entrevista realizada por HBakkali
«El Síndrome de Déficit de Testosterona, junto a otros factores debidos a la edad, dificultan los mecanismos vasculares implicados en la erección del pene»
«No existen Enfermedades de Transmisión Sexual más típicas de esta época, su presencia está condicionada al adecuado uso de medios de protección en las relaciones sexuales»

¿Qué se entiende por andropausia? ¿Es correcto el empleo de este término?

Este término tan popular no es científicamente correcto, pues se pretende que se equipare a la menopausia femenina, pero no es igual, en cuanto a que los hombres no pierden su capacidad reproductiva, ni tienen un cese brusco de la producción hormonal androgénica. Sin embargo, es cierto que algunos varones pueden experimentar de forma progresiva, en edades avanzadas, una disminución en la producción de testosterona que afecta a varios órganos y sistemas, así como a la calidad de vida y a la sexualidad. El nombre más correcto para este fenómeno sería Hipogonadismo de Inicio Tardío (HIT) o Síndrome de Déficit de Testosterona (SDT).

¿Cómo se puede ver afectada la capacidad sexual del hombre a partir de esta edad?

Puede disminuir la calidad del semen y dificultar la respuesta sexual; por lo tanto puede provocar disminución del deseo sexual, dificultades en la excitación (disfunción eréctil), menor intensidad en el orgasmo, etc.

¿Es frecuente la disfunción eréctil en esta etapa?

El Síndrome de Déficit de Testosterona, junto a otros factores debidos a la edad, dificultan los mecanismos vasculares implicados en la erección del pene, por lo cual uno de sus principales síntomas suele ser la disfunción eréctil.

¿Es más común la eyaculación precoz en este periodo?

La eyaculación precoz (EP) es más frecuente en personas jóvenes; con el tiempo se produce un retraso "fisiológico" de la eyaculación que beneficia a los pacientes con EP. Si bien, no es infrecuente que, ante una elevada ansiedad producida por las dificultades en la erección, se pueda desarrollar simultáneamente un cuadro de eyaculación precoz.

¿Disminuye la apetencia sexual del varón durante este periodo?

Uno de los principales síntomas del déficit de testosterona es la disminución del deseo sexual, que junto con otros problemas puede mermar la calidad de vida de los pacientes. Este síntoma nos lleva obligatoriamente a estudiar los valores hormonales en hombres de edad avanzada.

¿Y la capacidad reproductiva?

La disminución de la capacidad reproductiva se produce con la edad y con el déficit de testosterona, sin cesar del todo como ocurre en las mujeres. La testosterona afecta a la calidad del semen y al volumen del eyaculado.

Menor actividad sexual, ¿conlleva algún riesgo para la salud del hombre?

No existe un parámetro de "normalidad" para definir lo que significa tener una adecuada frecuencia sexual para la salud. La frecuencia es adecuada cuando es acorde a los deseos de la persona y de su pareja y no supone un conflicto entre ellos.

¿Qué enfermedades del aparato reproductor masculino son las más comunes durante esta etapa?

Debido no sólo al déficit de testosterona, sino además a la edad y otros factores físicos, los problemas del aparato reproductor masculino que más se asocian al SDT son la hiperplasia benigna de próstata y la disfunción eréctil.

¿Qué Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) son más frecuentes?

No existen ETS más típicas de esta época, su presencia está condicionada al adecuado uso de medios de protección en las relaciones sexuales, al igual que ocurre en otras edades.

¿Qué cánceres presentan mayor incidencia?

Por la edad, no por el déficit hormonal, en esta época está aumentado el riesgo de cáncer de próstata, así como otros que no afectan a la región genital, como el cáncer de colon.

Enlace
Entrevista "Menopausia y salud sexual"

Dra. Ana Rosa Jurado
Unidad de Salud Sexual del Hospital Internacional Xanit
http://www.xanit.net/servicio-58-unidad-de-salud-sexual.html

Inicio

Silvia Holguera Ortiz: “La anorexia disminuye la calidad de vida del paciente de manera evidente”

Twittear
facebook

Trastornos del Comportamiento Alimentario: anorexia
Entrevista realizada por HBakkali
«A modo preventivo y educativo puede ser de gran ayuda estimular la adquisición de hábitos alimentarios saludables, trabajar en educación para la salud y fomentar actitudes realistas en cuanto al peso, la dieta, la constitución física y la aceptación de lo que uno es»

Según **la Organización Mundial de la Salud (OMS), la anorexia es un trastorno mental y de la conducta alimentaría. Se trata de una patología mental, puesto que el miedo a engordar condiciona el estado anímico y psíquico del paciente.** La anorexia es una **enfermedad que puede convertirse en crónica**, **en la cual las recaídas son frecuentes y que puede afectar de manera grave a la salud del paciente y a su calidad de vida.**

Sobre las principales **causas y consecuencias**, el **abordaje terapéutico** y la **incidencia** que actualmente presenta, **nos responde Silvia Holguera Ortiz, psicóloga de la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.**

¿Qué es la anorexia?

La anorexia nerviosa es un trastorno mental que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso en los valores mínimos normales y que se acompaña de una alteración de la percepción de la forma y del peso corporal.

¿Qué tipos de anorexia existen?
Según las clasificaciones diagnósticas psiquiátricas existirían dos tipos de anorexia nerviosa. Por una parte, la anorexia nerviosa subtipo restrictivo; durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas. Por otra parte, la anorexia nerviosa subtipo compulsivo/purgativo; durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
La anorexia, ¿se cura o es crónica? ¿en qué medida son frecuentes las recaídas?

En algunos casos se convierte en una patología crónica. Las recaídas son bastante frecuentes.

¿Cuáles son sus principales causas?

Factores socioculturales; considerar el atractivo físico como el valor personal predominante, mensajes publicitarios que desbordan y generan una inseguridad desmedida ante la imposibilidad de ese cuerpo según el canon de belleza impuesto; factores personales; algunos rasgos de personalidad hacen más vulnerable a padecer anorexia (autoexigencia y perfeccionismo, necesidad de aprobación, dependientes del otro, perfil introvertido…), estilo cognitivo erróneo, etc., factores genético-biológicos: predisposición genética, factores familiares: importancia de la apariencia en la familia, etc., otros factores desencadenantes como: cambios corporales, comentarios despectivos, influencia de compañeros, etc.

¿Qué factores determinan su diagnóstico?

Los factores que determinarían el diagnóstico según los criterios de la CIE-10/ DSM-IV-TR (manuales diagnósticos empleados en las enfermedades mentales, en España diagnosticamos con la CIE, la DSM sería el modelo americano) serían: rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla; miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal; alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal; en las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea.

Habría que tener en cuenta que muchas de las pacientes no cumplen todos los criterios para anorexia-bulimia. Es decir son formas incompletas, pero igualmente consideradas como Trastornos de la Conducta Alimentarias (TCA)
Por ejemplo, cumple criterios para anorexia pero con menstruación regular, o empleo regular de conductas compensatorias inadecuadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida.

¿Es común que las personas con anorexia presenten otros trastornos psicológicos y/o de personalidad?

Lo cierto es que es frecuente y es lo que solemos ver en consulta. La comorbilidad entre trastornos de la personalidad, otros trastornos mentales (trastornos ansiosos y trastornos depresivos fundamentalmente) y trastornos de la conducta alimentaria ha sido destacada en numerosas investigaciones.

Asimismo, las anoréxicas y bulímicas afectadas por un trastorno de la personalidad presentan una mayor frecuencia de atracones, vómitos y síntomas ansioso-depresivos, así como mayores dificultades de integración social e intentos de suicidio. A mayor comorbilidad y patología asociada mayor dificultad para la recuperación y bienestar de los pacientes. Cabría destacar, que los rasgos de personalidad asociados a la anorexia nerviosa son diferentes que los que se asocian a la bulimia nerviosa.

¿Qué relación existe entre anorexia y depresión?

La relación entre TCA con depresión es muy estrecha. Muchas de las pacientes anoréxicas padecen o han padecido un trastorno depresivo, generalmente unipolar.

Ambas patologías comparten algunas características: alteraciones en los niveles de serotonina; distorsiones cognitivas, falta de habilidades sociales, aislamiento y sentido de ineficacia personal.

Actualmente, ¿cuál es la prevalencia de esta enfermedad?

La prevalencia de la anorexia nerviosa es del 1-1,5% en las mujeres entre los 16 y 40 años, siendo la incidencia máxima entre los 15 y 25. Las formas subclínicas o los síndromes incompletos alcanzan el 5%. La anorexia afecta más a mujeres jóvenes. A nivel internacional no difiere marcadamente de lo descrito en otros países desarrollados.

¿A qué población afecta en mayor medida?

Los TCA afectan mucho más a la mujer que al varón. Se han señalado proporciones para el conjunto de los trastornos entre 6/1 y 10/1. En el caso de la anorexia el desequilibrio es aún mayor, siendo el porcentaje de mujeres alrededor del 95%.

La anorexia nerviosa suele tener un inicio más precoz (adolescencia temprana) que la bulimia nerviosa. De todas formas, en la actualidad no se puede decir que los trastornos de la conducta alimentaria sean exclusivos de ninguna edad, sexo, clase social o nivel intelectual.

¿Es frecuente alternar periodos en los que el paciente manifieste anorexia con periodos de bulimia?

La bulimia y la anorexia nerviosa están clasificadas como dos entidades diagnósticas diferentes. El trabajo clínico pone de manifiesto la fina línea de separación entre ambos trastornos. Muchos pacientes con anorexia desembocan en un trastorno bulímico y muchas pacientes con bulimia tienen largos períodos de ayuno-restricción continuado.

Ambos trastornos comparten ambos trastornos comparten muchos factores comunes como pueden ser la distorsión de la imagen corporal, la confusión con las sensaciones corporales, el estilo cognitivo extremadamente polarizado, el exceso de obligaciones, las dificultades en el manejo emocional y, sobre todo, de sentimientos negativos (ira, enfado, tristeza, frustración, etc.)

A la hora de tratar a los pacientes, ¿cuáles suelen ser las principales barreras que se encuentra el especialista?

Nula conciencia de enfermedad. Es el entorno el que suele mostrarse preocupado por la excesiva delgadez, ellas muchas veces acuden por presiones pero no tienen claro que lo suyo sea un problema… Lo minimizan hablando de que cuidan su alimentación porque quieren estar sanas, verse bien… este suele ser uno de los primeros objetivos de la terapia. En casos extremos puede ser necesario como primera medida un ingreso hospitalario encaminado a la realimentación de la paciente.

¿En qué consiste el abordaje terapéutico de la anorexia?

En el tratamiento de los TCA se realiza un abordaje multidisciplinar. Se debe realizar un tratamiento individualizado conociendo las circunstancias personales de cada paciente. La persona enferma debe de responsabilizarse de su peso y su alimentación y es fundamental investigar si acude de forma voluntaria al tratamiento o si viene obligado.

Las diferentes terapias pueden ser individuales o grupales. Dentro de las individuales una de las más utilizadas es la terapia de tipo cognitivo-conductual en los cuales se abordan los pensamientos erróneos que llevan a la alteración en la conducta alimentaria de modo que el paciente pueda identificarlos por él mismo para poder cambiarlos y secundariamente cambiar sus conductas.
Son útiles también las técnicas de relajación en los momentos de tensión y en la sobremesa para aliviar la angustia.

Las terapias grupales son adecuadas porque alivian la soledad y el aislamiento, ayudan a compartir experiencias y tienen un efecto dinamizador.

La terapia familiar resulta muy productiva y en pacientes adolescentes se hace casi imprescindible. Se desculpabiliza a los padres y se les hace partícipes como coterapeutas. Se informa y orienta a los familiares a la vez que se analizan las dinámicas patológicas que existen dentro del núcleo familiar.

¿Qué pronóstico presenta actualmente este trastorno?

De forma general, podría decirse que la mayoría de las pacientes, con un tratamiento adecuado y profesionales con experiencia, salen adelante y se recuperan de una forma estable. Mantienen normopeso y mejoran su autoestima y capacidad de afrontamiento. Se habla de un tercio de pacientes donde habría una recuperación parcial, mantienen una forma de comida repetitiva y alimentos prohibidos y el deseo de adelgazar y controlar la ingesta. Sin embargo, no tiene tantas repercusiones en su calidad de vida y pueden funcionar de una manera adecuada. Hay otro grupo de pacientes que no se recuperan nunca y se cronifica su trastorno, incluso en los casos más graves pueden llegar a fallecer.

Desde el punto de vista del entorno de los afectados, ¿qué signos pueden alertar de que la persona padece anorexia?

Progresivo aislamiento; excesiva preocupación por los estudios. Incremento de actividades extraescolares; comportamientos extraños con la comida (trocea la comida y la esparce por el plato, deja comida…); realiza dieta de manera implacable. No rompe la dieta bajo ninguna circunstancia. La dieta cada vez se hace más estricta; evita ponerse ropa ajustadas y mostrar partes de su cuerpo; comportamiento más desordenado, despreocupado y errático que el que solía tener; se pesa varias veces al día; hace ejercicio excesivo; desarrolla rutinas diarias muy rígidas.

¿Cuáles son las consecuencias más graves para la salud que pueden derivarse de la anorexia?

Cuando el trastorno anoréxico se ha establecido, pueden aparecer serias complicaciones médicas, algunas semejantes a las observadas en la bulimia nerviosa y otras más específicas de la anorexia: cardiovasculares: arritmias (un latido cardiaco rápido, lento o irregular), bradicardia, hipotensión; hematológicas: anemia, leucopenia, hipofunción medular; gastrointestinales: vaciado gástrico lento, dilatación gástrica; endocrinas: amenorrea, aumento de las enzimas hepáticas, disminución de estrógenos; metabólicas: hipercolesterolemia, hipoglucemia, hipercarotinemia; sistema Osteomuscular: osteopenia, osteoporosis, calambres musculares; cutáneas: lanugo.

¿Cómo afecta la anorexia a la calidad de vida?

Según avanza la enfermedad, y disminuyen de peso, las pacientes se van sintiendo más cansadas, aparecen dificultades para concentrarse y para mantener el ritmo diario. Se aíslan socialmente y su mundo empieza a girar en torno a las calorías ingeridas y a cómo quemarlas. La anorexia disminuye la calidad de vida del paciente de manera evidente.

¿Cómo influyen los cánones estéticos de nuestra sociedad al desarrollo de este trastorno?

Hay una predisposición cultural, es decir, factores socioculturales que pueden predisponer a padecer un TCA como podría ser el pertenecer a un grupo de riesgo como gimnastas, modelos, bailarinas.
Además de la enorme presión mediática a la que estamos sometidos en el día a día sobre la exigencia de la delgadez, que se asocia al éxito personal, profesional…

¿Se puede evitar la anorexia? ¿En qué medida la educación para la salud ayudaría a ello?

La detección e intervención tempranas pueden reducir los síntomas, estimular el proceso de crecimiento y desarrollo normal, y mejorar la calidad de vida de los adolescentes.

A modo preventivo y educativo puede ser de gran ayuda estimular la adquisición de hábitos alimentarios saludables, trabajar en educación para la salud y fomentar

actitudes realistas en cuanto al peso, la dieta, la constitución física y la aceptación de lo que uno es.

Silvia Holguera Ortiz, psicóloga de la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Gregorio Marañón de Madrid

Contenido relacionado
Trastornos del comportamiento Alimentario: bulimia

Inicio

Dr. José Luís Merino: “La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente y la presenta entre el 1 y 2% de la población”

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
«En la mayoría de las ocasiones no hay una causa clara que justifique por qué un paciente presenta arritmias»
«La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente y la presenta entre el 1 y 2% de la población aunque en España incluso sea han barajado cifras de hasta el 4%»
«El estrés es un excitante, dado que hace que el cuerpo produzca adrenalina. Como todos los excitantes puede favorecer el desencadenamiento de arritmias»

.....

Las arritmias cardiacas pueden cursar con diferente sintomatología: dolor en el tórax, mareos o cansancio pueden ser las más frecuentes. En otros casos, estas alteraciones cardiacas pueden llegar a ocasionar pérdida de conciencia e incluso la muerte súbita.

Sobre las causas y abordaje de esta dolencia, nos responde doctor José Luís Merino, jefe se sección de Cardiología y responsable de la unidad robotizada de cateterismos del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

.....

¿A qué nos referimos cuando hablamos de arritmia cardiaca?

“Arritmia” en realidad es un mal termino porque, en sentido estricto, significa ausencia (“a”) de ritmo (“ritmia”). Sin embargo, el significado correcto sería más la alteración del ritmo cardiaco, ya sea porque hay más latidos cardiacos de lo normal (taqui-arritmias o taquicardias) o menos (bradi-arritmias o bradicardias).

¿Cuál sería su clasificación?

Se clasificarían, básicamente, en arritmias por exceso de latidos o taquicardias y arritmias por defecto o bradicardias. A su vez, dentro de estos dos grandes grupos hay diferentes tipos como, por ejemplo, ocurre en las taquicardias, que se diferencian según donde se originen, ya sea en las aurículas (taquicardias supraventriculares) o en los ventrículos (taquicardias ventriculares), o por la frecuencia y regularidad cardiaca que conllevan, ya sea de tipo taquicardico o fibrilatorio. La arritmia más frecuente son los extrasístoles (latidos aislados anómalos de más que ocurren sobre un rimo normal), que prácticamente todo el mundo puede tener alguno a lo largo del día. Dejando a parte estos, la arritmia más frecuente es la fibrilación auricular.

¿Con qué sintomatología cursa?

Las arritmias pueden producir diferentes síntomas. Las taquicardias suelen sentirse como palpitaciones (sensación de latido cardiaco acelerado), dolor en el tórax, fatiga o mareos pero pueden llegar a producir sincopes (pérdida de consciencia) e incluso muerte súbita. Las bradicardias suelen cursar más con mareos y sincopes, pero pueden ser asintomáticas y también pueden llevar a la muerte súbita.

Factores genéticos, ¿qué relación tienen con la aparición de las arritmias?

En la mayoría de los pacientes no existe una relación genética clara aunque es conocido que los hijos de padres con algunos tipos de arritmias, como la fibrilación auricular, tienen un riesgo un poco más elevado (como una vez y media más) de presentarla que el resto de la población. Al mismo tiempo, se conoce que hay algunas familias que presentan formas hereditarias de arritmias, como la mencionada fibrilación auricular o el síndrome de QT largo, pero son muy raras.

¿Por qué un paciente puede presentar arritmias?

La contracción cardiaca es un fenómeno dirigido por cargas eléctricas y las arritmias se producen cuando hay anomalías en estas, ya sea porque no se genera o transmite adecuadamente el impulso eléctrico (bradicardias) o porque se generan demasiados (taquicardias) debido a diversos mecanismos que, para simplificar, explicaríamos como si saltaran focos o chispitas eléctricas de más o porque se establecen círculos viciosos o cortocircuitos sin fin en su transmisión.

En la mayoría de las ocasiones no hay una causa clara que justifique por qué un paciente presenta arritmias. Podríamos decir que es mala suerte. Sin embargo, hay factores que favorecen la aparición de éstas como son la hipertensión arterial, el hipertiroidismo y la vejez, en el caso de la fibrilación auricular, o el haber tenido un infarto de miocardio o otra enfermedad cardiaca grave, en el caso de las taquicardias ventriculares. Finalmente, algunos pacientes presentan anomalías hereditarias o congénitas que les llevan a tener arritmias, como los pacientes con vías accesorias o con síndrome de WPW.

¿En cuánto podemos estimar su prevalencia (a nivel nacional e internacional)?

La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente y la presenta entre el 1 y 2% de la población aunque en España incluso sea han barajado cifras de hasta el 4%.

Vida sedentaria y obesidad ¿cómo influyen?

El sedentarismo y la obesidad afectan poco al desarrollo de arritmias, salvo por su relación con el desarrollo de otros problemas cardiovasculares como la hipertensión, que si pueden llevar a desarrollar arritmias. Lo que sí se ha demostrado es un mayor riesgo de desarrollar arritmias, como la mencionada fibrilación auricular, en deportistas de alto nivel.

Consumir productos excitantes que contengan cafeína y teína, ¿cómo pueden afectar?

La cafeína y la teína son excitantes y todos los excitantes pueden favorecer que se desencadenen episodios de una arritmia que ya está presente previamente. Es decir, a dosis no tóxicas no van a causar arritmias por sí solas pero si favorecer, aunque solo débilmente, el que aparezcan episodios en un paciente que ya las presenta. Por esta razón, recomendamos su consumo con moderación a estos pacientes.

Y el tabaquismo, ¿cómo afecta?

La nicotina del tabaco es un excitante y se comporta en este sentido como la cafeína y teína pero su relación si cabe es aún más débil. Lo que sí puede llevar el tabaco es a desarrollar problemas cardiacos (infarto) o pulmonares (bronquitis crónica) que sí son responsables de arritmias.

¿Qué sustancias estimulantes pueden influir en el desarrollo de esta dolencia?

La más importante es el alcohol que, a diferencia de las anteriores, sí tiene una relación clara y más potente con las arritmias. Su consumo puede llevar al desarrollo de arritmias, fundamentalmente, fibrilación auricular, ya sea un episodio al poco de una ingesta de cierta entidad o de forma ya establecida en personas que tienen un consumo habitual. Otras sustancias serían drogas del tipo cocaína.

Hablemos de la relación con el estrés, ¿cómo afecta?

El estrés es un excitante, dado que hace que el cuerpo produzca adrenalina. Como todos los excitantes puede favorecer el desencadenamiento de arritmias en pacientes que ya las tienen previamente. Por si solo, no genera arritmias. En otros pacientes las arritmias se desencadenan mas en situaciones de reposo o en el reposo que sigue a un estrés (“la calma que sigue a la tempestad”).

¿Con qué pruebas diagnósticas contamos para el diagnóstico de arritmias?

El diagnóstico de las arritmias cardiacas básicamente se hace con el electrocardiograma. Sin embargo, como es necesario registrarlo cuando el paciente tiene la arritmia muchas veces hay que recurrir al Holter (registro de electrocardiograma en una grabadora portátil durante 24 horas) o a intentar provocarlas con un cateterismo de arritmias (estudio electrofisiológico).

¿A qué edad es más frecuente que se manifiesten?

La edad de manifestación de las arritmias depende un poco de su tipo. Así las arritmias supraventriculares por vía accesorias son más frecuentes en niños y jóvenes. Por el contrario, la fibrilación auricular es excepcional en niños y jóvenes y aumenta mucho su frecuencia a partir de los 65 años. Las bradicardias también son más frecuentes en personas mayores.

¿Es más común en mujeres o en varones?

También esto depende del tipo de arritmia. Así las arritmias supraventriculares tipo taquicardia intranodal es mucho más frecuente en mujeres (relación de 9 mujeres por cada varón) sin embargo en otras, como la fibrilación auricular, la proporción de hombres es ligeramente más alta.

¿Con qué tratamiento contamos actualmente?

Los tratamientos varían dependiendo si el problema es una bradicardia, en la que el defecto o bajo número de latidos cardiacos en general se deben corregir mediante el implante de un marcapasos que los genere, o si es una taquicardia, en las que básicamente hay 3 tratamientos: fármacos, ablación o implante de desfibriladores. Los fármacos suelen ser el tratamiento inicial y lo que tratan es de reducir el número de episodios de taquicardia pero no eliminan las arritmias como hacen los antibióticos con las infecciones. La ablación es un cateterismo, es decir se introduce un catéter por una vena o arteria de la pierna del paciente, se lleva hasta el corazón y allí se estudian su actividad eléctrica y lo que genera las arritmias. Una vez identificado el tejido culpable, se le trata de cauterizar mediante la aplicación de calor desde el catéter apoyando su punta sobre él. Finalmente, los desfibriladores son aparatos parecidos a los marcapasos que se implantan y vigilan de forma continua el ritmo cardiaco del paciente de forma que, si detectan una taquicardia muy rápida y peligrosa, suministran una descarga o choque eléctrico que la termina y evita la muerte del paciente. Se reservan para las arritmias más peligrosas y que no pueden ser eliminadas de forma definitiva con la ablación.

¿Qué pronóstico presentan los pacientes?

En general, el pronóstico de los pacientes con arritmias cardiacas, si éstas reciben el tratamiento adecuado, es bueno. Depende, sobre todo, del tipo de arritmia, así los pacientes con fibrilación auricular tiene un riesgo elevado de presentar embolias cerebrales si no son tratados adecuadamente. Otras arritmias pueden llevar a la muerte súbita y por eso deben tratarse con ablación o con desfibriladores.

¿Las arritmias pueden conllevar otros riesgos para la salud?

A parte de los riesgos mencionados someramente en la pregunta anterior quizás las dos complicaciones que yo resaltaría más por su frecuencia, repercusión sobre la calidad de vida del paciente y porque a menudo no se le presta la atención suficiente son la astenia o cansancio y la repercusión psicológica de las arritmias. Algunas arritmias como la fibrilación auricular pueden no producir apenas sintomatología salvo cansancio al que el paciente se va acostumbrando poco a poco hasta parecerle normal y solo es consciente hasta que punto este afectaba a su calidad de vida cuando se elimina la arritmia y se recupera un ritmo cardiaco normal. Al mismo tiempo, en otras ocasiones las arritmias producen sintomatología importante que el paciente tolera mal y que le llevan a limitarse en sus actividades habituales por el miedo de que éstas le puedan desencadenar un nuevo episodio o que éste pueda ocurrir en algún sitio con dificultades para recibir asistencia sanitaria adecuada.

¿Es posible la prevención?

Las arritmias en sí mismas no se pueden prevenir. Lo que sí se puede prevenir son las enfermedades que pueden llevar a ellas como son la hipertesión arterial o la cardiopatía isquémica.

En materia de investigación y abordaje terapéutico, ¿cuáles son los últimos avances? ¿Qué aspectos son los que más urgen?

El campo de las arritmias cardiacas es extremadamente tecnológico, dado que analiza aspectos eléctricos y mecánicos evaluables mediante técnicas de imagen. Además, la gran frecuencia y posible gravedad de las arritmias hace que cualquier nuevo avance tenga grandes implicaciones médicas y económicas, lo que lleva a que haya una gran actividad investigadora. Los últimos avances vienen de la mano de nuevos fármacos antiarritmicos, como la dronedarona y el vernakalant, y anticoagulantes, como la dabigatran, rivaroxaban y apixaban. Estos fármacos aportan ventajas y hacen más seguro y conveniente el tratamiento de estos pacientes. Por otro lado, la ablación con catéter cada vez cuenta con más medios tecnológicos, como son los navegadores robóticos que permiten manipular el catéter a distancia y llevarlo por otros medios, como el magnetismo, a sitios cardiacos a los que de otra forma sería muy difícil llegar. En este sentido el Hospital La Paz cuenta con un navegador magnético de ultima generación que es el único en el mundo. Finalmente, los desfibriladores también van mejorando sus aspectos tecnológicos.

Los aspectos de investigación que más urgen son aquellos relacionados con las arritmias más frecuentes como la fibrilación auricular, de la que todavía no sabemos exactamente cómo se produce y cuyo conocimiento puede llevar a mejorar los resultados de la ablación con vistas a curarla o desarrollar terapias para prevenirla. Por otro lado, la prevención de la muerte súbita, habitualmente como consecuencia de arritmias cardiacas y que representa un porcentaje en torno al 10% de todas las muertes, es otro aspecto de suma importancia.

Dr. José Luís Merino, jefe se sección de Cardiología y responsable de la unidad robotizada de cateterismos del Hospital Universitario La Paz de Madrid

Experto en Divulgación y Comunicación de la Ciencia y de la Tecnología

TOTALMENTE A DISTANCIA
Se ha abierto la matrícula del Experto que conovocan la OEI y la Universidad de Oviedo
Este curso está enfocado a mejorar las capacidades, habilidades y conocimientos de aquellas personas vinculadas profesionalmente al ámbito de la gestión de I+D, la comunicación institucional en centros públicos o privados de investigación, la promoción de la actividad científica, la transferencia de conocimientos o el periodismo científico y de divulgación.
Esta estrategia de formación se ofrece en el marco de la Escuela de Ciencia del Centro de Altos Estudios Universitarios de la OEI (CAEU)

Más información [+]

Inicio

Dra. Pilar Barranco Sanz: “Los asmáticos pueden tener muy mala calidad de vida si no controlan la enfermedad”

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
«El asma es un problema de salud mundial que afecta a alrededor de 300 millones de personas»
«El tabaquismo, tanto el activo como el pasivo. es un desencadenante muy importante de las exacerbaciones del asma»
«El padecer o no asma viene condicionado, en gran parte, por la carga genética»
«El asma grave no controlada supone el 5% de todas las asmas, pero es la que más recursos sanitarios consume»

.....

¿Qué es el asma?

Según la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 2009), el asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, en cuya patogenia intervienen diversas células y mediadores de la inflamación y que esta condicionada en parte por factores genéticos y que cursa con hiperrespuesta bronquial y una obstrucción variable al flujo aéreo, total o parcialmente reversible, ya sea por la acción medicamentosa o espontáneamente.

¿Cuáles son los tipos más frecuentes?

Antiguamente se clasificaba en “alérgico o extrínseco” y “no alérgico o intrínseco”. En la actualidad, se tiende a realizar una clasificación dependiendo de que células estén involucradas en su patogenia. Así, se clasifica en eosinofílico y no eosinofílico; siendo mucho más frecuente el eosinofílico y, la causa más habitual de un aumento de este tipo de células en la vía respiratoria, es la alergia.

Otra clasificación habitual del asma en la práctica clínica es según su gravedad en intermitente, persistente leve, persistente moderada y persistente grave, siendo más frecuentes las dos primeras.

¿Con qué sintomatología se manifiesta esta dolencia?

El diagnóstico de asma se debe considerar ante síntomas característicos como: disnea, tos, sibilancias y opresión torácica. Estos son habitualmente variables (dependiendo de la exposición a los desencadenantes), de predominio nocturno o de madrugada; pero ninguno es específico de asma por lo que es necesario incorporar alguna prueba objetiva diagnóstica.

¿Se trata de una enfermedad crónica?

Tal como consta en su definición, el asma es una enfermedad crónica pero que cursa a brotes, dependiendo estos de la exposición a sus desencadenantes como alérgenos, fármacos, tabaco e infecciones.

¿En qué momento suele manifestarse?

Aunque el asma puede manifestarse a cualquier edad, es más frecuente su aparición en la infancia

¿Qué es un ataque de asma?

Las exacerbaciones o ataques o crisis de asma son episodios agudos o subagudos caracterizados por un aumento progresivo de uno o más de los síntomas típicos acompañados de una disminución del flujo espiratorio.

Según la rapidez de instauración de las crisis, existen dos tipos: las de instauración lenta (normalmente en días o semanas) y las de instauración rápida (en menos de tres horas).

¿Cuál es el abordaje terapéutico de esta enfermedad?

Los fármacos para tratar el asma se clasifican como de alivio o rescate y de control o mantenimiento. Dentro de los primeros tenemos los agonistas beta2-adrenérgicos de acción corta y dentro de los segundos los glucocorticoides inhalados (ocasionalmente los sistémicos), agonistas beta2- adrenérgicos de acción larga y antagonistas de los leucotrienos. Dentro del asma leve y moderado alérgico disponemos del uso de la inmunoterapia específica con aeroalérgenos y el omalizumab en el asma grave alérgico.

¿Cuáles pueden ser los principales efectos adversos del tratamiento?

Prácticamente son bien tolerados y sin efectos adversos sin son bien utilizados a excepción de los glucocorticoides sistémicos. Los glucocorticoides inhalados pueden producir candiadiasis orofaríngea si no se realizan gargarismos después de su uso.

¿Qué cuidados en el día a día debe tener el paciente?

El paciente debe de tener una vida saludable. Es necesario que conozca los desencadenantes de sus crisis para poder controlarlos así como también tener controladas las posibles comorbilidades que pueda tener asociadas como, por ejemplo, la obesidad o el reflujo gastroesofágico y, sobre todo, el tabaquismo.

¿Cuáles pueden ser las complicaciones más graves de esta patología?

Las complicaciones más graves vienen derivadas de los ataques graves, casi fatales, que requieren tratamiento en UCI y que, excepcionalmente, pueden ser mortales. La tasa de mortalidad por asma, por 100.000 adultos en Europa va del 0,54 de Holanda al 8,7 de Portugal. En España, para todas las edades, en 1960 era de 9,36 y, en 2005, de 2,22.

¿De qué manera pude influir el tabaco en un paciente con asma (tanto en fumadores activos como pasivos)?

El tabaquismo, tanto el activo como el pasivo es un desencadenante muy importante de las exacerbaciones del asma, así como una de las causas del mal control de este.

¿Cuáles son las enfermedades asociadas al asma más comunes?

Lo más frecuente es que se asocie a otras enfermedades alérgicas como la rinitis y la conjuntivitis alérgica y, con menor frecuencia, a otras enfermedades alérgicas como la alimentaria o la dermatitis atópica.

¿Existe alguna manera de prevenir el asma?

El padecer o no asma viene condicionado en gran parte por la carga genética pero sí se pueden prevenir las exacerbaciones y el mal control de la enfermedad con un control ambiental de los desencadenantes y cumpliendo un buen programa de educación en el asma.

¿Cómo puede influir esta dolencia en la calidad de vida de los pacientes?

Los asmáticos pueden tener muy mala calidad de vida si no controlan la enfermedad. Puede afectar tanto a su actividad diaria como a su actividad y vida social.

Actualmente, ¿cuál es la incidencia de esta enfermedad a nivel nacional e internacional?

El asma es un problema de salud mundial que afecta a alrededor de 300 millones de personas de cualquier edad, grupo étnico y país pero su prevalencia varía ostensiblemente en el mundo. Oscila entre el 2% de Tartu (Estonia) y el 11,9% de Melbourne (Australia).

En nuestro país, la prevalencia de síntomas asmáticos en niños y niñas de 6-7 años es del 10,7% y del 8,7% y de 13-14 años del 9,3% y del 9,2% respectivamente. En la población adulta española se acepta que alrededor del 5% padece asma.
El asma grave no controlada supone el 5% de todas las asmas pero es la que más recursos sanitarios consume.

Desde el punto de vista del tratamiento, ¿qué avances son los más esperanzadores a corto-medio plazo?

Con los fármacos actuales prácticamente se puede controlar el asma, excepto el asma grave, que es en el campo donde hay más avances terapéuticos con el desarrollo de nuevos fármacos biológicos.

Enlaces de interés

Más información sobre el asma. Hospital Universitario La Paz de Madrid
El Asma. Aspectos generales
Guía Española para el manejo del Asma

Dra. Pilar Barranco Sanz Servicio de Alergología. Hospital Universitario La Paz de Madrid

FECYT
FUNDACIÓN ESPAÑOLA PARA LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA
CSIC
LABJOR

Inicio

Dra. Pilar Barranco Sanz: “Los asmáticos pueden tener muy mala calidad de vida si no controlan la enfermedad”

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
«El asma es un problema de salud mundial que afecta a alrededor de 300 millones de personas»
«El tabaquismo, tanto el activo como el pasivo. es un desencadenante muy importante de las exacerbaciones del asma»
«El padecer o no asma viene condicionado, en gran parte, por la carga genética»
«El asma grave no controlada supone el 5% de todas las asmas, pero es la que más recursos sanitarios consume»

.....

¿Qué es el asma?

Según la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 2009), el asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, en cuya patogenia intervienen diversas células y mediadores de la inflamación y que esta condicionada en parte por factores genéticos y que cursa con hiperrespuesta bronquial y una obstrucción variable al flujo aéreo, total o parcialmente reversible, ya sea por la acción medicamentosa o espontáneamente.

¿Cuáles son los tipos más frecuentes?

Antiguamente se clasificaba en “alérgico o extrínseco” y “no alérgico o intrínseco”. En la actualidad, se tiende a realizar una clasificación dependiendo de que células estén involucradas en su patogenia. Así, se clasifica en eosinofílico y no eosinofílico; siendo mucho más frecuente el eosinofílico y, la causa más habitual de un aumento de este tipo de células en la vía respiratoria, es la alergia.

Otra clasificación habitual del asma en la práctica clínica es según su gravedad en intermitente, persistente leve, persistente moderada y persistente grave, siendo más frecuentes las dos primeras.

¿Con qué sintomatología se manifiesta esta dolencia?

El diagnóstico de asma se debe considerar ante síntomas característicos como: disnea, tos, sibilancias y opresión torácica. Estos son habitualmente variables (dependiendo de la exposición a los desencadenantes), de predominio nocturno o de madrugada; pero ninguno es específico de asma por lo que es necesario incorporar alguna prueba objetiva diagnóstica.

¿Se trata de una enfermedad crónica?

Tal como consta en su definición, el asma es una enfermedad crónica pero que cursa a brotes, dependiendo estos de la exposición a sus desencadenantes como alérgenos, fármacos, tabaco e infecciones.

¿En qué momento suele manifestarse?

Aunque el asma puede manifestarse a cualquier edad, es más frecuente su aparición en la infancia

¿Qué es un ataque de asma?

Las exacerbaciones o ataques o crisis de asma son episodios agudos o subagudos caracterizados por un aumento progresivo de uno o más de los síntomas típicos acompañados de una disminución del flujo espiratorio.

Según la rapidez de instauración de las crisis, existen dos tipos: las de instauración lenta (normalmente en días o semanas) y las de instauración rápida (en menos de tres horas).

¿Cuál es el abordaje terapéutico de esta enfermedad?

Los fármacos para tratar el asma se clasifican como de alivio o rescate y de control o mantenimiento. Dentro de los primeros tenemos los agonistas beta2-adrenérgicos de acción corta y dentro de los segundos los glucocorticoides inhalados (ocasionalmente los sistémicos), agonistas beta2- adrenérgicos de acción larga y antagonistas de los leucotrienos. Dentro del asma leve y moderado alérgico disponemos del uso de la inmunoterapia específica con aeroalérgenos y el omalizumab en el asma grave alérgico.

¿Cuáles pueden ser los principales efectos adversos del tratamiento?

Prácticamente son bien tolerados y sin efectos adversos sin son bien utilizados a excepción de los glucocorticoides sistémicos. Los glucocorticoides inhalados pueden producir candiadiasis orofaríngea si no se realizan gargarismos después de su uso.

¿Qué cuidados en el día a día debe tener el paciente?

El paciente debe de tener una vida saludable. Es necesario que conozca los desencadenantes de sus crisis para poder controlarlos así como también tener controladas las posibles comorbilidades que pueda tener asociadas como, por ejemplo, la obesidad o el reflujo gastroesofágico y, sobre todo, el tabaquismo.

¿Cuáles pueden ser las complicaciones más graves de esta patología?

Las complicaciones más graves vienen derivadas de los ataques graves, casi fatales, que requieren tratamiento en UCI y que, excepcionalmente, pueden ser mortales. La tasa de mortalidad por asma, por 100.000 adultos en Europa va del 0,54 de Holanda al 8,7 de Portugal. En España, para todas las edades, en 1960 era de 9,36 y, en 2005, de 2,22.

¿De qué manera pude influir el tabaco en un paciente con asma (tanto en fumadores activos como pasivos)?

El tabaquismo, tanto el activo como el pasivo es un desencadenante muy importante de las exacerbaciones del asma, así como una de las causas del mal control de este.

¿Cuáles son las enfermedades asociadas al asma más comunes?

Lo más frecuente es que se asocie a otras enfermedades alérgicas como la rinitis y la conjuntivitis alérgica y, con menor frecuencia, a otras enfermedades alérgicas como la alimentaria o la dermatitis atópica.

¿Existe alguna manera de prevenir el asma?

El padecer o no asma viene condicionado en gran parte por la carga genética pero sí se pueden prevenir las exacerbaciones y el mal control de la enfermedad con un control ambiental de los desencadenantes y cumpliendo un buen programa de educación en el asma.

¿Cómo puede influir esta dolencia en la calidad de vida de los pacientes?

Los asmáticos pueden tener muy mala calidad de vida si no controlan la enfermedad. Puede afectar tanto a su actividad diaria como a su actividad y vida social.

Actualmente, ¿cuál es la incidencia de esta enfermedad a nivel nacional e internacional?

El asma es un problema de salud mundial que afecta a alrededor de 300 millones de personas de cualquier edad, grupo étnico y país pero su prevalencia varía ostensiblemente en el mundo. Oscila entre el 2% de Tartu (Estonia) y el 11,9% de Melbourne (Australia).

En nuestro país, la prevalencia de síntomas asmáticos en niños y niñas de 6-7 años es del 10,7% y del 8,7% y de 13-14 años del 9,3% y del 9,2% respectivamente. En la población adulta española se acepta que alrededor del 5% padece asma.
El asma grave no controlada supone el 5% de todas las asmas pero es la que más recursos sanitarios consume.

Desde el punto de vista del tratamiento, ¿qué avances son los más esperanzadores a corto-medio plazo?

Con los fármacos actuales prácticamente se puede controlar el asma, excepto el asma grave, que es en el campo donde hay más avances terapéuticos con el desarrollo de nuevos fármacos biológicos.

Enlaces de interés

Más información sobre el asma. Hospital Universitario La Paz de Madrid
El Asma. Aspectos generales
Guía Española para el manejo del Asma

Dra. Pilar Barranco Sanz Servicio de Alergología. Hospital Universitario La Paz de Madrid

FECYT
FUNDACIÓN ESPAÑOLA PARA LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA
CSIC
LABJOR

Inicio

Aureli Torné Bladé: "La mayoría de mujeres con cáncer de vulva son postmenopáusicas y mayores de 60 años"

Dr. Aureli Torné Bladé, presidente electo de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia

¿Cuál es la asociación de este tumor con enfermedades de transmisión sexual como el Virus del Papiloma Humano? ¿Cuál es su incidencia en mujeres jóvenes?

H. Bakkali. El cáncer de vulva es uno de los tumores ginecológicos menos frecuentes, no obstante, la mutilación provocada por cirugías agresivas, como la vulvectomía, pueden comportar importantes secuelas físicas, psíquicas y sexuales en la mujer. El Dr. Aureli Torné Bladé, uno de los máximos referentes en el terreno de la oncología ginecológica del panorama nacional, consultor de Ginecología Oncológica del Hospital Clinic de Barcelona, y profesor asociado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Barcelona, explica cuál es la asociación de este tumor con enfermedades de transmisión sexual (ETS) como el Virus del Papiloma Humano, cuál es su incidencia en mujeres jóvenes o cuáles son los principales inconvenientes que plantea su abordaje quirúrgico.

¿Cuáles son las manifestaciones más comunes del cáncer de vulva?

El síntoma más constante del cáncer de vulva es el picor o prurito presente en cerca del 80% de los casos. La existencia de una lesión abultada o tumor la describen entre 45-75% de las mujeres y de una úlcera más o menos indolora que no termina de cicatrizar entre un 15-30%. El dolor vulvar es poco frecuente y sólo lo explican una cuarta parte de las mujeres. Más ocasionalmente la paciente consulta por molestias o micción dolorosa (disuria) o la presencia de una masa en las ingles debida a la afectación de los ganglios linfáticos.

El cáncer de vulva, con frecuencia, esta precedido por lesiones precursoras que se denominan “neoplasia vulvar intraepitelial” (VIN). Menos del 50% de las mujeres afectas de VIN presentan sintomatología. Los síntomas más frecuentemente asociados a las lesiones de VIN también son picor o prurito, ardor, irritación, dolor o sensación de masa. En muchos casos la paciente explica molestias mínimas durante largos periodos de tiempo sin que ello sea motivo de una consulta.

En definitiva, el cáncer de vulva, a pesar de afectar el área genital más accesible, es uno de los tumores ginecológicos que presenta mayor demora entre la aparición de los síntomas y la confirmación del diagnóstico (se estima que en más del 80% de los casos la paciente tenía molestias entre 6 meses y un año antes) . Por una parte, la poca alarma que suscitan los síntomas asociados a esta enfermedad, motivan un retraso en la consulta por parte de la paciente. Por otra, el médico en ocasiones infravalora estos síntomas iniciales (prurito, escozor y ardor...) y trata a la paciente con cremas o tratamientos tópicos sin explorarla.

¿Cuál es su incidencia en España? ¿Y a nivel transnacional?

El cáncer de vulva es una enfermedad poco frecuente tanto en España como en el resto del mundo. Su incidencia oscila entre 0,5 y 3 casos por 100.000 mujeres/año. Datos sobre 12 registros poblacionales españoles hallan una tasa ajustada que oscila entre 0,7 y 1,7 casos por 100.000 mujeres año, en Albacete y Navarra respectivamente. La mayoría de países occidentales tienen una incidencia inferior a 2 casos por 100.000 mujeres año. Se estima que en todo el mundo en el año 2002 se diagnosticaron 28.600 nuevos casos lo que representa una incidencia de 1.5 casos por 100.000 mujeres año.

Bajo la denominación “cáncer de vulva” se incluyen diferentes tumores según el tejido en el que se originan. El cáncer escamoso o epidermoide, que se origina en la piel que recubre dicho órgano, es el más frecuente y representa aproximadamente el 85% de todas las neoplasias vulvares. El resto, por orden de frecuencia son: melanoma, sarcoma, adenocarcinoma y otros tipos más infrecuentes.

¿Qué lugar ocupa dentro de los tumores malignos ginecológicos?

Los tumores malignos de la vulva representan el 4-5% de todos los cánceres ginecológicos. Sólo el cáncer de vagina es todavía menos frecuente entre los cánceres ginecológicos. En los últimos años la mayoría de registros de tumores describen un aumento de la incidencia de cáncer de vulva y especialmente de las lesiones precancerosas, tanto en mujeres jóvenes (en relación con la mayor prevalencia de infección por el virus del papiloma humano) como de mayor edad.

¿A qué edad es más común su manifestación?

La mayoría de mujeres con cáncer de vulva son postmenopáusicas y mayores de 60 años, aunque cada vez se dan más casos en mujeres jóvenes. La curva de distribución según la edad es bimodal con dos picos de mayor incidencia: mujeres jóvenes (edad media 40 años) y mujeres de edad avanzada (edad media 60-70 años). Este hecho se explica por que el cáncer escamoso de vulva, que representa el 90% de dichas neoplasias, incluye dos tipos distintos de enfermedad tanto desde el punto de vista clínico-epidemiológico como etiológico.

1) El cáncer de tipo vírico causado por tipos oncogénicos del virus del papiloma humano (VPH), que se diagnostica en mujeres jóvenes con factores de riesgo sexual y hábito tabáquico y suele estar precedido por lesiones precursores (VIN) unos 10 años antes.

2) El cáncer escamoso de vulva no relacionado con el VPH, que afecta a mujeres de edad avanzada y suele estar precedido por enfermedades dermatológicas no neoplásicas (el liquen escleroso y la hiperplasia de células escamosas).

¿En qué estadios suele ser más frecuente su detección?

El cáncer de vulva de las mujeres jóvenes, asociado al VPH, se diagnostica con frecuencia en estadio inicial o en su fase precursora (VIN). El cáncer de las mujeres mayores, a pesar de asociarse con lesiones vulvares distróficas de muchos años de evolución es el que con más frecuencia se diagnostica en fases avanzadas.

Globalmente, más de una tercera parte de las pacientes en el momento del diagnóstico presentan tumores menores de 2 cm. o en fase precursora, y más de 2/3 lesiones limitadas a la vulva o periné independientemente del tamaño.

¿Es posible su prevención?

La prevención del cáncer de vulva incluye: 1) prevención primaria, que evita los factores causales e impide que se desarrolle la enfermedad, y 2) prevención secundaria, que detecta las lesiones premalignas o VIN y las trata evitando su progresión a cáncer.

Hasta hace poco la única forma de prevención disponible ha sido la secundaria basada en el reconocimiento de los síntomas asociados a las lesiones precursoras, su confirmación mediante el uso liberal de la biopsia y el adecuado tratamiento en caso de su confirmación.

Las lesiones de VIN asociadas al VPH presentan una baja tasa de progresión (5-10%). Los factores asociados a la progresión de las lesiones de VIN son: 1) edad mayor de 40 años, 2) inmunosupresión, 3) antecetente de otras neopasias del tracto genital inferior y 4) proximidad del margen anal.

La mayoría de los cánceres de vulva no relacionados con al VPH presentan en la piel adyacente lesiones de liquen escleroso e hiperplasia de células escamosas. El liquen escleroso de la vulva es una dermatopatía inflamatoria de causa desconocida, muy frecuente a partir de la menopausia, y que cursa de forma crónica. La ausencia de tratamiento adecuado en pacientes con liquen escleroso, con prurito y rascado crónicos, y áreas de engrosamiento epitelial e hiperplasia constituyen el grupo de mayor riesgo de desarrollar cáncer de vulva (los estudios de seguimiento a largo plazo demuestran que el 4-5% de las mujeres presentan esta neoplasia).

La prevención primaria es posible en el subgrupo de cánceres relacionados con el VPH (30-40%). La reciente disponibilidad de una vacuna profiláctica frente al VPH 16 y 18 ha demostrado una gran eficacia en la prevención de las lesiones precursoras y por tanto del cáncer de vulva.

¿En qué medida el VPH pude ser un factor causal de la enfermedad?

El cáncer de vulva causalmente relacionado con el VPH representa aproximadamente 30-40% de todos los cánceres escamosos de la vulva. En la inducción de esta neoplasia participan diferentes tipos de VPH de alto riesgo oncogénico, pero especialmente los tipos 16 y 18. Estos dos tipos virales son con diferencia los más oncogénicos ya que están implicados en la mayor parte de cánceres del tracto genital inferior (cuello de útero, vagina, canal anal). Esta asociación entre infección de transmisión sexual y lesiones precancerosas y cáncer de vulva permite explicar el pico de incidencia de esta enfermedad entre mujeres jóvenes con factores de riesgo sexual.

¿Qué otras ETS pueden ser factores de riesgo en el desarrollo de este tumor?

El papel causal de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) en el cáncer de vulva es menor o inexistente ya que en muchas ocasiones constituyen un marcador de la exposición al VPH. Las mujeres con mayor incidencia de ETS muestran mayor exposición a tipos de VPH de alto riesgo oncogénico.

¿Cómo afecta este cáncer a la vida sexual de la mujer? Especialmente en los casos en los que se somete a una vulvectomía.

La vulvectomía representa el tratamiento radical del cáncer de vulva y consiste en extirpar la totalidad de la piel y tejido subcutáneo de este órgano. La mutilación provocada por esta cirugía comporta importantes secuelas físicas, pero especialmente psicosexuales. La interferencia con la vida sexual es comprensible si se tiene en cuenta la extirpación del clítoris y la distorsión anatómica asociada al proceso cicatricial que puede condicionar estenosis vaginal y dolor o imposibilidad de mantener relaciones sexuales.

¿Cuáles son los principales inconvenientes a la hora del abordaje quirúrgico de este tumor? ¿Cuáles son los últimos avances en este terreno?

El tratamiento quirúrgico clásico del cáncer de vulva ha sido la vulvectomía radical, uno de las intervenciones más mutilantes de la ginecología oncológica ya que incluye la extirpación de toda la vulva, monte de venus y ganglios inguinales bilaterales. En los últimos años se han producido dos cambios fundamentales que han permitido, prácticamente, abandonar este tratamiento tan radical: 1) La extirpación del tumor con un margen de seguridad sin necesidad de extirpar toda la vulva; 2) la detección del primer ganglio que recibe el drenaje del tumor (ganglio centinela) y evita la extirpación del resto de ganglios inguinales cuando este no esta afecto. Estos avances han representado una verdadera revolución ya que permiten tratar a la mayoría de mujeres mediante cirugía conservadora.

¿En qué momento estamos de la batalla contra esta patología?

El cáncer de vulva, a pesar de su baja frecuencia, ha constituido un grave problema para las mujeres que lo padecen, dada la radicalidad de los tratamientos y las consecuencias psicosexuales que de ellos derivan. Recientemente, se han consolidado importantes avances en el tratamiento que permiten una menor radicalidad (cirugía conservadora, ganglio centinela) sin detrimento de las tasas de curación. Pero uno de los descubrimientos más importante de los últimos años ha sido la constatación de que una fracción de dichos cánceres está relacionada causalmente con el VPH. Esta circunstancia ofrece la posibilidad de una verdadera prevención primaria mediante la administración de la vacuna frente al VPH actualmente disponible

Compártelo . .

Dr. Jordi Vila: "Es imprescindible que la población esté "educada" sobre la importancia del buen uso de los antibióticos"

8 de febrero de 2017

Twittear

facebook

Se estima que 25.000 personas mueren al año a causa de infecciones por bacterias resistentes, una cifra que se eleva hasta 700.000 personas a nivel mundial. El abordaje de este problema pasa por acciones como una mayor inversión en investigación y una mayor concienciación social sobre el correcto uso de antibióticos. Acerca los retos que plantea actualmente la resistencia bacteriana, nos responde el Dr. Jordi Vila, director de la Iniciativa de Resistencia Antimicrobiana de ISGlobal y Jefe del Departamento de Microbiología Clínica del Hospital Clínic.
Entrevista de HBakkali para IBERDIVULGA.

¿A qué nos referimos cuando hablamos de bacterias multirresistentes?

Se llaman bacterias multirresistentes aquéllas capaces de sobrevivir al efecto de diferentes antibióticos. Estrictamente, se consideran multirresistentes cuando son refractarias a la acción de al menos 3 familias diferentes de antibióticos.

¿Cuáles son las más comunes?

Según el último informe publicado en 2016 por el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC), las bacterias multirresistentes causantes de infecciones más frecuentemente reportadas son: *Klebsiella pneumoniae* (causa de infecciones urinarias, respiratorias y sepsis) y *Acinetobacter spp.* (principalmente dando lugar a neumonía y sepsis), ambas adquiridas en el ámbito hospitalario; así como *Escherichia coli*, patógeno responsable de causar infecciones urinarias tanto en el hospital como en la comunidad.

Además, cabe destacar la importancia de patógenos resistentes emergentes; en los últimos años, por ejemplo, se ha detectado el incremento de infecciones intrahospitalarias debidas a otro género bacteriano, los Enterococos, resistentes a vancomicina, uno de los antibióticos usados para tratar este tipo de infecciones limitando las opciones de tratamiento. Desgraciadamente, la lista seguirá creciendo si no se toman medidas.

¿Cuáles las más peligrosas?

La peligrosidad de las bacterias depende del tipo de bacteria pero también del estado inmunológico del paciente y de si las opciones de tratamiento son escasas y/o inexistentes. Concretamente, el incremento de infecciones debido a bacterias resistentes a carbapenemas, la familia de antibióticos de elección el tratamiento de infecciones por bacterias del tipo Gram-negativas multirresistentes (como las ya comentadas *Klebsiella pneumoniae y Escherichia coli*), es una realidad preocupante.

Es muy importante ser consciente que sin opciones de tratamiento, estas infecciones causan la muerte. Y esto ya está pasando. Hace pocas semanas, una mujer falleció en Estados Unidos por una infección debida a *K. pneumoniae* resistente a todos los antibióticos disponibles en el mercado. Si no se toman medidas para combatir la resistencia a los antibióticos, éste no será un caso aislado y vamos a ver muchas más noticias de este tipo.

¿Cómo llegan hasta nuestro organismo?

Los humanos convivimos en armonía con las bacterias y significan alrededor de un 2% de nuestro peso. Son las llamadas bacterias comensales, sin las cuales no podríamos vivir. Nos permiten, por ejemplo, obtener energía de alimentos que seríamos incapaces de metabolizar sin ellas. Sin embargo, cuando nuestro sistema inmunitario está debilitado estas bacterias comensales, adquieren el papel de patógenos oportunistas y pueden causar también infecciones.

Las bacterias patógenas primarias son aquellas que causan infección en individuos inmunocompetentes y normalmente las adquirimos del exterior. Pueden llegar a nuestro organismo por diferentes vías como son agua o comida contaminada, a través del aire o por contacto directo con personas infectadas, entre otras.

¿Es posible su prevención?

Cuando hablamos de resistencia bacteriana a los antibióticos y su prevención, debemos distinguir por un lado la aparición de bacterias resistentes y de otro la diseminación de las mismas. Ambos aspectos requieren criterios de prevención distintos. Si nos referimos a la aparición de bacterias resistentes en las bacterias comensales debemos tener en cuenta entre otras medidas las siguientes:

1. Seguir la pauta de tratamiento definida por el médico.
2. No interrumpir nunca el tratamiento antibiótico aunque los síntomas mejoren.
3. Evitar la automedicación.

En el caso de la diseminación de las bacterias resistentes debemos considerar su diseminación a nivel intrahospitalario en donde las medidas de barrera e higiene de manos juega un papel importante y la diseminación a nivel de la comunidad donde también las medidas de higiene y una correcta manipulación de los alimentos son necesarios.

Sin embargo, la lucha contra la resistencia debe ir acompañada de muchas otras acciones a diferentes niveles: desde regular el uso de los antibióticos para tratar infecciones en humanos, controlar su consumo en el sector agroalimentario y en piscifactorías, hasta gestionar adecuadamente los residuos generados en la fabricación de antibióticos y los desechos en los hospitales.

¿En cuánto se cifra el número de personas afectadas por bacterias multirresistentes en España? ¿Y a nivel mundial?

No se disponen de datos exactos sobre la incidencia de infecciones por bacterias multirresistentes en España, pero a nivel europeo se estima que unas 400.000 infecciones al año están ocasionadas por bacterias multirresistentes.

¿Cuál es la incidencia de muertes por esta causa?

En Europa se estima que 25.000 personas mueren al año debido a infecciones por bacterias resistentes, elevándose esta cifra a 700.000 personas a nivel mundial.

Ser portador de determinadas bacterias, ¿puede afectar por igual a pacientes sanos que a pacientes inmunosuprimidos?

Los pacientes inmunodeprimidos, al carecer de las defensas necesarias para luchar contra las bacterias, son mucho más propensos a desarrollar infección al permitir que las bacterias oportunistas puedan ocasionar una infección que en condiciones de inmunocompetencia del paciente no tendría lugar.

¿Cómo afecta el mal uso de los antibióticos al desarrollo de las bacterias multirresistentes?

La aparición de bacterias resistentes a los antibióticos mediante adquisición de mutaciones o mediante transferencia de genes que codifican determinantes de resistencia tiene lugar independientemente de la presencia de los antibióticos. Sin embargo, en presencia del antibiótico se seleccionarán aquellas bacterias resistentes al mismo que, con el tiempo, generarán una población adaptada al nuevo ambiente.

En España es sabido que se hace un mal uso de antibióticos, ¿en qué se traduce este hecho? ¿Qué medidas se están tomando o se deberían tomar al respecto?

No solo en España, sino a nivel mundial el mal uso de antibióticos a diversos niveles ha favorecido la aparición de bacterias multiresistentes. La Unión Europea en 2011 instó a los Estados Miembros a implantar planes de lucha contra las resistencias. En España a través de la Agencia Española del Medicamento se ha desarrollado un Plan de Acción con una serie de medidas a tomar a diferentes niveles, uso de antibióticos en animales, en humanos a nivel de la comunidad, programas sobre el uso racional de antibióticos que son implementados en los diversos hospitales, etc. Sin embargo, el impacto que dichas medidas puedan tener no se verá a corto plazo. Por otro lado, es necesaria una inversión económica potente para la investigación de nuevos antibióticos, ya que necesitamos nuevas armas contra estos patógenos.

Finalmente, es imprescindible que la población esté "educada" sobre la importancia del buen uso de los antibióticos, de manera que también son necesarias acciones de concienciación dirigidas a la población general.

La diversidad genética de las bacterias es enorme, ¿está próximo el día en el que hablemos de antibióticos específicos para patógenos específicos?

Es difícil prever lo que nos depara el futuro en términos de investigación de nuevos fármacos, sobre todo teniendo en cuenta la poca inversión económica que se destina a este fin, pero es cierto que los altos niveles de resistencia a antibióticos de amplio espectro (esto es, capaces de combatir diferentes tipos de bacterias) ha despertado el interés por descubrir antibióticos específicos de bacterias. Las técnicas de secuenciación genómica han abierto un mundo de posibilidades en este sentido, sin embargo, en mi opinión no es una estrategia muy prometedora ya que en realidad los genes esenciales para la supervivencia de las bacterias están muy conservados entre los diferentes tipos bacterianos, lo que limita la identificación de potenciales dianas específicas de especie bacteriana. Diversas pequeñas industrias biotecnológicas tienen como principal objetivo la búsqueda de antibióticos específicos de especie, una de las principales ventajas de este abordaje es que no impactara en la microbiota que forma parte de nuestro organismo seleccionando bacterias resistentes en ella. Por otro lado, el principal inconveniente es que necesitaremos herramientas diagnósticas rápidas para poder decir la causa de la infección y poder implementar el tratamiento específico.

¿Qué estrategias se están desarrollando actualmente contra la resistencia bacteriana?

Las estrategias se están desarrollando a diversos niveles, conocimiento del problema y su tendencia, prevención, mejor tratamiento y diseño de nuevos antibióticos. A nivel europeo existen dos redes, que dependen del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC), destinadas a la recogida y análisis de datos relacionados con el consumo de antibióticos (ESAC) y con la incidencia de resistencia a antibióticos en humanos (EARS-Net). Además, la Autoridad Europea de Seguridad alimentaria (EFSA) también publica informes sobre la incidencia de bacterias resistentes en animales de consumo humano. Se trata de mecanismos útiles que permiten evaluar los países en el ámbito de la resistencia en el contexto europeo y nos permiten analizar la tendencia de la resistencia y su asociación con el consumo de antibióticos.

A nivel de la prevención y sobre todo a nivel hospitalario se están desarrollando Programas para el Uso Racional de Antibióticos que es implementado por un equipo multidisciplinar. Por otra parte, en cuanto a divulgación a nivel de la comunidad, desde 2008 se celebra el "Día Europeo de la Sensibilización sobre los Antibióticos", cuyo objetivo es hacer que la población tome consciencia de esta problemática.

El problema de la resistencia antibiótica es tal que la OMS ha señalado recientemente que las resistencias bacterianas era una de las mayores amenazas para la salud pública mundial y ha aprobado el Plan de Acción Mundial para Luchar contra la Resistencia a los Antimicrobianos. Esperemos que esto sirva para estimular a los países a invertir fondos en la investigación de nuevos antibióticos y en la implementación de medidas para combatir este gran desafío de salud global.

Finalmente, la Unión Europea a través de la convocatoria IMI (Innovative Medicines Initiatives) estimula conjuntamente con la industria farmacéutica el descubrimiento y desarrollo de nuevos antibióticos. Otro aspecto a tener en cuenta es el cambio de criterios para la aceptación de nuevos antibióticos que estimule a la industria farmacéutica a invertir en ellos.

Palabras clave:

- Laboratorios iberoamericanos
- Microbiología
- Salud

iberoamérica**divulga**

Dr. Alex Soriano: "Es preciso que los médicos tengan formación específica en el uso adecuado de antibióticos"

16 de febrero de 2017

Twittear
facebook

Cuando nos referimos a bacterias resistentes a los antibióticos es importante destacar la necesidad de una mayor financiación en materia de investigación para entender sus mecanismos, así como promover una mayor formación y un uso responsable de los antibióticos. Sobre las causas de esta resistencia y el impacto que ello provoca en la salud nos responde el Dr. Alex Soriano, Jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínic de Barcelona y especialista en Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas.

Entrevista de HBakkali para IBERDIVULGA.

¿Por qué se da la resistencia a los antibióticos?

Las bacterias sufren mutaciones espontáneas o adquieren genes que confieren resistencia a los antibióticos. En ausencia de antibióticos estas bacterias no progresan, pero pueden seleccionarse y posteriormente diseminarse en presencia de antibiótico en el medio.

¿Cuáles son y cómo se producen las mutaciones por las que se origina esta resistencia?

Las mutaciones se producen de forma espontánea, así como la adquisición de material genético que confiere resistencia. El número de estas mutaciones o material genético que confiere resistencia es muy elevado y pueden actuar en diferentes puntos.

¿Cuáles son los principales métodos bacterianos para hacerse resistentes a los antibióticos?

Las mutaciones o genes que adquieren las bacterias básicamente tienen tres consecuencias beneficiosas para que la bacteria evite la acción del antibiótico:

1. impiden que el antibiótico se concentre en el interior de la bacteria, por ejemplo, mediante el cierre de los poros a través de los cuales entran los antibióticos o la producción de bombas que expulsan el antibiótico del interior al exterior de la bacteria.
2. comportan la modificación del lugar donde se une el antibiótico.
3. destruyen el antibiótico mediante la producción de enzimas. En ausencia de antibióticos, por lo general, las bacterias con determinantes de resistencia tienen menos capacidad de progresar ya que sus congéneres más sensibles suelen ser más eficientes en la captación de nutrientes.

La simple presencia del antibiótico, ¿puede hacer resistente a la bacteria?

La presencia de un antibiótico puede favorecer la selección de aquellas bacterias que poseen determinantes de resistencia ya que eliminan la competencia que representan las bacterias sensibles y dejan el terreno libre a la proliferación de las bacterias resistentes. La probabilidad de seleccionar dichas bacterias resistentes, depende en gran medida, del tiempo que dure la exposición al antibiótico

En los centros hospitalarios, ¿cuáles son los principales factores de riesgo asociados a infecciones por bacterias multirresistentes?

Como hemos comentado, las bacterias resistentes se pueden seleccionar durante un tratamiento prolongado, que arrasa con las bacterias sensibles y favorece la emergencia de bacterias resistentes a partir de la flora bacteriana del propio paciente. Por tanto, el consumo de antibióticos es un factor importante y en particular de antibióticos con un espectro de acción muy amplio y cuando la duración es muy prolongada. Por otro lado, el antibiótico reduce la flora bacteriana presente en la piel y las mucosas dejando un vacío que puede ser ocupado por bacterias resistentes procedentes de otra localización.

¿Qué pronóstico tiene actualmente aquellos pacientes con infecciones causadas por bacterias farmacorresistente?

Un tratamiento antibiótico activo, administrado de forma precoz (dentro de las primeras 24h desde el inicio de la fiebre) y a dosis adecuadas ha demostrado ser una de las herramientas médicas más eficaces. En los pacientes con infecciones por bacterias resistentes el inicio de un tratamiento antibiótico activo suele demorarse más tiempo y los antibióticos que podemos utilizar son menos activos, esto hace que la tasa de fracaso o incluso de mortalidad sea mayor.

¿Qué supone la resistencia a los antibióticos en la salud pública mundial?

Como consecuencia de la resistencia, nos encontramos con infecciones que solo pueden tratarse con antibióticos que tienen muchos efectos adversos o incluso en ocasiones no disponemos de ninguna alternativa. Esto hace que el fracaso e incluso la mortalidad de estos pacientes sea mayor.

¿Cómo deben reforzarse los sistemas de salud en esta materia?

Es preciso distinguir diferentes niveles. En primer lugar, establecer controles sobre el uso de antibióticos en el ámbito de la veterinaria, donde sabemos que se utilizan con frecuencia y es necesario establecer de forma clara su relación con la emergencia de microorganismos resistentes que luego afectan a las personas. En segundo lugar, a nivel de la medicina comunitaria, es preciso que los médicos tengan formación específica en el uso adecuado de antibióticos y las medidas para prevenir el desarrollo de infecciones. Por último, a nivel de los centros hospitalarios, es muy importante la aplicación de medidas para reducir las complicaciones infecciosas y su transmisión, así como disponer de protocolos de tratamiento antibiótico adecuados.

A nivel de investigación, ¿en qué momento estamos?

La emergencia de bacterias resistentes es un fenómeno inevitable, que podemos minimizar mediante la aplicación de múltiples medidas, pero la investigación para entender los mecanismos de resistencia y la investigación de nuevos antibióticos es necesaria y en estos momentos, insuficiente en parte porque la rentabilidad, en términos económicos, de un antibiótico es inferior a la de otros productos farmacéuticos

Silvia Holguera Ortiz: “El paciente bulímico presenta en general una conducta desordenada”

Twittear
facebook

Trastornos del Comportamiento Alimentario: bulimia
Entrevista realizada por HBakkali
«A modo preventivo y educativo puede ser de gran ayuda estimular la adquisición de hábitos alimentarios saludables, trabajar en educación para la salud y fomentar actitudes realistas en cuanto al peso, la dieta, la constitución física y la aceptación de lo que uno es»

Según la **Organización Mundial de la Salud, la bulimia es un trastorno mental y de la conducta alimentaría, que surge ante el miedo a engordar y que muestra una falta de autocontrol sobre la alimentación.** La bulimia es una **enfermedad crónica** que puede **afectar de manera grave a la salud del paciente y a su calidad de vida.**

Sobre las principales **causas y consecuencias**, el **abordaje terapéutico** y la **incidencia** que actualmente presenta, **nos responde Silvia Holguera Ortiz, psicóloga de la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.**

¿Qué es la bulimia?

La bulimia es un trastorno mental que se caracteriza por atracones o episodios recurrentes de ingestión excesiva de alimento (voracidad), acompañados de una sensación de pérdida de control. Los atracones van seguidos de conductas compensatorias inapropiadas: vómito autoprovocado, abuso de laxantes o diuréticos, ayuno o ejercicio físico excesivo. La percepción de la imagen corporal y del peso se suelen encontrar distorsionados.

¿Qué tipos de bulimia existen?

Según las clasificaciones diagnósticas psiquiátricas existirían dos tipos de bulimia nerviosa: la bulimia nerviosa tipo purgativo en la que se recurre regularmente a la provocación del vómito o al uso laxantes, diuréticos o enemas. Y la bulimia no purgativa donde el paciente emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio físico intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

En consulta vemos frecuentemente lo que se suele denominar bulimia multi-impulsiva; un perfil de pacientes con problemática para controlar los impulsos en muchas áreas de su vida, incluida el área alimentaria.

¿Cuáles son sus principales causas?

En función de los conocimientos que se tienen hasta ahora, los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) tienen una etiología multicausal, y así lo establece el modelo teórico más aceptado, el modelo integrador.

El modelo integrador habla de distintos factores de vulnerabilidad a padecer una bulimia nerviosa que serían de tipo biológicos, psicológicos y socioculturales.

Los factores desencadenantes más comúnmente aceptados hablan de los cambios corporales, padecer una enfermedad adelgazante o traumatismo desfigurador, una ruptura conyugal de los padres del paciente, los primeros contactos sexuales, un incremento rápido de peso, críticas recibidas sobre el cuerpo, inicio de un dieta…

¿Qué factores determinan su diagnóstico?

Los factores que determinarían el diagnóstico según los criterios de la CIE-10/ DSM-IV-TR (manuales diagnósticos empleados en las enfermedades mentales, en España diagnosticamos con la CIE, la DSM sería el modelo americano) serían: la preocupación continúa por la comida, con deseos irresistibles de comer; presentar episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo; contrarrestar el aumento de peso post ingesta mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos; la psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano.

¿Es común que las personas con bulimia presenten otros trastornos psicológicos y/o de personalidad?

Lo cierto es que es frecuente y es lo que solemos ver en consulta. La comorbilidad entre trastornos de la personalidad, otros trastornos mentales (trastornos ansiosos y trastornos depresivos fundamentalmente) y trastornos de la conducta alimentaria ha sido destacada en numerosas investigaciones.

Asimismo, las anoréxicas y bulímicas afectadas por un trastorno de la personalidad presentan una mayor frecuencia de atracones, vómitos y síntomas ansioso-depresivos, así como mayores dificultades de integración social e intentos de suicidio. A mayor comorbilidad y patología asociada mayor dificultad para la recuperación y bienestar de los pacientes.

¿Qué relación existe entre bulimia y depresión?

La relación entre TCA con depresión es muy estrecha. Muchas de las pacientes bulímicas padecen o han padecido un trastorno depresivo, generalmente unipolar.

Ambas patologías comparten algunas características: alteraciones en los niveles de serotonina; distorsiones cognitivas, falta de habilidades sociales, aislamiento y sentido de ineficacia personal

Actualmente, ¿cuál es la incidencia en España? ¿Y a nivel internacional?

Se han llevado a cabo considerables avances en la investigación de la epidemiología de los TCA en España. De la revisión de estudios recientes pese a sus limitaciones metodológicas se sugiere que la prevalencia de conductas y actitudes alimentarias anómalas en poblaciones no clínicas españolas no difiere marcadamente de lo descrito en otros países desarrollados.

En 2007 se publicaron los resultados de un estudio realizado en la comunidad de Madrid con una muestra de estudiantes mujeres y hombres de entre 12 y 21 años. Los datos obtenidos fueron que la prevalencia total de TCA en mujeres fue de 3.43%, siendo 2.29% para bulimia nerviosa.

No obstante, no se han efectuado buenos estudios epidemiológicos con poblaciones infantiles, adolescentes tempranos o poblaciones masculinas. Es destacable que las formas no completas de trastornos de alimentación tienen una mayor prevalencia que las formas completas según criterios diagnósticos CIE-10 o DSM-IV-R.

¿A qué población afecta en mayor medida?

Los TCA afectan mucho más a la mujer que al varón. Se han señalado proporciones para el conjunto de los trastornos entre 6/1 y 10/1.

Algunos factores demográficos se relacionan con la mayor probabilidad de TAC; tales como el sexo (ser mujer), la edad (adolescencia tardía), ser hijo único, familias monoparentales y muerte de alguno de los progenitores, entre otros

Para compensar los atracones, ¿qué conductas suelen ser las más habituales?

Lo más habitual suelen ser los vómitos autoprovocados. También se utilizan otras medidas compensatorias como el uso abusivo de laxantes, diuréticos u otros fármacos anorexígenos. También es frecuente el empleo del ejercicio físico intenso o el ayuno prolongado post-atracón, apareciendo etapas sucesivas de restricción-atracón.

A la hora de tratar a los pacientes, ¿cuáles suelen ser las principales barreras que se encuentra el especialista?

Una de las principales barreras con las que nos encontramos en nuestra práctica clínica tendría que ver con la motivación al cambio, siendo esto una parte muy importante a trabajar durante las sesiones de terapia. La motivación al cambio se entendería como un proceso con diferentes etapas.

Los tratamientos en TCA suelen ser largos y otra de las barreras que nos podemos encontrar es la continuidad con los mismos, siendo relativamente frecuente los abandonos.

¿En qué consiste el abordaje terapéutico de la bulimia?

El tratamiento específico de la bulimia será determinado por un equipo multidisciplinar (psiquiatra, psicólogo clínico, enfermera especializada en nutrición…) basándose en la edad, estado general de salud, antecedentes médicos y gravedad de los síntomas…

La bulimia normalmente se trata con una combinación de farmacoterapia, terapia individual (técnicas cognitivo-conductuales, integración de la emoción), terapia familiar y grupal, modificación del comportamiento y rehabilitación nutricional.

El tratamiento siempre debe basarse en una evaluación integral del paciente y de la familia. La familia desempeña un papel vital en cualquier proceso de tratamiento.

¿Qué pronóstico presenta actualmente este trastorno?

Las investigaciones más recientes sugieren que el pronóstico es diverso. La bulimia puede presentarse como un padecimiento a largo plazo, fluctuante durante muchos años, o bien como un problema de salud episódico, precipitándose en función de los eventos y crisis de la vida de quien la padece.

Aún no han podido identificarse factores consistentes que permitan predecir el resultado del tratamiento.

La bulimia, ¿se cura o es crónica? ¿en qué medida son frecuentes las recaídas?

Como se ha señalado anteriormente hay muchas personas que han padecido una bulimia y han podido salir de ella, con unos niveles de adaptación a los distintos desempeños diarios bastante adecuados y con una relación más sana con la comida.

También es cierto que es una enfermedad crónica y muchas personas afectadas continúan presentando síntomas.

Las recaídas en la bulimia nerviosa son frecuentes. Suelen aparecer momentos de reagudización de síntomas y otros de mayor estabilización de los mismos.

Desde el punto de vista del entorno de los afectados, ¿qué signos pueden alertar de que la persona padece bulimia?

Entre los signos que nos pueden alertar se encuentran los siguientes: episodios recurrentes de atracones de comida; hacer ayunos o dietas muy rigurosas; provocarse vómitos; aspecto aparentemente saludable (el peso generalmente es normal o ligero sobrepeso); abuso de laxantes y diuréticos; ir a menudo al baño después de comer; preocupación excesiva por el peso corporal, interés desmesurado por el mundo de la moda, idea sobrevalorada del aspecto físico, delgadez asociada a éxito profesional y/o personal; aumento de las actividades físicas (limpia mucho la casa, no para…); problemas odontológicos; cambios de humor; cicatrices en la parte posterior de los dedos.

¿Cuáles son las consecuencias más graves para la salud que pueden derivarse de la bulimia?

Cuando el trastorno bulímico se ha establecido pueden aparecer serias complicaciones médicas, algunas semejantes a las observadas en le anorexia nerviosa y otras más específicas de la bulimia: electrolíticas y renales: hipopotasemia (causante de las alteraciones ECG), acidosis metabólica; cardiovasculares: hipotensión arterial, arritmias cardíacas; pulmonares y mediastínicos: hernias o úlceras esofágicas, neumonía por aspiración, neumomediastino o rotura esofágica; alteraciones dentales: pérdida del esmalte dental, caries; digestivas: dilatación gástrica, rotura esofágica; neurológicas: miopatías secundarias al deficit de potasio, neuropatías periféricas.

¿Cómo afecta la bulimia a la calidad de vida?

Disminuye de manera drástica la calidad de vida. Afectando a todas las áreas del paciente. El paciente bulímico presenta en general una conducta desordenada, al principio con la alimentación y más adelante en otros aspectos de su vida (familiar, social y laboral).

La vida del paciente bulímico poco a poco va girando alrededor de lo alimentario (cuando comer, cuando y como vomitar…). Se evidencia que la alteración de la imagen corporal, el deseo de adelgazar y los mecanismos empleados para conseguirlo tiene repercusiones en el ámbito personal y sociofamiliar. Además, se objetiva psicopatología asociada (ansiedad, ánimo depresivo, rasgos patológicos de la personalidad, etc.)

Todo esto dificulta el correcto desempeño en los distintos ámbitos de la vida de la persona.

¿Cómo influyen los cánones estéticos de nuestra sociedad al desarrollo de este trastorno?

Hay una predisposición cultural, es decir, factores socioculturales que pueden predisponer a padecer un TCA como podría se el pertenecer a un grupo de riesgo como gimnastas, modelos, bailarinas.

Además de la enorme presión mediática a la que estamos sometidos en el día a día sobre la exigencia de la delgadez, que se asocia al éxito personal, profesional…

¿Se puede evitar la bulimia? ¿En qué medida la educación para la salud ayudaría a ello?

La detección e intervención tempranas pueden reducir los síntomas, estimular el proceso de crecimiento y desarrollo normal, y mejorar la calidad de vida de los adolescentes.

También a modo preventivo y educativo puede ser de gran ayuda estimular la adquisición de hábitos alimentarios saludables, trabajar en educación para la salud y fomentar actitudes realistas en cuanto al peso, la dieta, la constitución física y la aceptación de lo que uno es.

Silvia Holguera Ortiz, psicóloga de la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Gregorio Marañón de Madrid

Contenido relacionado
Trastornos del comportamiento Alimentario: anorexia

Inicio

Dr. Pedro Herranz Pinto: "El sexo anal es un factor de riesgo de primer orden para el desarrollo de cáncer de ano"

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
El cáncer anal encuentra una alta prevalencia entre los pacientes infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Este tumor tiene entre sus factores causales directos la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH), una infección que presenta tasas más elevadas en pacientes con VIH.

La **Unidad de Cáncer Anal del Hospital Universitario La Paz de Madrid** ha puesto en marcha un **protocolo de cribado**, similar al utilizado para el cáncer de cérvix, dirigido a pacientes inmunosuprimidos, prestando especial atención a mujeres con antecedente de patología cervical, patología vulvar, o aquellos varones homosexuales infectados por el VIH. Los **objetivos** principales de este protocolo se centran en fomentar la **prevención** de la neoplasia, facilitar su **diagnóstico precoz** y procurar un **tratamiento menos invasivo**.

Sobre la **incidencia** de este tumor, su **pronóstico,** su **abordaje terapéutico**, **la eficacia de la vacuna frente al VPH** para su prevención, y la necesidad de implementar **programas de cribado para su detección temprana** nos responde el **Dr. Pedro Herranz Pinto**, coordinador de la **Unidad de Cáncer Anal del Hospital Universitario La Paz de Madrid**.

.....

¿Qué sintomatología cursan los tumores de ano?

La sintomatología de los tumores incipientes es muy inespecífica, y se suele confundir la que producen las hemorroides o fisuras anales. **Los pacientes presentan dolor o prurito locales o sangrado ocasional. Pero es muy importante señalar que gran parte de los tumores anales son asintomáticos durante su evolución inicial.**

¿Cuál su prevalencia en España? ¿Y a nivel transnacional?

No se conoce la prevalencia de este tumor. **Se aprecia un crecimiento de un 2% anual aproximadamente a nivel mundial**, sobre todo en las subpoblaciones específicas a las que afecta.

¿Cuáles son las causas de este tumor?

El carcinoma anal es un tumor asociado a la infección persistente por el Virus del Papiloma Humano de alto riesgo (VPH-AR). Como factores asociados, se considera que los pacientes inmunodeprimidos, sobre todo **los pacientes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) presentan mayor riesgo de desarrollar estos tumores**.

¿Es más común en mujeres o en hombres?

El cáncer de ano es más frecuente en varones homosexuales, si bien puede afectar a ambos sexos.

¿A qué edad es más frecuente que se detecte?

Suele diagnosticarse a partir de la cuarta década.

¿El sexo anal pasivo puede ser factor causal de este tumor?

Se considera que **el sexo anal es un factor de riesgo de primer orden para el desarrollo de cáncer de ano**, ya que es el mecanismo de adquisición del Virus del Papiloma Humano (VPH).

¿En qué medida el VPH es factor causal del cáncer de ano?

El **VPH es el factor fundamental** para el desarrollo **del cáncer anal.**

¿Qué tipos de VPH son los causantes del cáncer de ano?

Los **genotipos de alto riesgo: VPH-16**, y en menor grado, **VPH-18**. En conjunto, estos tipos se aíslan en más del 80% de los carcinomas anales.

¿En qué grado la vacuna del VPH puede prevenir este cáncer?

Desde el punto de vista teórico, **la vacunación frente a los genotipos causales del cáncer anal sería una estrategia preventiva muy eficaz**, siempre y cuando se aplicara a amplios grupos poblacionales, y que la vacunación se ofreciera antes del inicio de las relaciones sexuales.

¿Durante cuánto tiempo protege la vacuna frente a los tipos de VPH que pueden provocar cáncer de ano?

No se conoce este dato. Hay que tener en cuenta que **gran parte de los pacientes con cáncer anal están inmunodeprimidos por el VIH, y en esta población se**

carece de estudios sobre la eficacia de la vacuna a largo plazo

¿En qué momento resulta efectivo vacunarse?

La vacuna frente al VPH tiene sentido si se utiliza antes de adquirir la infección. Al tratarse de un problema tan prevalente, **las estrategias más eficaces estarían dirigidas a vacunar a la población a edades tempranas, durante la adolescencia.**

¿La eficacia de la vacuna del VPH es igual en varones que en mujeres a la hora de prevenir este tumor?

Teóricamente, **no tiene que haber ninguna diferencia en la respuesta por sexos.**

¿Qué relación existe entre el VIH y el desarrollo del cáncer de ano?

Los **pacientes infectados por el VIH presentan tasas de infección por VPH-AR muy elevadas,** por lo que **presentan una mayor prevalencia de carcinoma anal.** En ellos, además, **los tumores se presentan a edades más tempranas, son más agresivos** pueden responder peor a tratamiento.

¿Pueden existir factores genéticos en el desarrollo este cáncer?

Es posible, pero **no se han establecido marcadores genéticos específicos.**

¿Existen métodos para su detección temprana?

Se están desarrollando programas de cribado del carcinoma anal, que siguen esquemas similares a los utilizados para el cribado cervical. Se trata de ofrecer a los pacientes de riesgo una secuencia de pruebas diagnósticas: todos los pacientes son sometidos a exploración perianal, examen digital y citología del canal anal. En caso de alteraciones, se realiza anoscopia de alta resolución para examinar el canal anal y biopsiar las lesiones sospechosas.

¿En qué estadios es más común su diagnóstico?

El **carcinoma anal incipiente es asintomático,** por lo que, lamentablemente, el paciente suele acudir a consulta cuando percibe sangrado o dolor. **En estos casos el tumor suele estar localmente avanzado.**

En la actualidad, ¿qué pronóstico presenta este cáncer?

Las **lesiones locales de pequeño tamaño presentan buen pronóstico**. Sin embargo, el cáncer anal localmente avanzado o diseminado se caracteriza por una elevada morbi-mortalidad.

¿Es común la recidiva en este tipo de tumor?

Las recidivas locales son muy frecuentes a pesar de los tratamientos, ya que se trata de tumores muchas veces multifocales, que afectan a gran parte de la circunferencia del canal anal.

¿Cuáles son las principales secuelas que puede dejar este cáncer?

Secuelas **funcionales** en todos los pacientes, y **una gran repercusión psicológica** asociada.

¿De qué manera puede prevenirse el cáncer de ano?

Estableciendo **protocolos de diagnóstico precoz, que se deben ofrecer de forma sistemática a las subpoblaciones de mayor riesgo.** Por ejemplo**,** se aconseja incluir el cribado del carcinoma anal en el seguimiento del los individuos con infección por VIH de ambos sexos.

Dr. Pedro Herran Pinto. Coordinador de la Unidad de Cáncer Anal del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

FECYT
FUNDACIÓN ESPAÑOLA PARA LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA
CSIC
LABJOR

Inicio

Organizaçao dos Estados Ibero-americanos para a Educaçao, a Ciência e a Cultura
Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Divulgación y Cultura Científica Iberoamericana

Opinión | Reportajes | Noticias | Entrevistas

Dr. Aureli Torné: “La vacuna frente al VPH permiten prevenir entre 70 y 80% de todos los cánceres de cérvix”

Twittear
facebook

«En los tumores de cérvix que se hallan en estadio inicial las tasas de curación, a menudo, superan el 90%»
«El VPH es el agente causal de más del 99% de los cánceres de cérvix»
«La realización de pruebas para la prevención del cáncer de cuello del útero se recomienda a partir de los 25-30 años»

.....

Cada **año se diagnostican en el mundo 530.000 nuevos casos de cáncer de cérvix**, aproximadamente **el 80% de estos tumores son diagnosticados en países en vías de desarrollo** y representan **el segundo tumor de mayor incidencia en la mujer** después del cáncer de mama.

Con motivo del **Día Mundial de la Salud 2013**, el **Dr. Aureli Torné Bladé,** Presidente electo de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia, especialista en Ginecología Oncológica del Hospital Clinic de Barcelona y profesor asociado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Barcelona, nos explica **cuáles pueden ser las principales causas del cáncer de cérvix, cuáles son los beneficios de la vacuna del VPH para su prevención, y qué pronóstico presenta actualmente este tumor.**

Entrevista realizada por HBakkali

.....

¿Cuáles son los principales tipos de cáncer de cérvix? ¿Cuál presenta peor pronóstico?

El principal tipo corresponde al carcinoma escamoso (representa el 85-90%) y se origina sobre el epitelio que reviste la parte externa del cuello uterino. El segundo tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma que se origina sobre el epitelio glandular que reviste el canal endocervical y se encarga de producir el moco cervical. El pronóstico de dichos tumores depende más que del tipo histológico (escamoso o adenocarcinoa) de otros múltiples factores, especialmente el tamaño tumoral, la presencia de afectación de órganos vecinos (parametrios, vagina…) o la diseminación ganglionar linfática.

¿Qué causa el cáncer de cuello de útero?

La causa necesaria para el desarrollo del cáncer de cérvix es la infección persistente por el virus del papiloma humano. Sin embargo, no es causa suficiente, ya que la inmensa mayoría de mujeres infectadas no desarrollaran este tumor. Existen cofactores muy importantes como la inmunodepresión o el tabaco y una susceptibilidad individual difícil de delimitar en la práctica clínica.

¿Cuáles son sus manifestaciones más comunes?

El síntoma más frecuente es el sangrado vaginal. Inicialmente el sangrado sólo se produce durante las relaciones sexuales. Posteriormente, la mujer experimenta pérdidas a lo largo de todo ciclo menstrual. En estadios más avanzados de la enfermedad, y especialmente cuando tumor afecta a otros órganos vecinos, las pacientes pueden referir perdidas vaginales de flujo maloliente (por necrosis tumoral) o dolor pélvico por infiltración de los plexos nervios o síntomas urinarios o digestivos por afectación de la vejiga o recto.

¿A qué edad es más frecuente su aparición?

El cáncer de cérvix es excepcional antes de los 30 años, la enfermedad se observa con relativa frecuencia partir de los 35-40 años. Concretamente, tanto en España como en Europa, este tumor ocupa la segunda posición en frecuencia entre las mujeres menores de 45 años.

¿En qué estadios es más habitual su detección?

En una determinada población, el factor que más influye en la detección precoz de dicho cáncer es si se aplican programas de cribado poblacional. En estas circunstancias, el diagnóstico se realiza en mujeres sanas, asintomáticas, que se han realizado una citología preventiva por lo que los casos detectados corresponden en su mayoría a estadios iniciales de la enfermedad. Por el contrario, en los países en vías de desarrollo en los que no se realiza cribado la mayoría de los casos se diagnostican en estadios avanzados y sin opciones terapéuticas.

¿Qué pronóstico presenta este tumor?

El pronóstico está totalmente relacionado con el estadio de la enfermedad. En los tumores de cérvix que se hallan en estadio inicial las tasas de curación a menudo superan el 90%. Por el contrario, cuando tumor se ha extendido a los órganos vecinos o afecta a los ganglios linfáticos regionales o a los órganos a distancia (metástasis) las tasas de supervivencia disminuyen de manera muy significativa.

¿Cuál es la incidencia del cáncer de cérvix actualmente en España? ¿Y a nivel transnacional?

En España la incidencia del cáncer de cérvix se halla en el segmento más bajo europeo, con una tasa poblacional media de 7.6 x 100.000 mujeres año. Esto supone que la mortalidad que el cáncer de cérvix provoca en nuestro país es de 3.6 x 100.000 mujeres año. En el mundo se estima que anualmente se diagnostican unos 530.00 nuevos casos, lo que representa el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres. Aproximadamente, el 80% de dichos canceres se diagnostican en países

en vías de desarrollo.

En la actualidad, ¿cuál es el abordaje terapéutico de este cáncer? ¿Qué secuelas pueden dejar intervenciones como la histerectomía?

Existen diversos abordajes terapéuticos cuya radicalidad está de acuerdo con el estadio de la enfermedad. De forma genérica, la mayoría de tumores iniciales (menores de 4 cm y localizados en el cuello) se tratan mediante cirugía radical. La histerectomía radical frente a la histerectomía simple se basa en extirpar el útero con márgenes de seguridad. Esto implica extirpar en mayor o menor medida los tejidos adyacentes (paramétrios o ligamentos periuterinos y un manguito del fondo vaginal) junto con los ganglios linfáticos pélvicos. En los tumores mayores de 4 cm o con extensión a tejidos adyacentes el tratamiento estándar es la quimio- radioterapia.

En casos seleccionados de pacientes jóvenes, con tumores iniciales y que no han completado su deseo generativo es posible realizar una cirugía radical con preservación del cuerpo uterino, trompas y ovarios. Esta intervención denominada “traquelectomía radical” permite mantener la capacidad reproductiva sin detrimento de los resultados oncológicos.

La principal secuela de la histerectomía consiste en la incapacidad futura de poder gestar. Por otro lado, la histerectomía radical comporta un mayor riesgo de lesiones y complicaciones en órganos vecinos. Las secuelas más frecuentes son las disfunciones vesicales (alteraciones en la micción) o rectales (en la defecación) o dificultad en las relaciones sexuales.

El cáncer de cérvix y el tratamiento quirúrgico para tratarlo, ¿cómo pueden afectar a la actividad sexual de la paciente?

Las implicaciones del tratamiento de cáncer de cérvix en la actividad sexual pueden explicarse desde dos perspectivas: por una parte el impacto psicológico que supone sufrir un cáncer derivado de una enfermedad que se ha transmitido por vía sexual. En segundo lugar, por las secuelas físicas secundarias a la cirugía radical o a la radioterapia con una reducción del tamaño y elasticidad vaginal. En cada caso concreto el grado de afectación dependerá de las características personales de la paciente, del estadio de la enfermedad y de los tratamientos específicos aplicados.

¿Tener una lesión precancerosa quiere decir que la paciente acabará desarrollando siempre el tumor?

En absoluto, la práctica totalidad de mujeres diagnosticadas de lesiones precancerosas que se someten a un tratamiento y seguimiento adecuados van a resolver su problema evitando la aparición del cáncer. En estos hechos radica el beneficio de los programas de cribado y prevención del cáncer de cuello de útero.

¿Qué es el Virus del Papiloma Humano (VPH)?

El virus del papiloma humano (VPH) es un virus constituido por una cadena de ADN recubierta por una envoltura o cápsula proteica. Según la secuencia de ADN estos virus se catalogan en diferentes tipos. Actualmente, se han secuenciado más de 150 tipos, la mayoría con capacidad de infectar la piel y las mucosas. Aproximadamente un tercio de estos virus afectan al área genital (vulva, vagina y cuello de útero). Los virus del papiloma, además de afectar a la especie humana, constituyen una familia muy extensa integrada por más de 60 papilomavirus animales que afectan de forma específica a diversos mamíferos, aves y reptiles. Su origen se remonta al origen de las diversas especies (unos 350 millones de años) lo que explica su gran ubicuidad y adaptación o co-evolución con las diversas especies que afectan. En el caso de los VPH se distinguen dos grupos claramente diferenciados: los VPH de bajo riesgo oncogénico que causan infecciones inaparentes o verrugas o papilomas cutáneos o genitales y los VPH de alto riesgo oncogénico que pueden provocar infecciones persistentes y que están involucrados en el desarrollo de lesiones premalignas o cáncer.

¿Qué relación hay entre el VPH y el cáncer de cérvix?

La causa necesaria para el desarrollo del cáncer de cérvix es la infección persistente por el virus del papiloma humano. Esto explica que virtualmente la práctica totalidad de los cánceres de cuello de útero están etiológicamente causados por esta familia de virus.

¿A qué edad es más frecuente la infección por VPH?

Dado que los VPH se transmiten mediante el contacto entre piel o mucosas, su mayor frecuencia se observa entre las mujeres y hombres durante los primeros años de vida sexual. La fácil transmisibilidad y el mayor número de contactos sexuales explican la mayor frecuencia durante esta época de la vida. A nivel mundial la prevalencia de la infección entre mujeres entre 20-30 años es alrededor del 20%. En España dicha cifra se aproxima al 30%. Entre mujeres de mayor edad (40-50 años) cerca del 10% siguen presentando infección. En España la prevalencia global de la infección en mujeres independientemente de la edad es del 14%. Se estima que más del 80% de todas las mujeres se infectaran en algún momento de la vida por el VPH.

¿Cursa sintomatologia?

La inmensa mayoría de infecciones por VPH pasan desapercibidas, puesto que son asintomáticas y se resuelven espontáneamente. En algunas infecciones por virus de bajo riesgo es posible observar verrugas cutáneas (frecuentemente en manos y pies durante la infancia) o verrugas genitales también llamados condilomas acuminados (más frecuentes durante las dos primeras décadas de vida sexual).

De forma extremadamente excepcional, los VPH de bajo riesgo pueden infectar al feto durante su paso por el canal del parto y provocar la aparición de papilomas en la laringe. La falta de madurez inmunológica explica la persistencia de dicha enfermedad denomina papilomatosis respiratoria recurrente. Los VPH de alto riesgo que se asocian con mayor frecuencia al desarrollo de infecciones persistentes o lesiones premalignas también son asintomáticos. En estos casos sólo el pequeño porcentaje de mujeres que finalmente desarrollan un cáncer presentan síntomas específicos.

¿En qué grado las vacunas del VPH previenen del cáncer de cérvix?

Las dos vacunas frente al VPH actualmente disponibles han demostrado una elevada inmunogenicidad y eficacia protectora, próxima al 100%, especialmente entre las mujeres no expuestas a los tipos vacunales y que han cumplido correctamente la pauta vacunal. Esta elevada eficacia protectora fundamenta que desde la perspectiva de Salud Pública la inmensa mayoría de países han incorporado dichas vacunas dentro de los programas de vacunación sistemática. Dado que las vacunas incluyen los dos tipos de VPH con mayor poder oncogénico (tipos 16 y 18) y causantes a nivel mundial del 70% de todos los canceres de cérvix, y teniendo en cuenta un porcentaje de protección cruzada a otros tipos, se puede afirmar que con las dos vacunas frente al VPH se puede prevenir entre el 70-80% de todos los cánceres de cérvix.

¿A qué edad resulta más eficaz su administración?

La mayor eficacia se da en las mujeres que no han estado en contacto con el virus, por ello los programas de vacunación sistemática se centran en las niñas y adolescentes antes de los 14 años. Sin embargo, la vacuna resulta igualmente eficaz en mujeres de mayor edad. En el momento actual la ficha técnica de ambas vacunas no incluye ningún límite de edad en la indicación de administrar la vacuna.

Mujeres adultas y sexualmente activas, ¿en qué medida les puede beneficiar vacunarse?

La mayoría de mujeres sexualmente activas, fuera de los programas de vacunación sistemática, puede beneficiarse de la vacunación por:

1) Riesgo significativo de adquirir nuevas infecciones VPH y de mayor persistencia viral que aumenta con la edad.
2) Eficacia vacunal preventiva muy alta (> 90%). Además, las mujeres adultas sin infección previa o actual por los tipos vacunales (población naïve) tienen el máximo beneficio vacunal. Incluso las mujeres adultas con infección por alguno de los tipos vacunales obtienen alta protección frente al resto de tipos.

Las mujeres adultas, ¿son más reticentes a vacunarse? ¿por qué?

Actualmente, en el caso de mujeres sexualmente activas y expuestas al VPH, tanto las no infectadas o las que presentan una infección previa o actual, o una lesión premaligna cervical, tratada o no, el médico debe decidir, de forma individualizada sobre la indicación de administrar la vacuna. Diversas fuentes confirman que muchos médicos dudan acerca de quién puede beneficiarse de la vacuna y, en consecuencia, muchas mujeres no se animan a vacunarse después de hablar con sus médicos.

Estas circunstancias contribuyen, en parte, a explicar la baja tasa de cobertura vacunal alcanzada entre las mujeres fuera de los programas de vacunación sistemática, tanto en España como en los países de nuestro entorno.

¿En qué circunstancias no resulta eficaz la vacuna?

Las vacunas comercializadas son eminentemente preventivas, por lo que su administración en mujeres infectadas dicha vacuna no modificará el curso evolutivo de dicha infección (ausencia de efecto terapéutico). Sin embargo, incluso en estas circunstancias, en el caso en que se elimine la infección espontáneamente o mediante tratamientos la inmunidad natural no parece proteger de re-infecciones por el mismo tipo. La vacuna ha demostrado gran eficacia en prevenir la re-infección de esta mujeres.

¿A partir de qué edad deja de ser efectiva su administración?

Como se ha comentado previamente no existe un límite de edad (los estudios ofrecen datos de eficacia hasta los 55 años y de seguridad por hasta los 70 años.

En mujeres que presenten una lesión premaligna cervical tratada o no tratada, ¿cómo les puede beneficiar? Datos recientes sobre la eficacia de las actuales vacunas frente al VPH en mujeres tratadas por lesiones cervicales, confirman la reducción del riesgo de nuevas lesiones postratamiento entre las mujeres previamente vacunadas respecto al grupo control. Esta información es relevante, ya que las mujeres con lesiones cervicales son un subgrupo especialmente susceptible, respecto a la población general, de sufrir nuevas lesiones o carcinoma invasivo, incluso mucho tiempo después del tratamiento. La vacuna frente al cáncer de cérvix administrada antes, durante, o después del tratamiento específico puede suponer un beneficio adicional a dicho tratamiento.

¿Sustituye la vacuna a las revisiones ginecológicas?

La vacuna frente al VPH permiten prevenir entre 70 y 80% de todos los cánceres de cérvix. Por tanto, en el momento actual la prevención primaria mediante vacunas debe complementarse con la prevención secundaria o cribado (revisión ginecológica). Entre las mujeres vacunadas, la menor prevalencia de dicha enfermedad permitirá racionalizar las pautas de cribado (inicio más tardío y menor número de visitas).

¿Sin VPH se puede tener un cáncer de cérvix?

El VPH es el agente causal de más del 99% de los cánceres de cérvix. Por tanto, en la práctica podemos aceptar que en ausencia de este virus es posible hablar de la erradicación de dicho cáncer

Además de la vacuna, ¿qué otras medidas de prevención se pueden tomar?

La vacuna frente al VPH constituye de forma indiscutible el mejor método de prevención primaria del cáncer cérvix. Sin embargo, la gran eficacia de la vacuna no debe suponer un abandono de otras medidas de protección como los métodos de barrera que siguen siendo imprescindibles en la prevención de otras enfermedades de transmisión sexual. El pequeño porcentaje de cánceres de cérvix atribuidos a virus no presentes en la vacunas actuales obliga a que las mujeres no abandonen de manera definitiva las visitas de revisión ginecológica

¿Es posible el diagnóstico precoz del cáncer de cuello de útero? ¿Qué pruebas médicas debe realizarse la mujer?

El diagnóstico precoz de un cáncer implica la capacidad de detectarlo en sus fases más iniciales. Concretamente, en el cáncer de cérvix el diagnóstico precoz permite diagnosticar las lesiones precursoras o premalignas. El tratamiento de estas lesiones impide el desarrollo del cáncer a la vez que posibilita la conservación del órgano y de su función

La prueba cribado más utilizada en los últimos 50 años ha sido la citología cervical o test de Papanicolaou. Recientemente, el desarrollo de pruebas de biología molecular que permiten detectar la presencia de ADN del VPH se ha demostrado muy útil en el cribado tanto en su uso conjunto con la citología o como método único de cribado.

¿A partir de qué edad se recomienda la visita al especialista?

La realización de pruebas para prevención del cáncer de cuello del útero se recomienda a partir de los 25 30 años. Por debajo de los 25 años es muy infrecuente el cáncer de cuello.

Aureli Torné Bladé. Especialista en Ginecología Oncológica del Hospital Clinic de Barcelona. Presidente electo de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. Profesor asociado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Barcelona

Inicio

Organizaçao dos Estados Ibero-americanos para a Educaçao, a Ciência e a Cultura
Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Divulgación y Cultura Científica Iberoamericana

Opinión | Reportajes | Noticias | Entrevistas

Dr. Javier Espinosa: 'La mala higiene es una de las causas más importantes del cáncer de pene'

Twittear
facebook

Serie: Tumores genitales en el varón
Aspectos generales del cáncer de pene
«La autoexploración es muy importante. Hay que atender, sobre todo, a la presencia de lesiones en el glande (sobre-elevadas o planas), heridas que tardan en cicatrizar, durezas o ganglios aumentados de tamaño en la ingle...»
Entrevista realizada por HBakkali

Red Iberoamericana de Comunicación y Divulgación Científica

¿Cuáles son las enfermedades más comunes del pene?

Las enfermedades más comunes del pene son benignas: balanitis, fimosis y parafimosis y venéreas. El cáncer de pene es raro, el 1% de las neoplasias del aparato urinario, en torno a 1-2 casos por 100.000 varones.

Cáncer de pene, ¿cómo se manifiesta?

Se suele manifestar de dos formas: una forma papilar, como una "coliflor" o plana, como un engrosamiento. El lugar más frecuente de aparición es el glande (48%) seguido del prepucio (21%) y del surco bálano-prepucial (6%).

¿Qué provoca este tumor? ¿Qué agentes externos pueden influir en su aparición?

La mala higiene es una de las causas más importantes del cáncer de pene. La fimosis, en relación con este hecho, puede ser un factor predisponente. El virus del papiloma humano (HPV), sobre todo los subtipos 16,18, 45 y 56, es otro de los agentes etiológicos, presente en el 40% de los casos. Otros factores pueden ser la fimosis, que provoca que el esmegma, es decir, el semen que queda retenido por las relaciones, se transforma en carcinógeno por medio de unas bacterias; la balanitis. El tabaquismo y la radiación ultravioleta son otros factores que se han relacionado con el cáncer de pene.

¿Puede ser un cáncer hereditario? ¿Qué factores genéticos se asocian a esta enfermedad?

Que se sepa no tiene carácter hereditario ni hay factores genéticos conocidos y bien estudiados asociados al cáncer de pene.

¿Qué lugar ocupa entre los cánceres del aparato reproductor masculino?

Supone el 1% de los cánceres génito-urinarios.

¿Qué relación existe entre el Virus del Papiloma Humano y el cáncer de pene?

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es uno de los factores etiológicos del cáncer de pene. Hasta el 40% de los casos se relacionan con el VPH, que provoca la transformación maligna de las células, ayudado por factores como la falta de higiene.

¿A qué edad es más común la detección de este cáncer?

Afecta sobre todo a varones de entre 60 y 70 años, en particular cuando se asocia mala higiene genital, si bien se puede presentar en edades mucho más jóvenes.

¿Qué pruebas diagnosticas existen para su detección? ¿Qué ventajas y qué riesgos presentan?

La biopsia es el método diagnóstico de elección. Permite el diagnóstico de certeza. Para el diagnóstico de extensión, la resonancia magnética es útil para verificar la

afectación de los cuerpos cavernosos, la biopsia del ganglio centinela para comprobar la presencia de metástasis o micrometástasis en los ganglios inguinales. En caso de duda, la TC o la PET-TC permite descartar metástasis inguinales, pélvicas o a distancia. Su problema es la radiación que provocan. La existencia de ganglios aumentados al diagnóstico no implica necesariamente su afectación, y hay que dejar pasar unas semanas con tratamiento antibiótico y anti-inflamatorio antes de decidirse a realizar una biopsia o una disección inguinal. La cirugía inguinal o inguino-pélvica puede provocar edema linfático en los miembros inferiores.

¿En qué estadios es frecuente que se manifieste?

Lo más frecuente es que se manifieste en estadios iniciales, es decir, con afectación local y más raro loco-regional (en los ganglios), pero esto depende mucho de la edad del paciente y su situación socio-cultural. Las personas mayores y con bajo nivel cultural y social suelen acudir más tarde al médico, lo cual implica que puedan detectarse en estadios más avanzados.

¿Cuál es el abordaje terapéutico de este tipo de tumores?

La cirugía es lo más importante. Es preciso mantener los bordes libres de tumor, intentando penectomías conservadoras. La linfadenecotmía, si se realiza, deberá ser lo más conservadora posible para evitar el linfedema. La magnitud de la cirugía depende de la extensión local, de la afectación de los cuerpos cavernosos y la experiencia del equipo de urólogos. La extirpación del glande (glandectomía) y del prepucio suelen ser corrientes. Puede emplearse el láser en esta cirugía y la radioterapia posterior como complemento o como tratamiento radical, con menos experiencia.

Cáncer de pene y metástasis, ¿en qué medida este tumor puede diseminarse a otros órganos?

La primera estación donde pueden ir las células tumorales son los ganglios inguinales superficiales (prepucio) o internos (glande) y la segunda, los pélvicos. El siguiente paso es la afectación de órganos a distancia (pulmón, hígado...). La afectación ganglionar puede ocurrir hasta en el 20% de los casos al diagnóstico. El resto de afectaciones es mucho más raro, al menos de inicio.

Cáncer de pene y sexo, ¿cómo afecta al paciente?

Los tratamientos pueden dejar secuelas, sobre todo a nivel de erección, inseguridad en las relaciones, dolor, etc, todo lo cual puede provocar secuelas que no permitan

unas relaciones sexuales satisfactorias, aunque esto es muy variable.

¿La circuncisión previene el cáncer de pene?

Sí, de hecho hay menos incidencia entre los judíos y los musulmanes.

¿Es posible la prevención de este tumor?

Sí, sobre todo mediante una buena higiene genital; también utilizando preservativo en relaciones con desconocidos para evitar la infección por VPH, la circuncisión, etc.

Autoexploracion, ¿cómo debe realizarse? ¿a qué signos de alarma se debe atender?

La autoexploración es muy importante. Hay que atender sobre todo a la presencia de lesiones en el glande (sobre-elevadas o planas), heridas que tardan en cicatrizar, durezas o ganglios aumentados de tamaño en la ingle. Para hacerla, retirar el prepucio del glande para poder explorar visualmente y con el tacto todas las zonas, a veces ayudándose de un espejo para poder acceder a todas las áreas. La pareja puede realizar la exploración. Lo importante es conocer bien el pene para detectar posibles diferencias. Una exploración cada 2-3 meses es adecuada. Si se acude al urólogo por otros motivos, comentárselo a éste para que le explore una vez al año.

¿Qué incidencia presenta actualmente en España? ¿Y a nivel internacional?

En España, como en casi todos los países occidentales, la incidencia es de 1-2 casos por 100.000 varones.

¿Es frecuente la recidiva en este tipo de tumor?

No es frecuente, sobre todo si se realiza la cirugía adecuadamente. El problema es que los bordes queden afectados y eso implica una recidiva. Por eso, la revisión de los bordes quirúrgicos es vital.

¿Qué pronóstico presenta actualmente este cáncer?

Bueno en general, pero depende del estadio en que se detecte. Si sólo está afectado el glande o el prepucio y no hay ganglios afectados, con una cirugía adecuada y bordes libres, la supervivencia a 5 años se aproxima al 100%. Las cirugía conservadoras se relacionan con mayor índice de recidiva, hasta del 27% en algunas series, mientras que con cirugías ablativas, la posibilidad de recaída es del 2%.

Publicaciones relacionadas con esta entrevista

Aspectos generales del cáncer de próstata
Aspectos generales del cáncer de testículo
Tumores genitales en el varón. Cáncer de próstata, cáncer de testículo y cáncer de pene

Inicio

Dr. Javier Espinosa: "La tasa de curaciones del cáncer de testículo en los estadios iniciales es casi del 100%"

Twittear
facebook

Serie: Tumores genitales en el varón
Aspectos generales del cáncer de testículo
«En España, el cáncer de testículo representa 1,9 casos por 100.000 habitantes/año. Se dan unos 49.000 casos nuevos al año en el mundo, en España unos 450»
Entrevista realizada por HBakkali

Red Iberoamericana de Comunicación y Divulgación Científica

¿Cuáles son las enfermedades más frecuentes de los testículos?

Afortunadamente, son las enfermedades benignas las más frecuentes: orquitis y epididimitis, quistes del epidídimo, varicocele, criptorquidia...

¿Cómo se manifiesta el cáncer de testículo?

Normalmente, como un aumento en el tamaño el testículo, así como de la consistencia, o bien un nódulo duro. Más raramente sensación de pesadez en el escroto (bolsa que envuelve los testículos), dolor en el abdomen bajo o la ingle, dolor en el escroto.

¿Qué lugar ocupa entre los tumores del aparato reproductor masculino?

El cáncer de testículo representa, aproximadamente, el 0.5%-1% de lo cánceres del varón. Unos 450 casos en España al año, 1.9 por 100.000 habitantes/año.

¿Cuáles son las causas de este cáncer?

Desconocidas en general. La criptorquidia es uno de los factores predisponentes.

Factores genéticos y factores ambientales, ¿cuáles se pueden destacar en la aparición de este tumor?

No existen factores genéticos demostrados, ni tampoco ambientales, si bien se han querido relacionar factores como el traumatismo, llevar los pantalones muy ajustados, presencia del teléfono móvil en los bolsillos del pantalón, cerca de los testículos, etc., pero no se han podido demostrar.

¿A qué nos referimos cuando hablamos de seminomas y no seminomas?

Hay dos tipos de tumores de células germinales: seminoma, tumores de células germinales inmaduras, que suelen estar confinados al testículo, con crecimiento lento y tendencia, si lo hacen, a la diseminación linfática. Los no seminomatosos, son tumores de células germinales más maduras y con tendencia a la diseminación linfática y hematógena. Dentro de este último, se distinguen: el carcinoma embrionario (el más común, frecuentemente, asociado a otros tipos histológicos), el tumor del saco vitelino, el coriocarcinoma, el teratoma inmaduro y el teratoma maduro.

¿Qué es el Síndrome de Klinefelter? ¿Qué relación tiene con el cáncer de testículo?

El síndrome de Klinefelter se presenta cuando un niño nace con un cromosoma X extra, siendo por tanto XXY. Ocurre en 1 de cada 500-1000 bebés varones. La edad materna avanzada parece estar en relación. Los pacientes suelen tener los testículos pequeños y duros, y suelen ser infértiles. Pueden asociarse cáncer de mama y tumores germinales extragonadales.

¿Qué pruebas existen para la detección del cáncer de testículo? ¿Qué ventajas y qué riesgos presentan?

La exploración física de los testículos y del resto del cuerpo. La ecografía testicular, resulta un método rápido, poco molesto, fiable y que no emite radiaciones. Análisis de sangre con marcadores LDH, alfa-fetoproteína y beta-hCG, útiles en el diagnóstico pero sobre todo para el pronóstico, la determinación del tratamiento posterior y el seguimiento, y TC para comprobar la afectación a distancia (emite radiación, pero es cómoda, barata y fiable).

Autoexploracion para la detección del cáncer de testículo, ¿cómo debe realizarse? ¿qué signos deben alertar?

Se aconseja una exploración bimanual, todos los meses, por parte de los varones, que deben conocer sus testículos y detectar cualquier cambio en el tamaño o la cosnistencia de los mismos. Cualquier eventualiad, deberán consultarlas con su médicos de atención primaria.

¿A qué edad es más común la aparición de este cáncer?

Los seminomas, en la década de los 30 años. Los no seminomatosos, una década antes.

¿En qué estadios es más frecuente su detección?

Lo habitual, es en estadios precoces, estadios I.

Cáncer de testículo y metástasis, ¿en qué medida este tumor puede diseminarse a otros órganos?

El seminoma es raro que afecte a otros órganos, es más propenso a diseminarse a los gabglios pélvicos o retroperitoneales. A veces disemina al pulmón. El no seminomatoso, es más frecuente que se disemine a los ganglios y los pulmones y más raramente al hígado, hueso o cerebro.

¿Cómo se puede prevenir el cáncer de testículo?

No hay medidas preventivas primarias, excepto el descenso de los testículos en caso de criptorquidia. Por eso, la detección precoz es fundamental.

¿Cómo afecta el cáncer de testículo a la vida sexual del paciente?

No tiene porqué afectarse. No obstante, la cirugía puede reducir el volumen de semen, puede provocar disfunción eréctil y descenso de la libido. La quimioterapia además de provocar disfunción eréctil durante el tratamiento y descenso de la libido, puede afectar a la composición del semen y puede provocar alteración en la fertilidad, por lo que antes de someterse a la quimioterapia se aconseja la recogida de semen en un banco. Hay que comprobar la producción hormonal tras los tratamientos, por si fuera preciso reponer la testosterona.

¿En qué consiste el abordaje terapéutico de este tumor?

La cirugía es lo fundamental, independientemente del estadio. La quimioterapia y la radioterapia se emplean en la adyuvancia o la enfermedad avanzada. La quimioterapia es de elección cuando la enfermedad se ha extendido a ganglios u órganos.

¿Cuál es su incidencia en España? ¿Y a nivel internacional?

En España, el cáncer de testículo representa 1,9 casos por 100.000 habitantes/año. Se dan unos 49.000 casos nuevos al año en el mundo. En España unos 450.

¿Es frecuente la recidiva en este tipo de tumor?

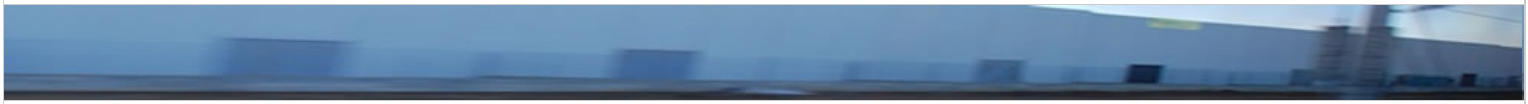
No si se hacen bien las cosas. En estadios iniciales, incluso sin quimioterapia posterior, la tasa de recaídas es muy baja, en torno al 10-20%.

Actualmente, ¿cuál es pronóstico de este cáncer?

Excelente. La tasa de curaciones del cáncer de testículo en los estadios iniciales es casi del 100%. Incluso en estadios avanzados, más del 50% se curan gracias a la quimioterapia.

Publicaciones relacionadas con esta entrevista

Aspectos generales del cáncer de pene
Aspectos generales del cáncer de próstata
Tumores genitales en el varón. Cáncer de próstata, cáncer de testículo y cáncer de pene



Dra. Mercè Roqué Moreno: "Sería necesario disponer de un sistema sanitario concienciado acerca de la importancia de la prevención del riesgo cardiovascular"

14 de marzo de 2017

Twittear

facebook

Día Europeo de la Prevención del Riesgo Cardiovascular
Tabaquismo, sedentarismo, obesidad o diabetes son algunos de los factores que más pueden incidir en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Llevar una dieta sana y equilibrada y realizar ejercicio moderado son algunas de las principales claves para la evitar la aparición de estas patologías. Con motivo del Día Europeo de la Prevención del Riesgo Cardiovascular, la Dra. Mercé Roquè Moreno, cardióloga del Hospital Clinc de Barcelona nos responde a cuáles son los retos que presenta actualmente la cardiología y cómo podemos mejorar y cuidar la salud de nuestro corazón.

Entrevista de HBakkali para IBERDIVULGA.

¿Cuáles son los principales factores de riesgo para el desarrollo de patologías cardíacas?

En general, los factores de riesgo más prevalentes son la hipertensión, la dislipemia en sus diferentes formas (hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, dislipemias mixtas, formas familiares), la diabetes, la obesidad y el tabaquismo. Otros factores menos reconocidos son la enfermedad renal crónica, que se asocia a un mayor riesgo de padecer eventos cardiovasculares y mayor probabilidad de enfermedad aterosclerótica, factores genéticos (predisposición familiar a padecer eventos cardiovasculares a edades más tempranas; factores relacionados con reguladores de la coagulación, que pueden predisponer a un mayor riesgo de trombosis y, en consecuencia, de padecer un infarto agudo de miocardio) y factores epigenéticos (ambientales y otros, que pueden condicionar modificaciones del material genético capaces de incrementar la susceptibilidad a padecer enfermedad cardiovascular).

Estas patologías, ¿tienen siempre carácter crónico?

Normalmente sí. Una vez ya se halla presente un factor de riesgo concreto, podemos reducir o eliminar el riesgo que este factor comporta, por ejemplo con medicación, antihipertensiva o hipolipemiante, etc., de forma que vamos a reducir el impacto de este factor en el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular. No obstante, cabe considerar que debe mantenerse dicho tratamiento o las medidas de control oportunas, a lo largo de toda la vida, para evitar sus repercusiones negativas.

Con el tabaquismo, por ejemplo, se considera que al cabo de unos 10 años tras dejar de fumar, se reduce el impacto negativo en cuanto al incremento de riesgo cardiovascular asociado con este hábito.

La diabetes, es uno de los factores con un impacto más elevado en el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular. Junto con la obesidad, el sedentarismo, los malos hábitos dietéticos, son factores susceptibles de modificación y con ello, contribuir a la reducción del riesgo cardiovascular.

¿Aumentan los problemas cardiovasculares con la edad? ¿Por qué?

Sí. Ello es consecuencia del riesgo cardiovascular asociado a la propia edad, debido a factores fisiológicos propios del envejecimiento, como una mayor rigidez de la pared vascular y mayor grado de disfunción endotelial. Además, la edad lleva implícito el hecho de una mayor duración del efecto desfavorable de los factores de riesgo cardiovascular.

¿Es la prevención el mejor tratamiento para las enfermedades cardiovasculares?

Efectivamente, la prevención y la detección precoz de los factores de riesgo es nuestra mejor arma para luchar contra el desarrollo de la enfermedad cardiovascular.

¿Tenemos hoy en día suficientes herramientas preventivas en lo que a medicina cardiovascular se refiere?

Idealmente, sería necesario disponer de un sistema sanitario concienciado acerca de la importancia de la prevención del riesgo cardiovascular. Un programa de salud que se iniciara en los centros de atención primaria, con medidas de control de la población general, de cualquier edad, o bien en los centros de trabajo. Todo ello debería ir ligado a un programa de concienciación de la población general, mediante la divulgación de medidas de salud general, empezando desde la escuela y de forma generalizada en todos los ámbitos sociales y profesionales. Queda todavía mucho camino por recorrer en cuanto a prevención de la enfermedad cardiovascular, pero esperamos que en los próximos años, se intensificarán las medidas de identificación de factores de riesgo en la población.

La medicina genética, ¿qué avance supone en campo de la cardiología?

A través de la investigación, cada vez se va incrementando el conocimiento que tenemos acerca de los factores genéticos que pueden estar involucrados en el desarrollo de una enfermedad cardiovascular. En algunos casos, se han identificado genes específicos, o mutaciones concretas responsables de la presentación de una enfermedad cardíaca.

Hoy en día, es posible conocer la predisposición genética a padecer determinadas enfermedades cardiovasculares. Pero es importante entender que la probabilidad real de presentar una enfermedad vendrá determinada por un conjunto adicional de factores externos, que serán los que favorecerán que la enfermedad se manifieste o no.

La obesidad infantil y salud cardiovascular, ¿qué conlleva este binomio?

Este es un problema de gran alcance en las sociedades desarrolladas, actualmente. Además, se prevé que conllevará un incremento preocupante de enfermedad cardiovascular en la edad adulta.

Se trata de un problema de salud a nivel internacional, al que debería atacarse desde la escuela, por ejemplo promocionando los hábitos de vida saludable en cuanto a alimentación y fomento de la actividad física, en colaboración con los centros de asistencia médica infantil, junto con programas educacionales de la población general.

Una de las causas de la enfermedad coronaria es la oxidación bioquímica, ¿a qué se refiere este concepto?

La oxidación es un proceso fundamental para la vida, porque es a través del oxígeno que se obtiene la energía necesaria para el funcionamiento celular. Durante este proceso, se crean radicales libres en nuestras células y si se produce un desequilibrio entre el nivel de radicales libres y el de sustancias antioxidantes, es cuando hablamos

de estrés oxidativo, que puede dañar las células y los tejidos. Hay numerosas enfermedades que se hallan relacionadas con el estrés oxidativo, entre ellas la enfermedad cardiovascular.

¿Cómo influye la alimentación en su prevención y en su desarrollo?

Una dieta rica en sustancias antioxidantes (frutas, verduras, nueces, chocolate, entre otros) y baja en grasas, puede prevenir o disminuir el daño vascular inducido por un exceso de estrés oxidativo y reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular.

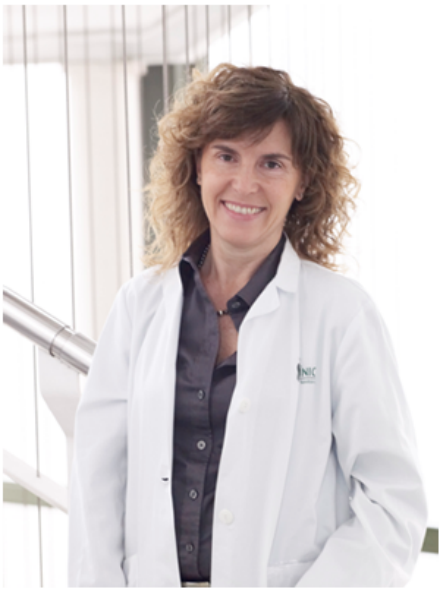
Actualmente, ¿cuáles son los retos farmacológicos más prometedores para la salud cardiovascular?

Cada vez más, gracias a la investigación, estamos asistiendo al desarrollo de estrategias farmacológicas más eficaces y específicas, a nivel molecular y celular, que van a incidir sobre el mecanismo causante de la enfermedad. Otro reto importante es el acceso a un tratamiento de calidad para toda la población. Además, un problema frecuente es que los pacientes cardiovasculares suelen tomar un número importante de fármacos; el diseño de compuestos farmacológicos que integren distintos fármacos en una sola pastilla, la "polipill", puede contribuir a un mejor cumplimiento del tratamiento y, con ello, a mejorar el pronóstico de la enfermedad.

Para finalizar, ¿en qué medida somos o podemos ser responsables del desgaste de nuestro corazón?

Somos responsables de nuestro cuidado personal y, en este sentido, mantener unos hábitos de vida saludables es fundamental. La identificación precoz de los síntomas de problemas cardiovasculares es esencial para el diagnóstico temprano y prevención de complicaciones más graves, así como el control de los factores de riesgo con las estrategias farmacológicas necesarias.

Una dieta sana y variada, mantener una vida activa, evitar el sedentarismo y realizar ejercicio físico ligero-moderado, en la medida en que nos sea posible, contribuirá a mantener un mejor estado de salud cardiovascular y general.



VI Edición del Congreso de Comunicación Social de la Ciencia

CCSC2017
VI Congreso de Comunicación Social de la Ciencia
CÓRDOBA 23, 24 y 25 de noviembre de 2017
Cultura y ciencia iberoamericanas
Viejos retos, nuevos medios

Palabras clave:

- Cultura científica
- Salud

Carlos Savoie Pérez: “Hay que naturalizar el hecho de hablar de sexo”

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
«La vía sexual sigue siendo la asignatura pendiente en el campo de la prevención del VIH en todo el planeta (...) En América del Norte y Europa la transmisión sexual entre gays, bisexuales y otros HSH continúa representando una gran proporción de los casos comunicados»
«En la comunidad de profesionales de la salud se ha ignorado y se siguen ignorando sistemáticamente los problemas y las necesidades sanitarias de las mujeres lesbianas, bisexuales y otras Mujeres que tienen Sexo con Mujeres (MSM)»
«Una de las duras batallas, quizás la más importante de todas, que quedan aún por librar es la de conseguir despatologizar la transexualidad»
«Uno de los principales mitos a desterrar es que todavía se siga asociando el VIH a determinados colectivos (personas LGBTI, drogodependientes, trabajadores y trabajadoras sexuales...) y no a prácticas de riesgo»

.....

Carlos Savoie Pérez, coordinador del área de salud de la asociación de lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales **Algarabía** nos responde a cuáles deben ser las claves en materia de **educación sexual que ayuden a una mejor información sobre las Infecciones por Transmisión Sexual más comunes y promuevan su prevención y diagnóstico temprano.**

.....

@: léase en el género que se desee

Desde el punto de vista de educación para la salud sexual, ¿qué medidas son las que más urgen hoy en día?

Sin duda, la prevención debe seguir siendo uno de los principales ejes de actuación en todo el planeta, teniendo en cuenta las distintas realidades de los diferentes sectores sociales. Sin embargo, considero que entre las medidas que más urgen hoy en día son: Respeto total a los derechos humanos fundamentales impulsando un marco ético y social que garantice la dignidad, derechos y libertades de toda la población; Liderazgo político y compromiso económico sostenido que garantice la existencia y la sostenibilidad de la respuesta a la infección por VIH y el sida; Cumplimiento de los acuerdos internacionales en el ámbito de VIH y sida; Diálogo social, liderazgo compartido y el reconocimiento al valor añadido de las organizaciones civiles como agentes importantes en el marco de la promoción de la salud sexual; Compromiso real y efectivo con el sostenimiento del tratamiento y atención de las personas con VIH.

No obstante, las políticas neoliberales y los recortes económicos en materia de salud que estamos padeciendo no sólo en España, sino también en Europa y en el resto del planeta, fruto de esta crisis (o estafa, mejor dicho) económica mundial, están provocando no sólo el cierre de ONG’s con años de experiencia en el campo de la prevención, la desaparición de recursos y proyectos históricos de eficacia demostrada, el abandono de investigaciones científicas con resultados bastante esperanzadores, la restricción de derechos a poblaciones especialmente vulnerables... sino también el aumento de nuevas infecciones por VIH, el número de muertes relacionadas con el SIDA y el número de discriminaciones por serofobia.

En definitiva, toda la comunidad implicada de un modo u otro en el movimiento de lucha contra el VIH/Sida nos encontramos en una situación crítica y verdaderamente alarmante.

Por todo ello, l@s activistas seguimos gritando en las calles que los recortes en salud ¡no son recortes son ejecuciones! Pues bien es sabido por tod@s que la salud no es un gasto, es una inversión. Invertir en VIH/Sida es invertir en salud, en salud pública, pues todo aquello que se haga ahora en prevención y apoyo supondrá un ahorro en el futuro en tratamientos y atención a las personas seropositivas.

Hablar de salud sexual en mujeres bisexuales y lesbianas, ¿qué aspectos se deben tener en cuenta?

Sinceramente, creo que para hablar de la salud sexual en mujeres lesbianas y bisexuales uno de los principales aspectos a tener en cuenta es que tienen que ser las propias protagonistas quienes hablen de ellas mismas si no estaríamos cayendo en el ya históricamente repetido error de hablar de ellas sin ellas.

No obstante, como enfermera, y haciendo un ejercicio de (auto)crítica en general, considero que en la comunidad de profesionales de la salud se han ignorado y se siguen ignorando sistemáticamente los problemas y las necesidades sanitarias de las mujeres lesbianas, bisexuales y otras Mujeres que tienen Sexo con Mujeres (MSM) tanto en lo referido a su salud integral en general como a su salud sexual en particular. Esta actitud, junto con la casi generalizada invisibilización a la que son relegadas las relaciones sentimentales y sexuales entre mujeres, ha llevado al mantenimiento de cierta ignorancia sobre el impacto de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en las MSM por parte de l@s profesionales y las propias MSM.

Además, l@s científic@s que investigan sobre las ITS, y muy en particular la infección por VIH, o bien mezclan categorías de identidad (ej.; homosexual, lesbiana) con categorías de práctica (MSM, independientemente de la identidad/orientación sexual) lo cual lleva a sesgos en la categorización y a omisión de información importante, o bien en las recogidas de datos ignoran las prácticas de riesgo entre mujeres.

Me gustaría recomendar un vídeo elaborado por un colectivo LGTB de Montevideo llamado **Ovejas negras** que bajo el título ***“¿Cuál es la diferencia?”*** ilustra de manera muy pedagógica no sólo la diferencia en como l@s profesionales de la salud atienden a las personas LGBTI y cómo deberían atenderlas sino también las consecuencias que ello tiene para la salud de las mismas.

¿Y cuando nos referimos a gays, bisexuales y otros HSH?

Cuando hablamos de gays, bisexuales y otros HSH creo que para elaborar cualquier estrategia preventiva o, sencillamente, hablar de la salud sexual de este sector de población no podemos optar por un análisis simplista, reduccionista o general para todos por igual, al contrario, por un lado hemos de tener en cuenta que además de las cuestiones relativas a la identidad sexual, entre los HSH se dan diversidades y singularidades importantes para la intervención, como el hecho de que son personas: con distintos niveles educativos, unos son nacionales y otros inmigrantes (con la añadidura del idioma, de la tradición cultural de la que provengan y los valores que ésta asocie a la sexualidad), que pueden ejercer o no la prostitución, que pueden tener algún tipo de diversidad funcional, que pueden vivir en entorno metropolitanos o rurales, que viven con VIH o no, con distintas habilidades sociales y sexuales, con distinto poder adquisitivo, que usan o no Internet para establecer redes de relaciones, que están fuera o no del “armario”, etcétera.

Y, por otro lado, no olvidarnos de aquellos factores de riesgo y vulnerabilidad que puedan interceder en la salud sexual de los HSH: factores de riesgo sexuales (práctica del barebacking, del serosorting...), estado serológico desconocido frente al VIH, consumo de sustancias, la complacencia con el riesgo, el optimismo ante los nuevos tratamientos, el uso de Internet (como medio para encontrar parejas sexuales, para normalizar prácticas sexuales de riesgo...), la discriminación social, factores económicos (precariedad, falta de acceso a servicios sociosanitarios...), factores culturales, factores religiosos...

Transexualidad, ¿qué queda por hacer desde el punto de vista de asistencia sanitaria e integración social?

Antes de empezar a enumerar las asignaturas pendientes que creo todavía existen respecto al colectivo transexual veo imprescindible apuntar la definición que en España se maneja respecto de dicho término. Es necesario aclarar que la definición de “transexual” es diferente según el país en el que nos encontremos. En nuestro país, una persona transexual es un hombre o una mujer que no se siente identificado/a con el género asignado al nacer. Algunos de estos hombres y algunas de estas mujeres recurren a hormonas y/o a cirugías para adaptar su cuerpo al género sentido. Consideramos transexual a cualquier hombre o mujer independientemente de que haya recurrido o no a hormonas y/o a cirugías e independientemente de la fase en la que se encuentre dentro de ese proceso de adaptación del cuerpo al género sentido.

Una de las duras batallas, quizás la más importante de todas, que quedan aún por librar es la de conseguir despatologizar la transexualidad. Aún hoy sigue estando dentro del DSM, clasificada como Trastorno de Disforia de Género, y considerada como una enfermedad mental más.

Pero no es la única. Otros grandes retos del colectivo LGBTI en general y de la comunidad trans en particular son: combatir la transfobia laboral que provoca que muchas mujeres en el planeta se vean obligadas a ejercer la prostitución como única salida para sobrevivir; potenciar las campañas de prevención de VIH e ITS en mujeres transexuales trabajadoras sexuales como población vulnerable; seguir respondiendo ante la transfobia como responsable de los números crímenes de odio hacia personas trans que se producen en todo el mundo; seguir fomentando la diversidad afectivo-sexual y de género en los centros educativos para continuar visibilizando esta realidad; reivindicar cobertura sanitaria universal, pública, gratuita y de calidad para todas las fases del proceso transexualizador; y un largo etcétera...

¿Qué es la intersexualidad? ¿Cuáles son las principales barreras con las que puede encontrarse este colectivo?

Para hablar de intersexualidad y de su definición antes tendremos que hacer una breve introducción sobre el “sexo biológico”. Como mucha gente sabrá los seres humanos tenemos un sexo que viene definido por varias categorías y que nos diferencian a los machos de las hembras (biológicamente hablando): sexo genital (pene/vagina), sexo gonadal (testículos/ovarios), sexo cromosómico (XY/XX), sexo hormonal (testosterona/estrógenos), sexo nuclear (sin/con corpúsculo de Barr en sus células), etc.

Si cogiésemos ahora mismo a un “hombre” cualquiera y viésemos su sexo biológico dividido en todas esas categorías, seguramente todas ellas coincidirían (en diferentes grados) en la parte considerada masculina o “propia de los hombres” (lo entrecomillo por la carga de género que posee tal afirmación), es decir: tendría pene, testículos, sería XY, tendría mayor porcentaje de testosterona y sus células no tendrían corpúsculo de Barr. Si escogiésemos a una “mujer” muy seguramente saldría lo opuesto al ejemplo anterior.

En cambio, una persona intersexual es aquella cuyo sexo biológico posee características tanto masculinas como femeninas. Hay muchos tipos de intersexualidad pues hay multitud de combinaciones posibles, no obstante, suelen clasificarse en 4 grandes grupos: **Intersexualidad 46 XX:** la persona tendría los cromosomas de una mujer (XX), ovarios y los genitales externos con apariencia masculina; **Intersexualidad 46 XY:** la persona tendría los cromosomas de un hombre (XY), los genitales externos o bien estarían formados completamente, o serían ambiguos o claramente femeninos. Internamente, los testículos pueden ser normales, estar malformados o ausentes; **Intersexualidad gonadal verdadera:** aquí la persona tendría tanto tejido ovárico como testicular. O bien en la misma gónada (ovotestes) o bien la persona podría tener un ovario y un testículo por separado. Puede tener cromosomas XX, cromosomas XY o ambos. Los genitales externos pueden ser ambiguos o pueden tener apariencia masculina o femenina; **Intersexualidad compleja o indeterminada del desarrollo sexual:** serían aquellas configuraciones de cromosomas distintos a las combinaciones simples (46 XX o 46 XY). Éstas podrían ocasionar diversidad en cuanto al desarrollo sexual y abarcan, entre otros: 45 XO (solamente un cromosoma X también conocido como Síndrome de Turner), o 47 XXY y 47 XXX (ambos casos con un cromosoma sexual adicional, sea X o Y, también conocido como Síndrome de Klinefelter).

Sin embargo, los casos más visibles o más conocidos son la de aquellos bebés que nacen con genitales que no pueden ser clasificados como de “macho” o de “hembra” dada su ambigüedad. En muchos casos, y quizás sea esta la principal barrera a la que se enfrenta este colectivo, se someten a dichos bebés a operaciones forzosas para asignarles un género con todo lo que ello conlleva. La mayor reivindicación de los grupos de personas intersex que se encuentren organizadas hoy en día a través de diversas plataformas como la Organización Internacional Intersex (OII) es el cese de las mutilaciones genitales a bebés intersexuales dejando que sea la propia persona la que decida, cuando estime oportuno, si desea dejarse los genitales así u operarse para adaptarlos al género con el que se identifica.

Sexo seguro, ¿cuáles son las principales claves?

Sinceramente, no creo que exista el “sexo seguro” o, al menos, no al 100%. Apuesto más por el “sexo más seguro”, lo considero más realista y más práctico.

En mi opinión, el sexo más seguro pasa no sólo por la mera transmisión de información sobre el VIH y las ITS, sus mecanismos de transmisión, síntomas y tratamientos (lo cual es muy importante pues nos permite decidir con libertad sobre nuestra salud sexual), sino también pasa por un análisis individual y colectivo sobre como el género así como nuestra pertenencia y situación respecto a otros sistemas de opresión (los ideales de belleza, la orientación sexual, identidad de género, la clase social, las diversidades funcionales, estado serológico...) influyen en nuestra vivencia de la sexualidad y, por tanto, en el sexo y en nuestra capacidad de tener un sexo más seguro. Creo que ello nos ayudaría en primer lugar a tener conciencia plena sobre nuestro ser sexual, de nuestras limitaciones (para superarlas) y de nuestras potencialidades (para aprovecharlas) y, con ello, empezar a deconstruir muchos mitos y estereotipos que giran en torno a la sexualidad en general y al sexo en particular y que, al fin y al cabo, nos impiden gozar de una buena salud sexual.

Además, veo imprescindible la promoción de estrategias de gestión del riesgo y el placer, o dicho de otra forma, de habilidades sexuales concretas adaptadas a cada un@ para situaciones de conflicto o donde la relación riesgo-placer nos sea un problema: negociación del uso del preservativo, cómo no sucumbir ante los “calentones” mientras estamos practicando sexo, la combinación del sexo y las drogas, como saber decir NO, aprender a evaluar los distintos niveles de riesgo y a afrontar aquellos que se deseen correr, etc.

Y, por último y no por ello menos importante, considero un punto básico, y casi el pilar de esta pregunta, que hay que naturalizar el hecho de hablar de sexo, trabajar esa moralina sexual, esa timidez, ese tabú... que nos imponen desde esa sociedad patriarcal, heterocentrada y aún contaminada de doctrina católica en la que vivimos y que provoca que aún el hablar nuestra sexualidad sea considerado algo de lo que avergonzarse, algo privado, oculto que no debe ser socializado y mucho menos ser objeto de análisis.

Prácticas sexuales de riesgo, ¿cuáles son?, ¿cuál es la práctica sexual en la que puede haber mayor riesgo de transmisión de VIH?

Para hablar de prácticas sexuales de riesgo primero habría que especificar de que ITS hablamos, pues las prácticas que son de muy bajo o bajo riesgo para el VIH por ejemplo pueden ser de alto riesgo para la gonorrea, la sífilis, las hepatitis o cualquier otra.

Si hablamos del VIH el mayor riesgo de transmisión se encuentra en la penetración anal receptiva seguida de la penetración vaginal receptiva, es decir, mientras somos penetrad@s. ¿Por qué? Porque la mucosa anal a diferencia de cualquier otra posee características que la hacen la puerta de entrada ideal para que el VIH entre por

ella. El ano está recubierto por una membrana mucosa compuesta de una única capa de células que tienen forma de columna y que están poco compactadas entre ellas lo cual facilita el paso del VIH hasta las células inmunitarias.

Aún así, hay una cosa que hay que dejar claro: ¡cada un@ elige el grado de seguridad que quiere tener en sus prácticas sexuales! Eso si recomiendo disponer de información veraz, actualizada y fiable para poder tomar una decisión coherente y responsable. Si se está segur@ de que los datos que manejamos tienen esas características y decidimos consciente y responsablemente correr un riesgo solamente queda una cosa: ¡pasarlo bien y disfrutar! y, si se quiere, existen muchas recomendaciones para tener prácticas seguras o, al menos, para no tener que correr más riesgos de los que hayamos decidido correr.

Respecto a otras ITS, aprenderse los mecanismos de transmisión, síntomas y tratamientos de todas y cada una de ellas puede resultar aburrido y tedioso para algun@s y poco práctico para otr@s. Por ello, yo suelo recomendar algunas estrategias para saber identificar ITS ya no sólo en autoexploraciones periódicas que nos hagamos sino también a la hora mantener una relación sexual con alguien. Por ejemplo, antes de hacer una felación, beso negro o cunnilingus a alguien explora (si las condiciones lo permiten) disimuladamente los genitales o el ano de la otra persona prestando atención a si hay alguna verruga (condilomas), alguna herida o llaga (sífilis, herpes genital, molluscum contagiosum, linfogranuloma venéreo...), si sueltan algún fluido extraño o si huele mal (gonorrea)... en definitiva, si detectas algo extraño o que te da desconfianza plantéate si deberías dejarlo para otro día.

También es muy importante hacerse análisis periódicos una vez al año o una vez cada 6 meses. Se puede acudir o bien al centro de salud de tu zona, centros públicos de ITS o asociaciones donde se realicen test para su detección.

¿Cuáles son las Infecciones de Transmisión Sexual más comunes?

El conocimiento de la situación epidemiológica de las ITS resulta dificultoso a veces por varios factores: algunas son asintomáticas, el estigma social que algunas llevan asociado, dificultad para diagnosticar (sobre todo en países en vías de desarrollo), escasos o nulos sistemas de vigilancia epidemiológica en algunos países, la infradeclaración de casos, etc.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2005, cada año se producen en el mundo 448 millones de nuevos casos de ITS curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis) en adultos de 15 a 49 años. Las mayores tasas de incidencia se detectaron en el sur y sureste asiático, África subsahariana y Caribe. En general, se dieron más casos en personas de áreas urbanas de entre 15 a 35 años, siendo las mujeres afectadas a edades más tempranas que los hombres. En los países menos desarrollados, las ITS y sus complicaciones se encuentran entre las cinco primeras causas de búsqueda de atención médica en personas adultas.

En Europa, si bien hubo un descenso de las ITS hasta 1990 atribuido al éxito de las campañas de prevención de VIH de la época, a partir de esa fecha se empieza a producir un ascenso de las mismas en países como Rusia, Reino Unido, Irlanda, Holanda y Suecia. Según los últimos datos de la Red Europea de Vigilancia de las ITS (ESSTI) las clamidias es la ITS bacteriana más notificada en aquellos países donde se vigila, afectando principalmente a jóvenes y mujeres. Además, la Red informa de una tendencia al alza de la sífilis y la gonorrea en los países de Europa Occidental, concentrándose en mayores de 25 años y hombres.

Centrándonos en España, la vigilancia de las ITS se realiza a través del sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y del Sistema de Información Microbiológica (SIM). En el último informe sobre vigilancia epidemiológica de las ITS (1) se realiza un análisis desde 1995 hasta 2010. De este estudio se concluye que en dicho periodo se observa un cambio de tendencia claro de las ITS sometidas a vigilancia epidemiológica, las cuales aumentan a partir del inicio de la década de 2000. Destaca en particular el importante incremento en la incidencia de sífilis, que a partir de 2004 supera las cifras del año 1995 así como también a los casos notificados de infección gonocócica.

Cuando hablamos de la palabra SIDA, ¿cuáles son los principales mitos que hay que desterrar?

Por desgracia, aún hoy, después de casi treinta años siguen existiendo mitos y estereotipos en la sociedad acerca del VIH/Sida los cuales no sólo suponen un obstáculo a la hora de fomentar conductas preventivas sino también favorecen la discriminación y la serofobia.

Por ejemplo, uno de los principales mitos a desterrar es que todavía se siga asociando el VIH a determinados colectivos (personas LGBTI, drogodependientes, trabajador@s sexuales...) y no a prácticas de riesgo, es por ello que hay todavía muchas personas que siguen teniendo una información errónea, o siguen pensando que a ell@s no les puede tocar y sólo piensan en los embarazos no deseados como máxima preocupación, que no necesitan hacerse la prueba rápida, etc. Creencia que se alimenta con esa imagen obsoleta, y que aún existe en el imaginario de algunas personas, de la persona seropositiva como aquel Tom Hanks demacrado por el sida en la película ***Philadelphia*** que ya en nada se corresponde con la realidad o, al menos, con la de la mayoría de países.

Pero también existen mitos acerca de los tratamientos antirretrovirales y sus efectos, sobre el preservativo y otros métodos de prevención, sobre los mecanismos de transmisión del VIH, entre muchísimos otros... que siguen siendo asignaturas pendientes para el movimiento de respuesta al VIH/Sida.

¿Qué vías de transmisión del VIH son las más frecuentes?

Viene bien recordar que el VIH tiene varias vías de transmisión: sexual, vertical (de madre a hij@) y sanguínea (sobre todo a través del intercambio de material para inyección de drogas).

Hoy en día la **vía sexual** sigue siendo la asignatura pendiente en el campo de la prevención del VIH en todo el planeta si bien la distribución geográfica de los casos atribuibles a la misma varía mucho. Mientras la transmisión entre personas de distinto sexo es el principal modo de propagación de la infección en África, la mayor parte de América del Sur y el Caribe explica una proporción más pequeña, aunque creciente, de los casos. En América del Norte y Europa la transmisión sexual entre gays, bisexuales y otros HSH continúa representando una gran proporción de los casos comunicados.

Por el contrario, la transmisión vertical y la sanguínea se hallan más controladas gracias a las numerosas investigaciones y estrategias de reducción de daños que se han elaborado a lo largo de estos años. De hecho, desde el inicio de la pandemia del VIH/Sida se reconoció la **transmisión vertical** como una vía relevante de adquisición del VIH. Según la OMS, las posibilidades de que una madre pueda transmitir el VIH a su bebé durante el embarazo oscilan entre el 15% y el 45%. Sin embargo, la medicación con antirretrovirales durante el embarazo, el parto con cesárea y otras recomendaciones reducen esta tasa al mínimo, apenas a un 2%. Sin embargo, ésta es la vía de adquisición de la infección por VIH para más del 90% de l@s niñ@s seropositiv@s del mundo (el 90% de los casos de VIH pediátricos transmitidos de madre a hij@ en el embarazo se da en países del África subsahariana), y para prácticamente el 100% de l@s niñ@s seropositiv@s del mundo desarrollado. En la actualidad muchos países se están marcando como objetivo eliminar la vía vertical de transmisión del VIH en 2015.

Respecto a la **vía sanguínea**, entre l@s usuari@s de drogas inyectables intervenciones como los tratamientos con opioides de sustitución, el diagnóstico y tratamiento o los programas para cambiar agujas y jeringuillas, han reducido de forma efectiva el avance del virus en muchos países a través de esta vía de transmisión.

El preservativo es el método de barrera más eficaz, ¿qué pasa si se rompe?

Como muy bien dices el preservativo es el método de barrera más eficaz. De hecho, un estudio de la Asociación Americana para la Investigación contra el Sida (AMFAR), cifra en más del 95% la eficacia de los preservativos como método para evitar la infección por el VIH.

Eso sí, es necesario diferenciar la eficacia de la efectividad. La eficacia es el nivel de protección que el preservativo da en condiciones ideales (oscila entre el 95% y el 97%). La efectividad hace referencia al nivel de protección que se logra en condiciones reales, un concepto que depende de las características del condón utilizado y del uso correcto que se haga del mismo (cuando los condones masculinos se usan correcta y consistentemente su efectividad es del 80%-95%, mientras que los femeninos giran en torno al 94%-97%)

¿Qué pasa si se rompe?, pues llegados a este punto es necesario recordar la existencia de la Profilaxis Post Exposición No Ocupacional (PPENO).

La PPENO es una medida de prevención secundaria dirigida a evitar el desarrollo de la infección del VIH en las situaciones en las que se produce una exposición al mismo de manera accidental por vía sexual o parenteral fuera del ámbito sanitario (para éste se destinaría la Profilaxis Post Exposición Ocupacional –PPEO-).

La PPENO consiste en un tratamiento con fármacos antirretrovirales durante 28 días que debe iniciarse lo antes posible, preferiblemente en las 6 primeras horas tras la exposición al VIH y siempre antes de transcurridas 72 horas. En ningún momento la PPENO debe suplir a la prevención primaria del VIH y sólo debe considerarse en situaciones excepcionales que se producen de forma esporádica. La PPENO está desaconsejada cuando se tienen prácticas de riesgo repetidas.

Sólo está recomendada en los siguientes casos: 1) personas receptoras de una penetración anal desprotegida o con rotura de preservativo con una persona VIH positiva y 2) personas que intercambian agujas o jeringuillas con una persona VIH positiva.

El tratamiento pautado en la PPENO no garantiza que la infección por el VIH no se produzca aunque, si se administra dentro del margen de tiempo en el que su efecto resulta óptimo y con una buena adherencia terapéutica posterior, ésta reduce mucho el riesgo aunque eso sí, también puede tener riesgos y efectos secundarios para la salud.

¿Por qué resulta importante hacerse la prueba del VIH?

Porque saber si se está infectad@ por el VIH permite beneficiarse lo antes posible de un seguimiento médico, acceder a un tratamiento eficaz que mejora la calidad de vida y aumenta la supervivencia, y adoptar las medidas necesarias para evitar la transmisión de la infección a otras personas.

Para que el resultado de la prueba sea fiable se ha de esperar 3 meses conocidos como “periodo ventana”. El periodo ventana es el tiempo que, tras una práctica de riesgo en la que haya habido transmisión del VIH, tarda el cuerpo en generar una cantidad suficiente de anticuerpos para el VIH como para que éstos puedan ser detectados.

Existen muchos sitios donde se puede realizar la prueba de manera gratuita, anónima y confidencial: centro de atención primaria, centros de planificación familiar, centros de ITS, laboratorios de análisis clínicos o en algunas ONG.

En parejas serodiscordantes, ¿cómo conseguir una vida sexual satisfactoria y segura?

Al principio de cualquier pareja serodiscordante, y esto creo que puedo decirlo desde mi experiencia personal de haber sido la parte seronegativa de una pareja de este tipo, las vivencias y actitudes de cada miembro de la relación hacia la infección del VIH pueden influir en la misma: si se tiene información previa sobre cómo prevenirlo o tratarlo, si el VIH supone o no una dificultad para tener relaciones sexuales, si el VIH genera miedo, angustia o culpa, si se conocen otras personas seropositivas, etc.

Creo que compartir ese tipo de temores (y los que surjan) con tu/s pareja/s puede ser una oportunidad para construir una intimidad más profunda, una relación más fuerte y, en definitiva, una vida sexual y afectiva más segura y satisfactoria. De hecho, cuando hablaba con mi ex novio (el cual era seropositivo) sobre su seroestatus me confesaba como el hecho de vivir con VIH influía en su sexualidad, provocándole todo tipo de sensaciones que también acababan afectando a nuestra relación: miedo al sexo por el temor a infectarme, los cambios físicos que vivía en su cuerpo fruto de la medicación, etc., sin embargo, el mero hecho de expresarlo, de compartir mutuamente las consecuencias de si se produjera la transmisión del virus, de cómo reaccionaríamos ante eso... nos ayudaba a quitar esa barrera entre ambos y disfrutar más el uno del otro.

Por otro lado, otro punto importante que creo necesario construir es la manera en cómo l@s miembros de la pareja entienden el amor y el afecto, la forma qué tienen de expresarlo, la forma en que les gusta recibirlo, las necesidades que se tienen, etc. y reflexionar sobre ello. Pues, algunas veces, la/s persona/s seronegativas de la relación pueden verse empujadas a tener sexo no protegido como una forma de demostrar su amor, de buscar mayor intimidad, de crear un vínculo con la persona basado en el sacrificio o como manera de reducir las diferencias y dificultades creadas por la serodiscordancia y considero que es un error, eso no es amor.

En definitiva, creo que la clave para conseguir una vida sexual satisfactoria y segura en una pareja serodiscordante (y quizás en cualquier relación) es la comunicación plena y continua, la sinceridad para con un@ mism@ y con la/s otra/s persona/s y el cuidado mutuo.

En materia de educación para la salud sexual, ¿cuáles son los principales objetivos de Algarabía?

Uno de los principales objetivos de Algarabía en educación para la salud sexual es aportar su granito de arena en la consecución del ansiado objetivo CERO que promueve ONUSIDA: CERO infecciones por VIH, CERO muertes relacionadas con el SIDA y CERO discriminaciones por serofobia.

Pero no sólo eso. También desde Algarabía concebimos la salud sexual no sólo como la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Pensamos que gozar de buena salud sexual es mucho más que eso, es un todo que engloba el placer, el disfrutar de una sexualidad plena y digna de ser vivida, la relación con el propio cuerpo, etc. Por tanto, desde Algarabía trabajamos con todos aquellos elementos que interceden de una u otra forma en nuestra salud sexual.

Teniendo esos objetivos como horizonte orientamos nuestras acciones y reivindicaciones a conseguirlo, tanto desde la denuncia política de nuestros derechos sexuales (que no dejan de ser derechos humanos al fin y al cabo) como a través de campañas, talleres, charlas, actividades... educativas y de concienciación tanto a población LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales) como a la sociedad en general.

Hace poco Algarabía presentó “Un vuelo de placer”, video en el que se explica cómo hacer un uso correcto del preservativo, ¿cómo y por qué surgió la idea?

"**Un vuelo de placer**" es otra forma de hacer prevención, de fomentar el sexo + seguro usando el humor, la alegría y la pluma. Desde Algarabía y, en concreto, desde el Área de Salud, cansad@s de ver siempre chicos musculados, modelos, actores porno... lanzando mensajes preventivos y en nuestro empeño por buscar otras estrategias con las que promocionar el uso del preservativo, queríamos hacer algo diferente, divertido a la par que educativo y, para ello, contamos con el grupo Aftersun Group (dirigido por Tavi Gallart y Juan Armas) por su maravillosa forma de mezclar el teatro, la ironía, el humor y la reivindicación. Gracias a esta colaboración pudimos disfrutar de los chicos que forman el Nuevo Cabaret (Raúl Pérez y Gabriel Pérez) que han satisfecho (y superado) todos nuestros objetivos.

Usando un audio original de Manuel Antonio Velandia Mora (famoso investigador y activista LGBTI colombiano) que hemos adaptado se nos ocurrió esta idea que por fin ha dado la luz gracias a la inestimable ayuda de Laura Reyes y Dani Medina y su compañía "DAAL FILMS" (cámara, iluminación, edición, producción) y de José González y Fernando Angulo (Sonido).

Nos está gustando la repercusión y aceptación que está teniendo con casi 23.000 visitas en YouTube y muchísimos comentarios positivos sobre el mismo y esperamos que sea un granito de arena más en la lucha contra el VIH/Sida.

Carlos Savoir Pérez. Coordinador del área de Salud de Algarabía

1 http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/DocITS2011.pdf

Inicio

Dr. Pedro Herranz Pinto: "El sexo anal es un factor de riesgo de primer orden para el desarrollo de cáncer de ano"

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
El cáncer anal encuentra una alta prevalencia entre los pacientes infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Este tumor tiene entre sus factores causales directos la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH), una infección que presenta tasas más elevadas en pacientes con VIH.

La **Unidad de Cáncer Anal del Hospital Universitario La Paz de Madrid** ha puesto en marcha un **protocolo de cribado**, similar al utilizado para el cáncer de cérvix, dirigido a pacientes inmunosuprimidos, prestando especial atención a mujeres con antecedente de patología cervical, patología vulvar, o aquellos varones homosexuales infectados por el VIH. Los **objetivos** principales de este protocolo se centran en fomentar la **prevención** de la neoplasia, facilitar su **diagnóstico precoz** y procurar un **tratamiento menos invasivo**.

Sobre la **incidencia** de este tumor, su **pronóstico,** su **abordaje terapéutico**, **la eficacia de la vacuna frente al VPH** para su prevención, y la necesidad de implementar **programas de cribado para su detección temprana** nos responde el **Dr. Pedro Herranz Pinto**, coordinador de la **Unidad de Cáncer Anal del Hospital Universitario La Paz de Madrid**.

.....

¿Qué sintomatología cursan los tumores de ano?

La sintomatología de los tumores incipientes es muy inespecífica, y se suele confundir la que producen las hemorroides o fisuras anales. **Los pacientes presentan dolor o prurito locales o sangrado ocasional. Pero es muy importante señalar que gran parte de los tumores anales son asintomáticos durante su evolución inicial.**

¿Cuál su prevalencia en España? ¿Y a nivel transnacional?

No se conoce la prevalencia de este tumor. **Se aprecia un crecimiento de un 2% anual aproximadamente a nivel mundial**, sobre todo en las subpoblaciones específicas a las que afecta.

¿Cuáles son las causas de este tumor?

El carcinoma anal es un tumor asociado a la infección persistente por el Virus del Papiloma Humano de alto riesgo (VPH-AR). Como factores asociados, se considera que los pacientes inmunodeprimidos, sobre todo **los pacientes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) presentan mayor riesgo de desarrollar estos tumores**.

¿Es más común en mujeres o en hombres?

El cáncer de ano es más frecuente en varones homosexuales, si bien puede afectar a ambos sexos.

¿A qué edad es más frecuente que se detecte?

Suele diagnosticarse a partir de la cuarta década.

¿El sexo anal pasivo puede ser factor causal de este tumor?

Se considera que **el sexo anal es un factor de riesgo de primer orden para el desarrollo de cáncer de ano**, ya que es el mecanismo de adquisición del Virus del Papiloma Humano (VPH).

¿En qué medida el VPH es factor causal del cáncer de ano?

El **VPH es el factor fundamental** para el desarrollo **del cáncer anal.**

¿Qué tipos de VPH son los causantes del cáncer de ano?

Los **genotipos de alto riesgo: VPH-16**, y en menor grado, **VPH-18**. En conjunto, estos tipos se aíslan en más del 80% de los carcinomas anales.

¿En qué grado la vacuna del VPH puede prevenir este cáncer?

Desde el punto de vista teórico, **la vacunación frente a los genotipos causales del cáncer anal sería una estrategia preventiva muy eficaz**, siempre y cuando se aplicara a amplios grupos poblacionales, y que la vacunación se ofreciera antes del inicio de las relaciones sexuales.

¿Durante cuánto tiempo protege la vacuna frente a los tipos de VPH que pueden provocar cáncer de ano?

No se conoce este dato. Hay que tener en cuenta que **gran parte de los pacientes con cáncer anal están inmunodeprimidos por el VIH, y en esta población se**

carece de estudios sobre la eficacia de la vacuna a largo plazo

¿En qué momento resulta efectivo vacunarse?

La vacuna frente al VPH tiene sentido si se utiliza antes de adquirir la infección. Al tratarse de un problema tan prevalente, **las estrategias más eficaces estarían dirigidas a vacunar a la población a edades tempranas, durante la adolescencia.**

¿La eficacia de la vacuna del VPH es igual en varones que en mujeres a la hora de prevenir este tumor?

Teóricamente, **no tiene que haber ninguna diferencia en la respuesta por sexos.**

¿Qué relación existe entre el VIH y el desarrollo del cáncer de ano?

Los **pacientes infectados por el VIH presentan tasas de infección por VPH-AR muy elevadas,** por lo que **presentan una mayor prevalencia de carcinoma anal.** En ellos, además, **los tumores se presentan a edades más tempranas, son más agresivos** pueden responder peor a tratamiento.

¿Pueden existir factores genéticos en el desarrollo este cáncer?

Es posible, pero **no se han establecido marcadores genéticos específicos.**

¿Existen métodos para su detección temprana?

Se están desarrollando programas de cribado del carcinoma anal, que siguen esquemas similares a los utilizados para el cribado cervical. Se trata de ofrecer a los pacientes de riesgo una secuencia de pruebas diagnósticas: todos los pacientes son sometidos a exploración perianal, examen digital y citología del canal anal. En caso de alteraciones, se realiza anoscopia de alta resolución para examinar el canal anal y biopsiar las lesiones sospechosas.

¿En qué estadios es más común su diagnóstico?

El **carcinoma anal incipiente es asintomático,** por lo que, lamentablemente, el paciente suele acudir a consulta cuando percibe sangrado o dolor. **En estos casos el tumor suele estar localmente avanzado.**

En la actualidad, ¿qué pronóstico presenta este cáncer?

Las **lesiones locales de pequeño tamaño presentan buen pronóstico**. Sin embargo, el cáncer anal localmente avanzado o diseminado se caracteriza por una elevada morbi-mortalidad.

¿Es común la recidiva en este tipo de tumor?

Las recidivas locales son muy frecuentes a pesar de los tratamientos, ya que se trata de tumores muchas veces multifocales, que afectan a gran parte de la circunferencia del canal anal.

¿Cuáles son las principales secuelas que puede dejar este cáncer?

Secuelas **funcionales** en todos los pacientes, y **una gran repercusión psicológica** asociada.

¿De qué manera puede prevenirse el cáncer de ano?

Estableciendo **protocolos de diagnóstico precoz, que se deben ofrecer de forma sistemática a las subpoblaciones de mayor riesgo.** Por ejemplo**,** se aconseja incluir el cribado del carcinoma anal en el seguimiento del los individuos con infección por VIH de ambos sexos.

Dr. Pedro Herran Pinto. Coordinador de la Unidad de Cáncer Anal del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

FECYT
FUNDACIÓN ESPAÑOLA PARA LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA
CSIC
LABJOR

Inicio

Dr. Aureli Torné: “La píldora anticonceptiva oral es el único método documentado de quimioprevención del cáncer de ovario”

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
«La utilización de anticonceptivos orales durante 5 años o más, se estima que supone una reducción del riesgo de desarrollar cáncer de ovario del 50%»
«Las mujeres con inicio precoz de la regla o menopausia tardía tienen un mayor riesgo de padecer cáncer de ovario»
«La obesidad se ha asociado en algunos estudios con el incremento de un tipo concreto de cáncer de ovario»

.....

Se estima que, aproximadamente, el 70% de los cánceres de ovario se diagnostican en estadio avanzado, lo cual implica un mal pronóstico de la enfermedad. Este tumor silente, es el quinto cáncer más común entre las mujeres de países occidentalizados y representa la primera causa de muerte por neoplasia ginecológica, suponiendo cerca del 4% de todos los tumores que afectan a las féminas y el 30% de los del aparato reproductor femenino.
El Dr. Aureli Torné Bladé, presidente electo de la Asociación Española de Patología Cervical Colposcopia y especialista en Ginecología Oncológica del Hospital Clinic de Barcelona, nos responde a cúales son los factores de riesgo y cuáles las medidas de prevención de este cáncer, cuál es su abordaje terapéutico y cúales son las líneas de investigación más esperanzadoras hoy en día.

.....

¿Cuáles son los tumores de ovario más comunes?

Los tumores de ovario, según su comportamiento, se clasifican en benignos, malignos (cáncer de ovario) o tumores borderline (tumores con bajo potencial de malignidad). Los tumores benignos de ovario, en conjunto, son los más frecuentes. El cáncer de ovario abarca un amplio grupo de enfermedades cuyo comportamiento y pronóstico difiere según el tipo histológico o tipo de células que ha experimentado la transformación maligna. Los tumores malignos de ovario más frecuentes derivan del epitelio de superficie (cáncer epitelial) representan aproximadamente el 90% y según el origen de las células que lo forman se denominan serosos, mucinosos, endometrioides o de células claras. El 10% restante de los cánceres de ovario no epiteliales incluyen tumores malignos de estirpe germinal (los derivados de las células que forman los óvulos) tumores de los cordones sexuales y el estroma, carcinomas de otras localizaciones que presentan metástasis en el ovario y otros cánceres de ovario extremadamente raros como los sarcomas.

¿Cuáles son los principales factores de riesgo implicados en el cáncer de ovario?

La historia reproductiva previa se ha asociado con el riesgo de cáncer de ovario. Las mujeres con inicio precoz de la regla o menopausia tardía tienen un mayor riesgo de padecer cáncer de ovario. También se ha descrito mayor riesgo en mujeres que no tienen hijo o con parto del primer hijo a partir de los 35 años o con antecedentes de infertilidad. Por otro lado, diversos estudios epidemiológicos demuestran una reducción del riesgo en las mujeres con embarazos y partos antes de los 25 años, así como en las que han realizado lactancia materna y en las usuarias de contraceptivos orales. Concretamente, la utilización de anticonceptivos orales durante 5 años o más, se estima que supone una reducción del riesgo de desarrollar cáncer de ovario del 50%, Los tratamientos reproductivos con estimulación ovárica sólo se han asociado con el riesgo de tumores borderline o de bajo potencial. Estudios recientes también sugieren que el antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica (infección de las trompas y ovarios) se asocia a un mayor riesgo. La obesidad se ha asociado en algunos estudios con el incremento de un tipo concreto de cáncer de ovario (tipo endometriode) pero no se asocia con otros tipos más agresivos.

¿En qué grado este cáncer puede ser hereditario?

La mayoría de los cánceres de ovario son esporádicos, es decir no asociados a ningún factor de predisposición genética. Se estima que solamente entre 5% y el 10% de los cánceres de ovario son consecuencia de una mutación adquirida mediante la herencia. Las mutaciones más frecuentes afectan a los genes BRCA1 y BRCA2 que están localizados en el cromosoma 17. También las familias afectadas por el síndrome de Lynch, que predispone especialmente al cáncer de colon y recto hereditario, tienen un mayor riesgo de cáncer de ovario. Las pacientes que nacen con estas mutaciones con frecuencia tienen antecedentes familiares de primer grado que han sufrido esta enfermedad. También se sabe que los cánceres de ovario hereditarios se producen generalmente en mujeres unos 10 años más jóvenes que aquellas que desarrollan tumores no hereditarios.

¿Cómo se diagnostica el cáncer de ovario?

El diagnóstico de confirmación del cáncer de ovario siempre requiere del estudio histológico, es decir, del examen microscópico del tejido. Casi siempre para realizar este estudio se requiere de una intervención quirúrgica. Antes de la intervención una serie de pruebas diagnósticas nos permiten sospechar con mayor o menor fiabilidad la existencia de un cáncer de ovario. La ecografía sospecha malignidad ante la presencia de tumoraciones pélvicas complejas sólido-quísticas con tabiques gruesos y aumento de los vasos sanguíneos. Con frecuencia, estos tumores son mayores de 8 o 10 cm, afectan a ambos ovarios y se asocian a aumento de líquido en la cavidad abdominal (ascitis). Los marcadores tumorales (sustancias que producen las células del tumor y cuyo aumento puede detectarse en un análisis de sangre) permiten sospechar si este es maligno. Otras exploraciones de imagen como el TAC o la resonancia nuclear magnética permiten realizar un estudio de extensión para

valorar el estadio de la enfermedad.

¿A qué edad es más frecuente su detección?

La incidencia de cáncer de ovario aumenta con la edad y es más prevalente en la sexta y séptima década de la vida. La edad media en el momento del diagnóstico es de 63 años.

¿Es posible su diagnóstico temprano?

Hasta el momento actual no hay ningún método efectivo demostrado para la detección precoz del cáncer de ovario. Múltiples estudios se han basado en el uso de la ecografía transvaginal combinada con la detección en sangre de marcadores tumorales. Con estas estrategias se diagnostican cánceres en estadio inicial, pero como contrapartida los hallazgos sospechosos obligan a realizar un importante número de intervenciones, algunas innecesarias. Además, ninguna de estas estrategias ha demostrado una reducción significativa de la mortalidad por dicha enfermedad. En definitiva, ante la evidencia disponible, ninguna sociedad científica recomienda el cribado de la población general para la prevención del cáncer de ovario. Otra consideración distinta es la que se refiere a las mujeres con factores de riesgo (mutaciones o historia familiar). Aunque no hay estudios que lo validen, la mayoría de médicos recomiendan la monitorización con ecografía vaginal y marcadores tumorales (CA125) en estas pacientes.

¿En qué estadio es más común que se manifieste?

Aproximadamente el 70% de los cánceres de ovario se diagnostican en estadio avanzado. Esto significa que la enfermedad se ha extendido, afectando a otros órganos pélvicos o presenta diseminación con múltiples implantes por toda la cavidad abdominal o metástasis en los ganglios linfáticos. La falta de síntomas específicos y las escasas o nulas molestias de los tumores en fases iniciales son las causas del diagnóstico tardío.

¿En qué grado la mutación de los genes BRCA 1 / BRCA 2 puede desencadenar este tumor?

Las mutaciones de estos genes, que son autosómicos dominantes, se pueden transmitir al 50% de la descendencia. En cada uno de estos genes se han identificado un elevado número de mutaciones distintas, con diferentes grados de penetrancia, lo que explica que en una determinada familia predomine el cáncer de mama, el de ovario o ambos. El riesgo de sufrir un cáncer de ovario si se es portador de una mutación BRCA1 es de 20-45% mientras que para el BRCA2 esta entorno al 20%. Este riesgo no suele manifestarse hasta cerca de los 40 años. Por este motivo las indicaciones de realizar una cirugía preventiva en este colectivo se establece a partir de los 35 años.

¿Cuál es la incidencia del cáncer de este tumor actualmente a nivel nacional e internacional?

En los países industrializados el cáncer de ovario es el quinto cáncer más frecuente entre las mujeres, después de los cánceres de mama, colon, endometrio y pulmón y representa la principal causa de muerte por cáncer ginecológico. Supone aproximadamente el 4% de todos los cánceres que afectan a las mujeres y el 30% de los cánceres del aparato reproductor femenino. Al nacer, una mujer presenta un riesgo de padecer cáncer de ovario, en algún momento de su vida, de aproximadamente el 1,5% (1 de cada 75 mujeres). Aproximadamente el 1% de todas las mujeres fallece por dicha enfermedad.

Supervivencia y mortalidad, ¿qué pronóstico presenta este cáncer hoy en día?

En términos generales, el cáncer de ovario se considera una enfermedad con mal pronóstico, es decir, con elevada mortalidad. Esta elevada mortalidad se debe en buena parte al elevado porcentaje de casos que se encuentran en estadios avanzados en el momento del diagnóstico. Los factores pronósticos más importantes son: estadio de la enfermedad, tipo y grado histólogico (estirpe del tumor y las características microscópicas que reflejan la agresividad del mismo), edad de la paciente (peor pronóstico en edad avanzada), grado de ascitis (peor pronóstico cuando existe mayor cantidad de líquido libre intraperitoneal) y cantidad de enfermedad residual tras la cirugía primaria citoreductora (la cantidad de enfermedad residual tras la cirugía constituye un factor pronóstico independiente de supervivencia, la presencia de implantes tumorales residuales post-cirugía mayores de 1cm se considera citorreducción subóptima).

En los países industrializados, en los que se dispone de medios para realizar tratamientos adecuados, la supervivencia a 5 años para todos los estadios combinados de la enfermedad se sitúa entorno al 45%.

A pesar de todo, es destacable la progresiva tendencia hacia una mayor supervivencia en el cáncer de ovario observada en los últimos años. La International Federation of Gynecolgy and Obstetrics (FIGO) informa de una mejoría estadísticamente significativa de la supervivencia en todos los estadios que globalmente ha pasado del 29% en los años 70 hasta cerca del 50% en la década del 2000.

Después del cáncer de ovario, ¿qué seguimiento y cuidados debe seguir la mujer?

El tratamiento con intención curativa en el cáncer de ovario implica en la mayoría de casos cirugía radical y quimioterapia. En casos especiales se realizan otras terapias. Tras finalizar todos los tratamientos, y si la paciente no presenta evidencia de la enfermedad debe someterse a un seguimiento periódico y a la realización de pruebas diagnósticas (exploraciones clínicas, de imagen, análisis de sangre) que permiten constatar la ausencia de enfermedad o por el contrario detectar precozmente la presencia de recidivas o metástasis. Este seguimiento es más intensivo en los primeros 2-3 años y progresivamente más espaciado. A partir de los 5 años el riesgo de recidiva-metástasis es mínimo y la mayoría de pacientes pasado este tiempo pueden considerarse curadas.

El cáncer de ovario, ¿se puede prevenir?

La píldora anticonceptiva oral es el único método documentado de quimioprevención del cáncer de ovario y puede recomendarse a las mujeres para este fin. Tras cinco años de su utilización el riesgo parece reducirse el 50%. También, tener al menos un hijo protege frente a la enfermedad. Un estudio demuestra que las mujeres que han tenido dos hijos y han utilizado anticonceptivos orales durante cinco años o más tienen una reducción del riesgo de cáncer de ovario del 70%. El pequeño porcentaje de mujeres con cáncer de ovario hereditario relacionadas con mutaciones del gen BRCA1 y BRCA2 pueden beneficiarse de la prevención mediante la extirpación profiláctica de ambos ovarios y trompas de Falopio. En estos casos la cirugía reduce significativamente el riesgo pero no lo elimina totalmente, ya que a pesar de extirpar ovarios y trompas potencialmente se puede producir un carcinoma peritoneal (tumor que comparte las características clínicas y etiolólogicas del cáncer de ovario y que aparece en cualquier parte del tejido que reviste la cavidad abdominal).

¿Con qué avances terapéuticos contamos hoy en día?

Los importantes avances médicos de los últimos años son la justificación del progresivo aumento de supervivencia de estas pacientes. La cirugía constituye un pilar fundamental en el tratamiento y su mayor objetivo es conseguir extirpar la totalidad de la enfermedad, tanto si está localizada o extendida a otras partes de la cavidad abdominal (peritoneo o afectación multivisceral) como si no. La existencia de centros especializados y ginecólogos oncólogos entrenados, junto con los avances en el material quirúrgico, la anestesia y la reanimación y recuperación postquirúrgica posibilita los mejores resultados de esta modalidad terapéutica. Por otro lado, el tratamiento adyuvante con quimioterapia tras la cirugía permite consolidar y es imprescindible para obtener la curación. La aparición de nuevos fármacos, su mejor conocimiento y control de efectos secundarios ha permitido optimizar los resultados con reducción de efectos adversos. En la actualidad, en muchos casos la administración de la quimioterapia intraperitoneal (directamente en la cavidad abdominal a través de un catéter y un reservorio que se implanta durante la cirugía) permite un importante beneficio en términos de supervivencia.

En materia de investigación, ¿cuáles son los estudios y ensayos más esperanzadores?

Existen múltiples líneas de investigación en el tratamiento del cáncer de ovario. Por una parte, favorecer la cirugía radical óptima en casos operables, nuevos abordajes menos invasivos con cirugía laparoscópica en casos iniciales. Nuevos tratamientos y regímenes de quimioterpia neoadyuvantes (antes de la intervención) en casos muy avanzados, o adyuvantes (tras la cirugía), así como terapias de la consolidación o de continuación. También se estudian nuevas vías de administración como la quimioterapia intraperitoneal hipertermia o HIPEC, así como la incorporación de nuevos agentes (anticuerpos monoclonales con acción antiangiogénica) o combinaciones de tratamientos para los casos con recidiva y/o metástasis.

Dr. Aureli Torné Bladé, presidente electo de la Asociación Española de Patología Cervical Colposcopia y especialista en Ginecología Oncológica del Hospital Clinic de Barcelona

Experto en Divulgación y Comunicación de la Ciencia y de la Tecnología

3 de septiembre de 2013
Se ha abierto la matrícula del Experto que conovocan la OEI y la Universidad de Oviedo
Este curso está enfocado a mejorar las capacidades, habilidades y conocimientos de aquellas personas vinculadas profesionalmente al ámbito de la gestión de I+D, la comunicación institucional en centros públicos o privados de investigación, la promoción de la actividad científica, la transferencia de conocimientos o el periodismo científico y de divulgación.
Esta estrategia de formación se ofrece en el marco de la Escuela de Ciencia del Centro de Altos Estudios Universitarios de la OEI (CAEU)

Más información [+]

Inicio

Organizaçao dos Estados Ibero-americanos para a Educaçao, a Ciência e a Cultura
Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Divulgación y Cultura Científica Iberoamericana

Opinión | Reportajes | Noticias | Entrevistas

Dr. Luís Hidalgo Togores: "Alrededor del 70-80 % de los hombres con cáncer de próstata localizado se cura"

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
«El cáncer de próstata (CaP) constituye actualmente la segunda causa más frecuente de mortalidad por cáncer en los varones»
«Cuando un familiar de primer grado padece un CaP, como mínimo se duplica el riesgo»
«A pesar de los avances en el tratamiento, sigue habiendo un riesgo importante de recidiva del cáncer de próstata después del tratamiento»
«Debe hacerse hincapié en el cribado para la detección precoz del CaP»

Con motivo del Día Europeo de la Salud Prostática que se conmemora el día 15 de septiembre de 2013, el Dr. Luís Hidalgo Togores, Jefe de Sección de Urología del Hospital Universitario La Paz de Madrid, nos responde a las cuestiones más frecuentes sobre esta neoplasia. Nos aclara la relación que existe entre los niveles de testosterona y este tumor, cómo pueden influir los hábitos alimentarios en su desarrollo o cuáles son los logros conseguidos y los que quedan por conseguir en su abordaje terapéutico.

Hoy en día, ¿cuál es el pronóstico del cáncer de próstata?

El cáncer de próstata (CaP) se considera uno de los problemas médicos más importantes a los que se enfrenta la población masculina. En Europa, el CaP es la neoplasia sólida más frecuente, con una incidencia de 214 casos por 1.000 varones, superando en número a los cánceres de pulmón y colorrectal. Además, el cáncer de próstata constituye actualmente la segunda causa más frecuente de mortalidad por cáncer en los varones. El CaP afecta a los varones ancianos con mayor frecuencia que a los jóvenes. Por consiguiente, supone un mayor problema de salud en los países desarrollados, ya que cuentan con una mayor proporción de varones ancianos. El CaP se diagnostica en tan solo el 15%-20% de los varones a lo largo de su vida, con un riesgo durante toda la vida de morir por su causa del 3%.

¿Qué factores pueden aumentar el riesgo de padecer esta neoplasia?

No se conocen bien los factores que determinan el riesgo de padecer un CaP clínico, si bien se han identificado algunos. Hay tres factores de riesgo conocidos de CaP: aumento de la edad, origen étnico y herencia. Otros datos indican que hay factores exógenos que influyen en el riesgo de progresión desde el denominado CaP latente al CaP clínico. Se ha expuesto que diversos factores, tales como el consumo de alimentos, el modelo de conducta sexual, el consumo de alcohol, la exposición a radiación ultravioleta y la exposición laboral, tienen importancia etiológica.

Padecer otras patologías de la próstata, ¿puede incrementar las posibilidades de desarrollar este cáncer?
La Neoplasia Intraepitelial Prostática (PIN) es una lesión benigna que se divide en bajo grado y alto grado. Muchos hombres desarrollan PIN de bajo grado siendo jóvenes y no necesariamente desarrollarán un cáncer de próstata. La importancia del PIN de bajo grado en relación con el cáncer de próstata aún no está clara. Pero con hallazgos de atipias o PIN de alto grado, el cáncer puede estar presente a la vez en alguna localización de la glándula prostática. En el PIN de alto grado, existe un 30 a 50% de probabilidad de encontrar un cáncer en una biopsia realizada más tarde.
Aquellos hombres que tengan antecedentes familiares con cáncer de próstata, ¿tienen más riesgo de desarrollar este tumor?

Cuando un familiar de primer grado padece un CaP, como mínimo se duplica el riesgo. Cuando dos o más familiares de primer grado se encuentran afectados, el riesgo aumenta entre 5 y 11 veces. Una pequeña subpoblación de pacientes con CaP (aproximadamente el 9%) presenta un auténtico CaP hereditario. Este se define como tres o más familiares afectados o al menos dos familiares con enfermedad de comienzo precoz, es decir, antes de los 55 años. Los pacientes con CaP hereditario suelen tener un comienzo 6-7 años antes que los casos espontáneos, pero no difieren en otros sentidos.

Testosterona y cáncer de próstata, ¿qué relación existe?

En los últimos 65 años, ha sido un axioma considerar que los niveles más elevados de testosterona producían un aumento del crecimiento del CaP y que el tratamiento sustitutivo con testosterona conlleva el riesgo de convertir un CaP oculto en un CaP clínico, aunque actualmente no existe un estudio controlado, grande y con un seguimiento prolongado del efecto de la testosterona en el riesgo de CaP, por lo cual es un tema aún controvertido

¿Cuál es el estadio clínico en el que suele diagnosticarse este tumor?

El estadio clínico T1c (tumor identificado en una biopsia por punción) representa actualmente el 40 %-50 % de los casos nuevos de CaP. La incidencia de CaP pequeño, localizado y bien diferenciado es cada vez mayor, principalmente como consecuencia del cribado mediante PSA y los esquemas 'multicilindro' de biopsia de próstata.

En cuanto a medidas de diagnóstico precoz, ¿con qué métodos se cuenta hoy en día?

Los principales instrumentos diagnósticos para obtener indicios de CaP son el tacto rectal, la concentración sérica de PSA y la ecografía transrectal. El diagnóstico definitivo se basa en la presencia de adenocarcinoma en muestras de biopsia de próstata o piezas quirúrgicas. El examen histopatológico también permite la gradación y determinación de la extensión del tumor. Hoy en día, se cuenta con un nuevo marcador llamado PCA3, se mide en el sedimento de orina obtenido después de un masaje prostático. Las principales ventajas del PCA3 sobre el PSA son su sensibilidad y especificidad algo mayores.

Y en lo relativo al abordaje terapéutico, ¿cuáles son los tratamientos más habituales?

Las decisiones relativas al tratamiento van a depender del estadio clínico y grupo de riesgo de CaP y deben basarse en guías clínicas nacionales y europeas e incluyen: prostatectomia radical abierta o laparoscópica con o sin preservación nerviosa, braquiterapia en dosis bajas permanentes, radioterapia externa, vigilancia activa, hormonoterapia, entre otros.

Pronóstico del cáncer de próstata, ¿en cuánto se estima la tasa de curación de este tumor?

Por lo general, el pronóstico es excelente. Alrededor del 70-80 % de los hombres con cáncer de próstata localizado se cura. El cáncer de próstata rara vez se cura cuando ya está diseminado, pero muchos hombres sobreviven años o incluso décadas después del diagnóstico. De hecho, muchos más hombres mueren por otras causas

mientras tienen cáncer de próstata que como consecuencia del cáncer.

Cuando hablamos de cáncer de próstata metastático, ¿a qué nos referimos? ¿Es frecuente?

El cáncer prostático puede estar localizado en la próstata, avanzado localmente (enfermedad diseminada, pero no a sitios distantes), o puede ocurrir una extensión a distancia (metástasis). Aproximadamente, un 15-20% de los pacientes con cáncer de próstata se presentan en el momento del diagnóstico en fase avanzada.

¿En qué medida es posible el control de un cáncer de próstata metastásico?

Los objetivos del tratamiento en los hombres con cáncer de próstata diseminado incluyen la prolongación de la supervivencia, la prevención o demora de los síntomas debidos a la evolución de la enfermedad, la mejoría de la calidad de vida y la reducción de la morbilidad relacionada con el tratamiento, no la curación. En pacientes con cáncer de próstata diseminado sintomático, se recomienda tratamiento hormonal y en los asintomáticos la hormonoterapia puede ofrecerse de forma inmediata o diferida (a la aparición de síntomas). Este tratamiento mejora significativamente la supervivencia de estos pacientes.

Una vez curada la enfermedad, ¿a qué cuidados debe someterse el paciente? ¿Qué controles médicos son los más habituales?

Los procedimientos indicados en las visitas de seguimiento varían en función de la situación clínica. La concentración de PSA y el tacto rectal son las únicas pruebas que hay que realizar sistemáticamente para detectar la progresión del CaP o enfermedad residual.

En pacientes que han tenido cáncer de próstata, ¿son frecuentes las recaídas?

A pesar de los avances en el tratamiento, sigue habiendo un riesgo importante de recidiva del cáncer de próstata después del tratamiento. Entre el 27% y el 53% de todos los pacientes que se someten a radioterapia o PR presentara recidivas locales o a distancia en los 10 años siguientes al tratamiento inicial y el 16-35 % recibirá un tratamiento de segunda línea en los 5 años siguientes al tratamiento inicial.

Prevención del cáncer de próstata, ¿qué aspectos se deben tener en cuenta?

Los tres factores de riego principales (edad, raza y herencia) no son modificables. Con lo cual debe hacerse hincapié en el cribado para la detección precoz del CaP.

Se habla de que la dieta mediterránea ayuda a la prevención de este cáncer, ¿qué hay de cierto en ello?

Entre los factores alimentarios/nutricionales que podrían influir en la aparición del CaP figuran aporte calórico total, grasa de origen alimentario, carne cocinada, micronutrientes y vitaminas (carotenoides, retinoides, vitaminas C, D y E), consumo de frutas y verduras, minerales (calcio, selenio) y fitoestrogenos (isoflavonoides, flavonoides, lignanos). La cuestión fundamental es si existen datos suficientes para recomendar modificaciones del modo de vida (menor consumo de grasas animales y mayor consumo de frutas, cereales y verduras) con el fin de reducir el riesgo. Hay ciertos datos que si respaldan este tipo de recomendación.

¿Cómo afecta el cáncer de próstata a la salud sexual del varón?

En las etapas iniciales, el cáncer de próstata rara vez da síntomas. De hecho, la mayoría de los hombres que han sido diagnosticados con cáncer de próstata no tienen síntomas. Lo que pudiera afectar la salud sexual son los tratamientos del mismo.

¿Cómo afectarían los tratamiento?

La prostatectomía radical, y demás tratamientos (radioterapia y hormonoterapia) tienen efectos sobre la función sexual, sin embargo la mejora en las técnicas (preservación nerviosa y braquiterapia) han mejorado notablemente en los últimos años los resultados funcionales de los pacientes tanto de continencia urinaria como función sexual.

En lo referente al abordaje terapéutico de la enfermedad, ¿qué se ha conseguido y qué avances quedan por conseguir?

Los procedimientos curativos primarios, como la prostatectomia radical y la radioterapia, son opciones terapéuticas consolidadas en el tratamiento del CaP localizado. Los avances técnicos en la cirugía con la laparoscopia y la robótica han mejorado la eficacia terapéutica, mejorando los resultados funcionales (continencia y función sexual) manteniendo los mismos resultados oncológicos a largo plazo de la tradicional cirugía abierta, mientras que las mejoras de la radioterapia han reducido la morbilidad y la toxicidad asociadas al tratamiento. Aparte de la prostatectomia radical, la radioterapia externa y la braquiterapia, la ablación crioquirurgica de la próstata y los ultrasonidos focalizados de alta intensidad se han convertido en opciones terapéuticas alternativas para los pacientes con CaP clínicamente localizado.

Dr. Luís Hidalgo Togores Jefe de Sección de Urología del Hospital Universitario La Paz de Madrid

Se ha abierto la matrícula del Experto que conovocan la OEI y la Universidad de Oviedo
Este curso está enfocado a mejorar las capacidades, habilidades y conocimientos de aquellas personas vinculadas profesionalmente al ámbito de la gestión de I+D, la comunicación institucional en centros públicos o privados de investigación, la promoción de la actividad científica, la transferencia de conocimientos o el periodismo científico y de divulgación.
Esta estrategia de formación se ofrece en el marco de la Escuela de Ciencia del Centro de Altos Estudios Universitarios de la OEI (CAEU)

Más información [+]

Inicio

Dr. Felipe Garcia: "Para normalizar la palabra SIDA hay que normalizar el cuidado del paciente"

Twittear
facebook

Día Mundial contra el SIDA
Entrevista realizada por HBakkali
Uno de los grandes restos del VIH-SIDA, es conseguir acabar con los estigmas que aún hoy siguen latentes. Para ello, es necesario ofrecerle al paciente y a su entorno más próximo un trato personalizado, que le permita entender y manejar mejor su enfermedad, así como informar y formar a la sociedad sobre qué es y qué supone el VIH-SIDA.

Con motivo del Día Mundial contra el SIDA, el doctor Felipe García, Consultor Senior del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Responsable de los ensayos clínicos de la vacuna del SIDA del Hospital Clínic de Barcelona, nos responde a algunas cuestiones sobre la situación actual y las esperanzas futuras en el abordaje de la enfermedad y nos explica, asimismo, en qué consiste la Unidad de Cuidado Compartido del Hospital Clínic de Barcelona desde la que se trabaja por normalizar el SIDA entre pacientes y entre la sociedad en general.
.....

¿Por qué es tan complicado dar en la diana del VIH?

La rápida mutación del virus es uno de los problemas. Pero no el único, si fuera solo este el problema ya estaría solucionado. El problema es que muta con rapidez, las defensas que tienen que dar la orden de que existe la infección por el VIH, son mismas defensas que el virus ataca y, por lo tanto, no dan la orden correctamente. Otro motivo es que el virus se esconde. Y otro motivo es que el virus utiliza al organismo para infectarlo, utiliza a las propias células del organismo para que estas mismas células favorezcan la infección. Hay muchos motivos, estamos ante un virus "maquiavélico", que consigue dar donde más débiles somos, en aquellas partes que nos defienden.

Sobre la calidad de vida de los pacientes, ¿qué nos puede decir?

La calidad de vida es excelente, es muy buena.

¿Independientemente de la fase en la que se diagnostique al paciente?

Si el paciente se diagnostica muy tarde, durante un tiempo puede tener mayor riesgo de fallecimiento. Pero la ventaja que tenemos es que siempre podemos hacer algo. Por ejemplo, en el caso del cáncer si se detecta en un estadio avanzado no se puede hacer nada, aquí siempre podemos hacer algo aunque haya riesgos. Si se superan estos riesgos la mayoría de los pacientes se recuperan bien. Probablemente, la esperanza de vida a largo plazo no sea igual en un paciente que haya evolucionado mucho que en un paciente que no haya evolucionado tanto, pero en general, pueden hacer una vida muy normal.

Una calidad de vida normal, pero..., ¿puede haber limitaciones en el día a día del paciente?

Las limitaciones serían, básicamente, que tienen que acudir al médico de manera regular; tomar pastillas y mantener un cuidado en sus relaciones sexuales y también con posibilidad de transmisión a otras personas a través de la sangre. Serian prácticamente las únicas limitaciones. Debemos pensar que toda enfermedad crónica conlleva una serie de limitaciones: diabetes, hipertensión, etc.

¿Es más frecuente que las personas con VIH desarrollen cáncer?

En general, prácticamente todos los cánceres, son más frecuentes en pacientes infectados por VIH.

¿Todos los tipos de cáncer?

Todos los tipos de cáncer, excepto, probablemente, el cáncer de próstata que no sabemos muy bien por qué no. Podríamos hablar de dos tipos de cánceres: uno asociado propiamente a la infección por VIH que suelen ser los cánceres asociados a infecciones viricas, es decir hay virus que con el tiempo pueden desencadenar un cáncer. Un ejemplo claro es el Virus del Papiloma Humano (VPH) que puede desarrollar cáncer de cuello de útero o cáncer de ano, entre otros. Lo que ocurre es que el sistema inmunitario es incapaz de controlar las infecciones viricas, y esto acaba provocando un cáncer más frecuentemente en la población infectada por VIH, porque el sistema inmunitario está afectado. Estos serían los cánceres que llamamos definitorios del SIDA: los linfomas, el sarcoma de Kaposi, y mencionados que son secundarios al papiloma virus.

¿Y los cánceres no secundarios a virus?

Los cánceres no secundarios a virus, o al menos que conozcamos hasta el momento, como cáncer de pulmón, páncreas, cáncer digestivo, cáncer de colon, etc., son más frecuentes en la población infectada por VIH porque esta población tiene más activación del sistema inmunitario. Envejece más temprano y ello conlleva que tiene de manera prematura enfermedades propias de la población envejecida.

A nivel internacional, ¿cómo han afectado los recortes a la lucha contra la enfermedad?

En otros países como Grecia, la prensa señalaba que había un repunte de casos de infección de VIH debido a los recortes. En algún país africano el aumento de los tratamientos ha significado incluso una reducción del 30% del número de nuevas infecciones. Asimismo, en algún país africano a causa de los recortes no llegaban los fármacos y pacientes que ya estaban en tratamiento han dejado de tomarlo y esto ha supuesto un repunte, perdiendo en poco tiempo el beneficio que habían obtenido.

¿Y en España?

En España, por suerte, actualmente no ha sido así, porque pensamos que ha habido una oposición realmente importante. Las primeras noticias que nos llegaron fue que se quería que a los pacientes inmigrantes no se les diera la medicación de forma gratuita y esto desde el punto de vista de una infección es una verdadera locura, el problema no es solo que el paciente empeore sino que transmite la infección. Cuando las autoridades se dieron cuenta de lo que implicaba, actuaron en consecuencia y actualmente está contemplado que el tratamiento antiretroviral se dé a todos los pacientes.

Por lo tanto, desde el punto de vista asistencial, ¿todos los pacientes tendrán acceso al tratamiento?

Desde el punto de vista asistencial, todos los pacientes, hoy por hoy, están cubiertos sin ningún coste adicional a lo que ya tenían. En general, por parte de las instituciones el cuidado de los pacientes está siendo igual en cuanto a fármacos y, probablemente, algo peor a personal que les atiende debido a la reducción de empleados en los centros sanitarios.

¿Y a nivel de investigación?

Realmente, ha habido un recorte importante. Habría que señalar en este punto que el presupuesto de la red de investigación de SIDA en Francia es entorno a 40-50 millones de euros al año. El presupuesto de la red de investigación den SIDA de España es de 2 millones de euros anuales. Son unas diferencias muy considerables. Pese a todo ello, hay algunos grupos en España que están desarrollando trabajos muy buenos, aunque lo hagamos con unos medios bastante escasos.

Si pudiéramos resumir los aspectos más importantes en el abordaje del SIDA, ¿de qué hablaríamos?

Lo más importante en el SIDA es una pirámide invertida que existe actualmente y que incluye la necesidad de la prevención; que incluye a ese 20-30% de personas que están infectadas, no lo saben y provocan a su vez que siga la transmisión. La prevención en estos casos es muy difícil. Según un estudio realizado en Estados Unidos, si hay 100 personas infectadas, 25 no lo saben; 25 no han ido cuando lo fueron al personal sanitario correspondiente; 25 han ido al personal sanitario pero no toman el tratamiento correctamente; y solo un 25% está tomando el tratamiento de una forma correcta. Estamos hablando que en Estado Unidos, donde hay un millón de personas infectadas solamente 250.000 están con carga viral indetectable. El gran reto es tratarlo todo como un problema global y aquí se incluye la prevención y todo el cuidado que se le debe procurar al paciente para que se sienta respaldado y sienta que su cuidado es importante por él mismo y por su comunidad. Ya que ésta es una enfermedad diferente de otras. Si uno tiene hipertensión y no quiere tratarse es responsable de los riesgos que corre, pero en el VIH la persona puede transmitir el virus a otra. Esto es un reto que solo se puede solucionar dándole un trato personalizado y exquisito al paciente, y para ello hacen falta medios.

Normalizar la palabra SIDA, ¿cómo conseguirlo?

Para normalizar la palabra SIDA hay que normalizar el cuidado del paciente. Nos encontramos ante situaciones de pacientes que no quieren que lo sepa su entorno, ni siquiera su propia familia.

De hecho, en la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínic de Barcelona se está trabajando este aspecto a través de la Unidad de Cuidado Compartido, ¿en qué consiste el protocolo de actuación de esta unidad?

En nuestro grupo estamos trabajando en la Unidad de Cuidado Compartido, en la cual compartimos el cuidado del paciente con atención primaria y trabajamos porque se considere una enfermedad crónica como cualquier otra. Tanto el paciente, como su médico de atención primaria, como el resto de población general deben ver la infección por VIH igual que cualquier otra infección. No escuchamos que un paciente que tenga la infección de la Hepatitis C tenga problemas en su trabajo por tener esta infección, y es más transmisible que el VIH, y sin embargo si se sigue estigmatizando a los pacientes con VIH. No es un hecho racional que se den estas situaciones, y nuestro pequeña aportación por la lucha contra este hecho es trabajar mano a mano desde la Unidad de Cuidado Compartido

¿Cuándo se creó esta Unidad de Cuidado Compartido?

Se creó hace tres años. Compartimos el cuidado con atención primaria y actualmente hay 30 pacientes. Ahora hemos empezado a trabajar con otros centros de salud de Barcelona para poder seguir profundizando en este campo. Esto es muy importante, tanto para el abordaje médico del paciente como para desestigmatizar el SIDA. Es un hecho difícil, pero por parte del personal sanitario debemos poner todas las facilidades para que en lo posible el paciente y la sociedad vivan la enfermedad con normalidad.

Nuevos retos en la lucha contra la enfermedad, ¿cómo ve el panorama dentro de 15 -20 años?

Es complicado. Mejor que hablar de cómo veo el panorama dentro de 15-20 años te voy a hablar sobre cómo me gustaría que fuera. Me gustaría que pudiéramos asistir a terapias que fueran capaces de curar la infección y que hubiera una vacuna que fuera capaz de prevenir la infección. Si estas dos cosas se dieran lo que sí podría pronosticar, y esto está demostrado matemáticamente, que en unos 50-100 años acabaríamos con el SIDA en el mundo. Ese es mi deseo y por lo que luchamos cada día.

¿Podríamos decir que aún estamos lejos de cumplir ese deseo?

En ciencia a veces parece que se está muy cerca de dar en la diana y se acaba tardando años. Y otras veces parece que se está muy lejos y de pronto se consigue. Es mejor no pronosticar en estos casos.

Dr. Felipe García, Consultor Senior del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Responsable de los ensayos clínicos de la vacuna del SIDA del Hospital Clínic de Barcelona

Curso de Planificación y Gestión de Proyectos de I+D

21 de noviembre de 2013
Inicio del curso el 15 de febrero de 2014.
Matrícula y convocatoria de becas abiertas
Departamento de Postgrado y Especialización del CSIC - OEI
El objetivo general del curso es proporcionar a los participantes unos conocimientos y herramientas básicos sobre planificación y gestión de proyectos, aplicados de forma específica a los proyectos de I+D en cooperación, y una descripción de las actividades y aspectos más relevantes a tener en cuenta en sus diferentes fases (concepción, planificación, ejecución y cierre). **El curso es a distancia.**
OEI - CSIC - INGENIO

Más información [+]

Inicio

David Paricio: "La prevención de la transmisión del VIH está viviendo una importante revolución"

Twittear facebook

«La información es y ha sido crucial en la respuesta al VIH-SIDA. Pero cuando se habla de información, muchas veces se olvida lo que para mí es un elemento crucial en la misma: la información no se distribuye de manera adecuada y adaptada a las necesidades de los diferentes perfiles poblaciones, para ello es necesaria e imprescindible la COMUNICACIÓN»

David Paricio. Director de SidaStudi

.....

Entrevista realizada por Houda Bakkali
¿Qué hemos conseguido en la batalla del VIH-SIDA?

La pandemia del VIH/sida ha supuesto uno de los retos más importantes para la salud al cual nos hemos enfrentado como comunidad humana en a segunda mitad del siglo XX y o que llevamos de este siglo XXI.

Sin ningún género de dudas, la mayor victoria conseguida, han sido los distintos avances científicos (y no sólo biomédicos) que se han conseguido en un muy breve espacio de tiempo en comparación con otras pandemias a las que la humanidad se ha tenido que enfrentar en otros momentos históricos. El ejemplo más claro en este sentido son los actuales tratamientos antiretrovirales, capaces de detener y controlar la evolución de una infección inicialmente mortal. Pero es importante también destacar la relativa velocidad con la que, en los primeros años de la pandemia, se identificó el VIH como agente causal del sida, se conocieron sus vías de transmisión y se consensuaron mensajes clave para su prevención.

En este sentido, otro valor que creo importante añadir a la evolución de la respuesta a la pandemia ha sido que ha permitido poner sobre la mesa y obligar a debatir, opinar y consensuar mensajes relacionados con nuestra sexualidad y con los usos que hacemos de determinadas substancias; temas tabú en la gran mayoría de las sociedades ante los cuales el VIH/sida nos ha obligado a tomar partido y posicionarnos. En este sentido, incluso el tema de la muerte, en los primeros años de la pandemia, dejó de ser un tema oculto y evitable para pasar a ser un tema al cual enfrentarnos y hablar abiertamente.

Para acabar (aun siendo para mí el aspecto más importante) la principal victoria ha sido demostrar la importancia de la respuesta comunitaria ante retos como el de la salud, enmarcados en la defensa de los Derechos Humanos. Más allá de los intereses económicos que la respuesta a la pandemia también ha generado, no es cuestionable el papel crucial que la presión de las personas afectadas ha tenido en la respuesta global que se ha dado a la pandemia y es un hecho que la respuesta comunitaria, a lo largo de todos estos años ha ido muy por delante de las respuestas institucionales a la misma.

¿Qué papel juega la comunicación en el abordaje del VIH-SIDA?

La información es y ha sido crucial en la respuesta al VIH/sida. Pero cuando se habla de información, muchas veces se olvida lo que para mí es un elemento crucial en la misma: la información no se distribuye de manera adecuada y adaptada a las necesidades de los diferentes perfiles poblaciones, para ello es necesaria e imprescindible la COMUNICACIÓN.

En este sentido, SIDA STUDI, supone un buen ejemplo de esta dicotomía. Su razón de ser: un Centro Documental y de Recursos Pedagógicos especializado en el VIH/sida, tuvo en sus orígenes en el año 1987 con la voluntad de recoger y compilar el mayor volumen posible de información relacionada con el VIH/sida. Pero inmediatamente urgió el reto complementario: una vez recogida esta información, ¿cómo se hace llegar al mayor número de personas? Y ahí entra de nuevo en juego la variable de la comunicación.

Apuntar también la importancia destacada que para mí tiene este aspecto al considerar la importancia que el estigma relacionado con el VIH/sida tiene en la repuesta a la pandemia. La comunicación juega de nuevo aquí un papel clave en la eliminación o reducción de este estigma.

Para acabar, a pesar de la importancia reconocida que la comunicación juega en la respuesta al VIH/sida, es también necesario reconocer que en el actual momento de fragilidad económica de la mayoría de las entidades, las personas encargadas de la comunicación, han sido de las primeras en desaparecer en diferentes plantillas, priorizando perfiles más técnicos que implementen proyectos específicos. Un paso atrás que será necesario valorar con el tiempo e intentar recuperar.

¿Por qué es preciso normalizar la palabra SIDA?

No es nueva la afirmación que “el sida no es sólo una enfermedad médica, sino también una enfermedad social”. Los inicios devastadores de la pandemia conllevaron una construcción social de la misma vinculada a perfiles poblaciones como las personas homosexuales o usuarias de drogas por vía parenteral.

Esta construcción social criminalizó a estos perfiles poblacionales y aún hoy en día es justo y necesario tener en cuenta el impacto que conllevó y reconocer que es imprescindible seguir con este trabajo desmitificador y desestigmatizador.

VIH y SIDA, ¿qué consejos daría para fomentar la prevención y el diagnóstico temprano?

La prevención de la transmisión del VIH está viviendo una importante revolución a lo largo de estos últimos años estrechamente vinculada los nuevos avances biomédicos, el mejor conocimiento de la evolución de la infección y el impacto de los fármacos antiretrovirales.

La paradoja es que cada vez existe más información pero este hecho está conllevando que cada vez sea más difícil articular mensajes consensuados y unitarios a transmitir a la población.

Esta nueva oleada de información vinculada a la transmisión (y por lo tanto prevención) del VIH se ha concretado en lo que se ha venido a llamar las Nuevas Tecnologías en Prevención que incluye aspectos tan variados y complejos como le profilaxis pre y post exposición, el diagnóstico precoz y la prueba, el tratamiento antirretroviral como prevención, los microbicidas, la perspectiva de reducción de riesgos en las prácticas sexuales…

Ante este complejo escenario actual, nuestra propuesta es la de seguir trabajando desde la capacitación lo mayor individualizada posible para cada persona y el contemplar la responsabilidad individual como eje central en el momento de tomar decisiones; es decir, las personas han de estar capacitadas para tomar decisiones

relacionadas con el riesgo de infección por el VIH.

Una de las grandes dificultades con las que nos estamos encontrando ante esta propuesta es el hecho de que se estén priorizando algunas de estas tecnologías por encima de otras. Como ejemplo, el título de esta pregunta en la cual se vincula la prevención al diagnóstico precoz. Sin menospreciar la importancia que el diagnóstico precoz tiene, en primer lugar, en el autocuidado de las personas (una detección temprana de la infección conlleva, sin ninguna duda, mejores opciones terapéuticas); y teniendo en cuenta también el impacto que el saberse infectado/a puede tener en relación a nuevas transmisiones, puede ser peligroso vincular la prevención a una única estrategia de entre todas las disponibles. En primer lugar porque este hecho choca con la perspectiva del trabajo individualizado desde la responsabilidad individual y, en segundo lugar, porque a nuestro entender puede conllevar una vuelta a la estigmatización (explícita o implícita) de las personas infectadas por el VIH como únicos agentes implicados en su prevención.

Educación sexual, ¿qué hemos conseguido y qué queda por conseguir?

Hemos conseguido que, debido a la gravedad y mortalidad de la pandemia, bajo el paraguas de la necesidad de trabajar la prevención sexual de la infección por el VIH se haya podido hablar de salud sexual en espacios donde antes era impensable.

Pero esto no es suficiente si lo que pretendemos es ofrecer una alternativa sólida en materia de salud sexual.

Desde nuestra especialización en el trabajo de la promoción de la salud sexual entre jóvenes, es imprescindible que la educación sexual forme parte del currículum escolar, que se contemple en todo el proceso educativo desde la educación primaria y que esté integrada en las diferentes materias que se imparten.

De forma más global, es necesario enmarcar esta educación sexual en la defensa de los Derechos de Salud Sexual y Reproductiva. En este sentido, propuestas legislativas como la propuesta de reforma de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo que se está proponiendo por parte del gobierno central o el RD 16/2012 ya aprobado por el gobierno, dificultan sobremanera el cumplimiento universal de estos derechos.

Sexo seguro, ¿existe?

Sí, existe. Pero en el actual escenario creemos que es importante cambiar el paradigma y hablar de “sexo responsable”. Y además incorporar el porqué de esta propuesta. Cuando planteamos estrategias de reducción de riesgos y daños en la vivencia de nuestra sexualidad y en la prevención de los riesgos biológicos asociados (embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual como el VIH) es imprescindible hacer llegar el mensaje paralelo de que la sexualidad es también una fuente de placer en la cual nuestros sentimientos y emociones juegan un papel transcendental; y que trabajar los riesgos asociados debe tener como objetivo y premisa fundamental promover una vivencia de la sexualidad lo más positiva y saludable posible.

De lo contrario estaremos ofreciendo una visión de la sexualidad negativizada y sólo vinculada a riesgos a evitar, con lo cual, nos alejaremos de la vivencia positiva que la mayoría de las personas tienen en relación a la misma y estaremos olvidando de nuevo la perspectiva de los Derechos en Salud Sexual y Reproductiva.

El uso del preservativo, ¿por qué es importante?

A pesar de lo comentado en relación con la aparición de las Nuevas Tecnologías en la Prevención del VIH, el preservativo sigue siendo el método más eficaz y accesible en relación al hecho de evitar nuevas infecciones por el VIH.

Pero es importante también tener en cuenta los años de trabajo en la promoción del mismo y los límites evidentes en su implementación y uso.

En este sentido es importante introducirlo en la promoción de relaciones sexuales satisfactorias como un elemento capaz de hacernos disfrutar más de nuestras relaciones por la tranquilidad que el mismo puede aportarnos en las mismas. Pero de forma paralela, es también imprescindible contemplar que la propuesta de uso universal en todas las posibles prácticas sexuales de riesgo, no se corresponde con la realidad de muchas personas y que es necesario trabajar también desde el paradigma de reducción de riesgos y daños ofreciendo no sólo la alternativa del “sexo seguro” desde la perspectiva de la promoción del riesgo cero sino trabajando también el cómo reducir el riesgo en cada práctica sexual, las que conllevan un mayor o menor riesgo, etc.

En materia de VIH-SIDA, el diagnóstico temprano, ¿de qué es sinónimo?

A mi entender es sinónimo de autocuidado y de una decisión informada tomada desde la responsabilidad individual.

Pero asumir esta capacidad de las personas a tomar decisiones responsables también conlleva asumir el hecho de que personas puedan decidir no hacerse la prueba.

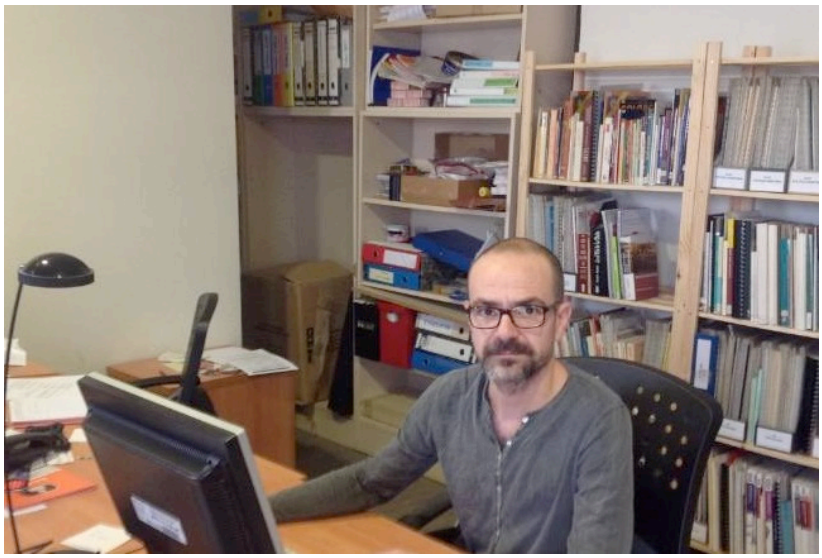
El principal problema puede ser que se convierta en sinónimo de la única estrategia de prevención (junto con el preservativo) y, como comentaba anteriormente que conlleve un nuevo proceso de estigmatización de las personas infectadas y las convierta en las únicas responsables en la prevención de nuevas infecciones, cosa que conllevaría un nuevo impulso al estigma que ya existe relacionado con la enfermedad.

¿Por qué es importante tener una actitud positiva ante la enfermedad?

Porque se trata de una actitud importante en todas las facetas de nuestra vida. Porque es un hecho que tendremos que convivir con el VIH/sida y mejor hacerlo de forma positiva. Porque los efectos terapéuticos de esta actitud no son menospreciables.

Un mensaje esperanzador cuando hablemos y pensemos en la palabra SIDA...

El reto en los primeros años parecía inasumible. Difícilmente hubiéramos podido imaginar el actual escenario hace 20 años. Reconozcámonos el trabajo hecho, valorémoslo, evaluémoslo y sigamos adelante porque aún son muchos los retos ante los cuales dar una respuesta.



David Paricio. Director de SidaStudi

Maestría en Gestión Hospitalaria OnLine

8 de abril de 2014
La Maestría está orientada a que los alumnos adquieran una visión global de la gestión hospitalaria, proporcionándoles herramientas y habilidades que les capacite para gestionar y dirigir los recursos humanos y los tecnológicos sobre los que descansa un hospital. Asimismo, a través de la Maestría, se aprende a hacer un uso racional de los procesos asistenciales y a trabajar en equipo en las distintas secciones y departamentos, todo ello aplicando los parámetros de calidad aplicables en la gestión hospitalaria.

Más información [+]

Desmitificar la palabra cáncer

24 de junio de 2017

Twittear

facebook

Un artículo de HBakkali para IberDivulga
La elevada incidencia y repercusión social del cáncer plantean la necesidad de una mayor y mejor divulgación, rompiendo con eufemismos y estigmas que hieran la sensibilidad de pacientes y familiares.

El término cáncer se usa frecuentemente con connotaciones negativas, asociándose a destrucción, putrefacción, mal o daño. Incluso la Real Academia Española (RAE), en la cuarta acepción del vocablo lo sigue definiendo como *la proliferación en el seno de un grupo social de situaciones o hechos destructivos. 'La droga es el cáncer de nuestra sociedad'.*

Pese al llamamiento de oncólogos, medios de comunicación y asociaciones de pacientes que han manifestado la necesidad de acabar con este tipo de usos, el término cáncer sigue empleándose de manera poco responsable, interfiriendo en la normalización de la enfermedad. Así, hoy en día, se siguen utilizando expresiones como "el temible mal" o "la cruel dolencia". La lucha contra esta patología no conlleva únicamente avances en la investigación, una mejora en los tratamientos o garantizar a los pacientes la calidad de vida deseada. La batalla también implica acabar con los estigmas.

Información, prevención y sensibilización

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo, dejando un balance de 7,6 millones de fallecidos en 2008 y estimándose en más 11 millones la cifra para 2030, datos que se justifican por el envejecimiento de la población y por el mayor crecimiento demográfico. Asimismo, este organismo señala la necesidad de "generar y divulgar conocimientos para facilitar la elaboración de métodos de control del cáncer basados en datos científicos", e insiste en la importancia de la prevención.

El consumo de tabaco, la obesidad, las dietas poco saludables, la inactividad física, el consumo de alcohol, la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH), o la contaminación medioambiental son algunos de los factores que la OMS señala como de riesgo.

¿Una enfermedad crónica?

El cáncer se manifiesta de manera distinta en cada persona y, por lo tanto, su pronóstico es diferente. Los especialistas señalan que los avances en el tratamiento le procuran al paciente una mejor calidad de vida, pudiendo llegar a convertirse en una enfermedad crónica.
Además, hoy se sabe que algunos tumores se pueden prevenir con hábitos más apropiados. Según la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) "alrededor del 75-80% de los cánceres pueden atribuirse a factores externos". La AECC señala que "se consigue una disminución de la mortalidad si se detecta en sus etapas más tempranas y se aplican tratamientos específicos más sencillos y eficaces". Por ello, resulta de enorme valor una mayor educación en materia oncológica, que mejore el conocimiento sobre el cáncer, sobre cómo prevenirlo y sobre los métodos de detección precoz.

De este modo, la elevada incidencia de la enfermedad y su repercusión social, plantean la necesidad de una mayor y mejor divulgación, más responsable y acertada. Llamar al cáncer por su nombre y romper con eufemismos y estigmas que hieran la sensibilidad de pacientes y familiares parece ser todavía una asignatura pendiente.

Ver presentación

Dr. Guillermo de Velasco: "Cada vez entendemos mejor cada uno de los diferentes tumores"

4 de febrero de 2017

Twittear facebook

Normalizar el uso de la palabra cáncer, evitar informaciones sensacionalistas e incrementar las estrategias para la prevención primaria y secundaria son algunos de los retos que hoy en día plantea la oncología. Con motivo del Día Mundial Contra el Cáncer, el Dr. Guillermo Velasco, Secretario Científico de la SEOM y especialista en Oncología del Hospital 12 de Octubre de Madrid, nos responde sobre cómo es el abordaje de estos retos y cuáles son las mejores herramientas para vencer la enfermedad.
Entrevista de HBakkali para IBERDIVULGA.

Desde el punto de vista de investigación, ¿cuáles son los próximos retos en Oncología?

Los principales retos de la Oncología se centran en aumentar la capacidad de mejorar la prevención: primaria para disminuir riesgo y secundaria como la mamografía para detectar el cáncer de forma precoz.

¿Durante cuántos años más considera que seguiremos hablando de quimioterapia y radioterapia como las primeras alternativas terapéuticas?

Hoy día ya se diferencian muy bien los agentes dirigidos de la quimioterapia además de la radioterapia. La inmunoterapia ha revivido con múltiples fármacos esperanzadores. Los oncólogos médicos en general ya consideramos el espectro de las alternativas.

Está aumentando la incidencia del cáncer de mama en mujeres más jóvenes, ¿por qué se da este hecho?

Algunos factores ambientales para el desarrollo del cáncer de mama como la ausencia o retraso del embarazo, la obesidad, sedentarismo, terapia hormonal sustitutiva pueden ser responsables de este aumento de incidencia en mujeres más jóvenes.

Cada vez conocemos más acerca del cáncer, ¿ha ayudado esta información a desmitificar la enfermedad?

Todavía hay mucho tabú en la sociedad acerca del cáncer. El hecho de que un porcentaje de pacientes pueda tener un pronóstico muy malo hace que la percepción sea casi siempre muy negativa.

¿Cree que la población debe perderle el miedo a la palabra cáncer?

En la medida que haya más personas que hayan superado un cáncer, poco a poco se irá haciendo algo más cotidiano.

¿En qué ayuda a un paciente estar bien informado sobre el cáncer que padece? ¿Conocer mejor la enfermedad ayuda a aceptarla?

Puede entender mejor cada paso, porque se hace un tratamiento u otro y que esperar de cada tratamiento. Además, puede ayudarle a planificar y marcarse objetivos realistas que le permitan encontrar una situación de equilibrio.

¿Qué asignatura le queda a los medios por superar en relación a la divulgación sobre estas patologías?

Los medios en parte promueven las noticias sensacionalistas. El cáncer de mama es muy frecuente y la tasa de curación es altísima. Sin embargo, recientemente Bimba Bosé ha fallecido de un cáncer de mama y esta noticia ha transcendido mucho impactando más incluso en todas las mujeres que han superado un cáncer.

¿Cuáles son las mejores herramientas para vencer esta enfermedad?

Por desgracia, no hay una respuesta universal y todavía no se ha conseguido vencer esta enfermedad. La comunidad científica y oncológica sigue investigado y aportando todo lo que puede para vencerla. Todavía falta mucha inversión y sobre todo inversión que facilite la investigación académica independiente.

Si le pidiéramos un mensaje esperanzador para paciente y familiares que luchan contra la enfermedad, ¿qué nos diría?

La investigación avanza a pasos agigantados. Cada vez entendemos mejor cada uno de los diferentes tumores. El avance que se ha generado en los últimos años es increíble. La inmuno-oncología hoy está curando 1 de cada 3 melanomas que hace 5 años eran incurables. Además hay miles de ensayos clínicos en el mundo testando nuevos fármacos que se dirigen de forma más específica para cada uno de los tumores y subtipos tumorales. Vamos por buen camino.

Dr. Antoni Castells: "El cáncer de colon se puede prevenir"

30 de marzo de 2017

Twittear

facebook

Día Mundial contra el Cáncer de Colon
El tratamiento del cáncer colorrectal ha experimentado importantes avances en los últimos años, tanto desde el punto de vista quirúrgico, como en lo referente a los tratamientos de radioterapia y quimioterapia. No obstante, el abordaje de este cáncer precisa de mayor investigación traslacional e incidir en todas aquellas estrategias que ayuden a su prevención. Hoy, con motivo del Día Mundial Contra el Cáncer de Colon, el Dr. Antoni Castells, Director Médico del Hospital Clínic de Barcelona, y co-coordinador del Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal de Barcelona nos responde a algunas de las cuestiones más frecuentes sobre esta enfermedad.

Entrevista de HBakkali para IBERDIVULGA.

¿Qué retos son los que más urgen en la lucha contra esta enfermedad?

Debemos continuar haciendo una investigación traslacional que permita correlacionar los hallazgos moleculares observados en el tumor con el comportamiento clínico de los mismos. Esto nos permitirá avanzar tanto en el tratamiento como en el diagnóstico y la prevención de esta enfermedad.

¿Se puede prevenir el cáncer de colon?

Sin duda. Tenemos a nuestro alcance múltiples estrategias para prevenir el cáncer, desde la prevención primaria hasta el cribado y la vigilancia. Además, estamos en condiciones de estratificar el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal en función de diversas características, lo que nos permite diseñar estrategias específicas para cada subgrupo de individuos.

Se trata de un cáncer estrechamente ligado a la edad, ¿por qué?

No se sabe con exactitud. Posiblemente hay mecanismos comunes con otros cánceres que influyen en el hecho de que la mediana de presentación del cáncer colorrectal es a los 70 años. Sin embargo, hay unos mecanismos moleculares, no exclusivos de este tumor pero que justifican una proporción importante de los mismos, que son los epigenéticos. Así, hoy en día sabemos que algunos cánceres de colon son debidos a la metilación de determinados genes, y esto ocurre especialmente en aquellos que aparecen en gente mayor.

Tener antecedentes familiares con cáncer de colon incrementa el riesgo, ¿cuál es la causa de esta relación?

En algunos casos es debido a una enfermedad hereditaria bien definida, en las que conocemos el gen responsable de la misma, el cual está mutado en línea germinal y, por tanto, lo pueden heredar los familiares de la persona afecta. Este es el caso del síndrome de Lynch y de la poliposis adenomatosa familiar, las formas más frecuentes de cáncer colorrectal hereditario. En otros casos, que denominamos genéricamente "cáncer colorrectal familiar" para distinguirlos de los claramente hereditarios, no está tan bien establecido el mecanismo, pero se sospecha que puede ser debido a factores de susceptibilidad genética, de tal forma que no existe un único gen responsable,

sino que es la suma de varios de ellos lo que confiere el riesgo de desarrollar el cáncer en un determinado individuo.

¿Qué sabemos de los mecanismos implicados en el proceso de metástasis de cáncer de colon?

Sabemos que el acúmulo de alteraciones moleculares a nivel del tumor primario condiciona que el tumor progrese y disemine. También sabemos que existen determinadas características en el tumor que condicionan en qué tejido van a desarrollarse las metástasis, y conocemos el papel que ejerce el sistema inmunológico en la lucha contra las células cancerígenas. Por último, también se sabe que la interacción de las células tumorales con la matriz celular del órgano diana es fundamental para que éstas arraiguen y se formen las metástasis. Cada vez estamos más cerca de conocer los mecanismos íntimos que regulan estos procesos.

¿Cree que estamos cerca de poder prevenir la metástasis en este tipo de tumores?

Cada vez estamos más cerca de conocer los mecanismos moleculares que participan en la progresión y diseminación del cáncer y, por tanto, de poder desarrollar estrategias que lo controlen.

¿Qué hábitos alimenticios pueden favorecer el desarrollo de esta enfermedad?

El consumo de carne roja, especialmente la elaborada y la cocinada a altas temperaturas, se ha asociado a un incremento del riesgo de cáncer colorrectal.

¿Podemos hablar de alimentos de prevengan el cáncer de colon?

Efectivamente, existen algunos alimentos, fundamentalmente fruta y verdura, que disminuyen el riesgo de cáncer colorrectal. Fíjense que, tanto en esta pregunta como en la anterior, he hablado de incremento o decremento de riesgo, no de un fenómeno de causa-efecto directo, puesto que el desarrollo del cáncer no depende única y exclusivamente de la dieta, sino de la interacción de determinados alimentos con factores de susceptibilidad genética propios de cada individuo.

¿Qué terapias se les está ofreciendo hoy en día a los pacientes?

El tratamiento del cáncer colorrectal ha experimentado unos avances muy significativos en los últimos años. Desde un punto de visto quirúrgico, primero fue la cirugía laparoscópica y, más recientemente, la cirugía transanal mínimamente invasiva. Los tratamientos radioterápicos también han mejorado ostensiblemente, pudiendo proporcionar mayor intensidad de dosis con menos efectos secundarios. Por último, la quimioterapia y la aparición de fármacos biológicos dirigidos a los determinantes moleculares que participan en el desarrollo del cáncer ha supuesto una auténtica revolución en el tratamiento del cáncer colorrectal.

¿Qué retos son los que más urgen en la lucha contra esta enfermedad?

Debemos continuar haciendo una investigación traslacional que permita correlacionar los hallazgos moleculares observados en el tumor con el comportamiento clínico de los mismos. Esto nos permitirá avanzar tanto en el tratamiento como en el diagnóstico y la prevención de esta enfermedad.

¿Por qué es importante sensibilizar a la población sobre el cribado del cáncer de colon?

El cribado es la forma más efectiva y eficiente de prevenir el cáncer de colon y, en consecuencia, de mejorar el pronóstico global asociado a esta enfermedad. Invertir en prevención es la aproximación más racional para salvar vidas y, además, ahorrar dinero.

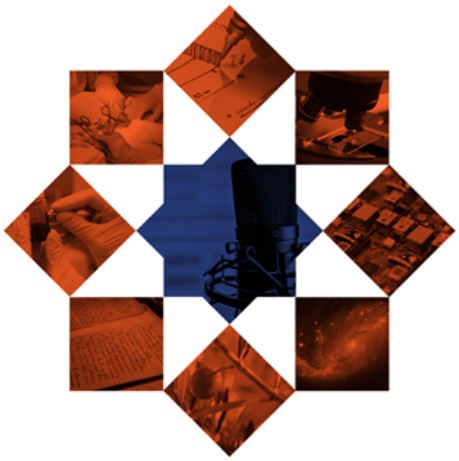
Si le pidiéramos un mensaje esperanzador para paciente y familiares que luchan contra la enfermedad, ¿qué nos diría?

Que los avances médicos nos están permitiendo controlar, cada vez más, esta enfermedad, de tal forma que pronto hablaremos del cáncer como cualquier otra enfermedad crónica y no como una dolencia ineludiblemente asociada a un desenlace fatal. Pero que el punto clave es la prevención ya que, a diferencia de otros tumores, el cáncer de colon se puede prevenir.

Dr. Antoni Castells

Doctor en Medicina y Cirugía, es actualmente Director Médico del Hospital Clínic de Barcelona, y co-coordinador del Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal de Barcelona. Como director del Grupo de Investigación de Oncología Gastrointestinal y Pancreática del Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS) desarrolla sus líneas de investigación en genética del cáncer colorrectal y estrategias de cribado. En estas líneas ha publicado más de 300 manuscritos en revistas nacionales e internacionales, y 50 capítulos de libro. En la actualidad, es co-coordinador de los proyectos multicéntricos EPICOLON, dirigido a la caracterización del cáncer colorrectal hereditario y familiar, y COLONPREV, dirigido a establecer la mejor estrategia para el cribado del cáncer colorrectal.

VI Edición del Congreso de Comunicación Social de la Ciencia



CCSC2017
VI Congreso de Comunicación Social de la Ciencia
CÓRDOBA 23, 24 y 25 de noviembre de 2017
Cultura y ciencia iberoamericanas
Viejos retos, nuevos medios

Palabras clave:

- Salud

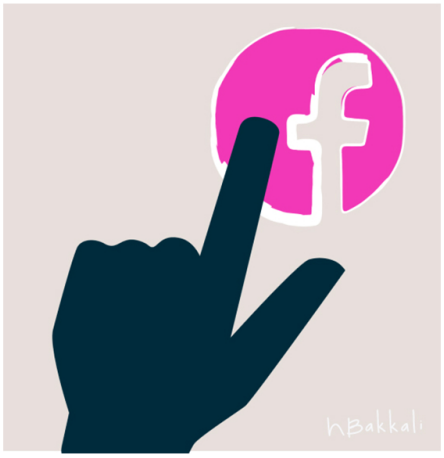
Divulgación y salud 2.0

21 de junio de 2017

Twittear

facebook

Un artículo de HBakkali para IberDivulga
La Web 2.0 representa un modelo comunicativo bidireccional, basado en una actitud participativa, centrada en la conversación, en generar debate y compartir de manera libre y gratuita conocimientos y recursos.



Una filosofía que apuesta por el saber escuchar y dialogar, que nos da la autonomía de ser los creadores del mensaje y que permite establecer vínculos de unión e intercambio fundamentales a la hora de plantear la divulgación de temas tan importantes como la salud.

De tú a tú

Internet permite viralidad, alcanzar a públicos sin limitaciones espaciales ni temporales. Permite crear entornos en los que, conversando de igual a igual, podemos conocer las opiniones, sugerencias y críticas que nos acabarán marcando las pautas para diseñar estrategias comunicativas eficaces, que respondan a las necesidades específicas de nuestros interlocutores y que se fundamenten en los propios valores que aporta la comunidad.

Abaratar costes e incrementar participantes

Conocer el estilo de la Web 2.0, conocer sus reglas, sus protocolos y sus herramientas, resulta imprescindible no sólo a la hora abordar la divulgación de temas relativos a la salud, sino también a la hora de plantear estrategias para dar mayor visibilidad a sus agentes, impulsar y reforzar campañas de sensibilización, información y formación, o dar a conocer proyectos específicos, a través de canales que abaratan costes, incrementan el número de participantes, difunden y comparten el conocimiento y apuestan por una mayor creatividad audiovisual, capaz de describir el contenido de manera práctica y atractiva.

Especialización y conversación

El primer paso a la hora de adentrarnos la divulgación a través de la Web 2.0, es conocer qué ventajas podemos obtener con el uso de las redes sociales y cuáles son las que pueden aportar valor a nuestro proyecto, con qué herramientas podemos contribuir y participar en la transmisión del conocimiento, de fuentes fidedignas y de recursos útiles, obteniendo, a la vez, los objetivos marcados para la difusión de nuestros propios proyectos. Para la gestión adecuada de la comunicación y divulgación online, se requiere una gran inversión en tiempo, se requiere una gran capacidad de conversación y, principal y fundamentalmente, se requiere la especialización en la materia.

En Internet el cambio es continuo, el ritmo vertiginoso y la dimensión inabarcable. Por ello, hay que partir siempre de la base de que lo que hoy es, mañana puede dejar de ser.

El uso de los medios sociales como canales de comunicación, difusión e intercambio de contenidos sobre salud es cada día mayor. Por ello, es importante acercarnos a algunas de las herramientas que hoy son protagonistas de la Web 2.0. Herramientas a través de la cuales facilitar la difusión de información médica, aportar respuestas y recursos, y contribuir de manera interactiva, dinámica y sencilla a una mayor labor divulgativa, más pedagógica y social, en materia de salud.

¿Qué son los social media o medios sociales?

Son todas aquellas herramientas propias de la Web 2.0 que permiten compartir, participar e intercambiar los contenidos que se generan de manera colectiva. El término se contrapone al de mass media o medios de comunicación de masas, cuyos tres objetivos se centran en informar, formar y entretener, y cuya estructura vertical se caracteriza porque un único emisor (el medio de comunicación) transmite el mensaje (sin posibilidad de interacción) a varios receptores (el público). Los medios sociales o social media, son el reflejo de una filosofía comunicacional basada en la interactividad y en la participación. Es un modelo horizontal en el que los internautas generan, comparten y administran contenidos.

Wikipedia

Es, sin ningún lugar a dudas, la representación más clara del carácter colaborativo de la Web 2.0. Wikipedia es una enciclopedia de contenido libre, cuyos artículos no los genera el experto, sino que pueden ser creados, modificados, ampliados, revisados y discutidos por cualquier usuario interesado en el tema que quiera participar y dejar su aportación. Por ello, **resulta un espacio idóneo para la divulgación, creando contenidos que sirvan de referencia.**

En 2011, Wikipedia cumplió su décimo aniversario, siendo una de las páginas Web más visitada y contando con miles de usuarios que participan activamente en su edición. La gran importancia y seguimiento de este medio, lo convierten en objetivo para marcas y negocios, que ven en su uso una manera de promocionarse. No obstante, **hay que tener muy en cuenta que Wikipedia no es un canal de autopromoción ni un canal para publicitar contenidos comerciales. Por ello, a la hora de plantearse su uso como herramienta de marketing online, hay que valorar muy detenidamente sus protocolos y normas.** En el siguiente enlace se exponen cuáles son los "Cinco pilares de la Wikipedia".

Google +

"Twitter es como un bar lleno de gente gritando. Google + es una experiencia parecida a retirarse a la sala de fumadores con los colegas."Caitlin Moran, The Times.
Google + es una de las últimas tendencias que han irrumpido con fuerza en la Web social. La red fue lanzada en junio de 2011, y desde entonces su crecimiento ha sido notable. Además de suponer la integración de los productos de Google, su principal novedad respecto a otras redes como Facebook es la introducción de la herramienta **"Círculos"**, que nos permiten clasificar a nuestros contactos en función de la relación que tengamos con ellos: compañeros, amigos, familia, etc., permitiéndonos, compartir distintos contenidos con nuestros distintos agregados, así como tener un mayor control sobre la información y la privacidad de nuestra cuenta. Google +, también permite añadir a los "Círculos" las marcas y empresas que más nos interesen, y recomendarlas, aspecto muy interesante para el marketing online.

Otra de sus características es la herramienta "**Tendencias**", gracias a la cual los usuarios podemos estar al tanto de los temas que más conversación estén generando en la Red. Una idea que recuerda a los "Trending topics" de Twitter.

El prometedor potencial de Google Plus y sus funciones, que además de permitir la difusión e intercambio de contenidos o actualizar publicaciones aprovechando el posicionamiento en Google, permiten filtrar y acotar espacios que supongan una fuente fidedigna de información, la convierten en una plataforma ideal para divulgadores.

Facebook

Facebook **es la red social por excelencia**. Sus millones de seguidores, las enormes posibilidades de entretenimiento que ofrece, la integración publicitaria, la segmentación del público, las posibilidades de difusión, su viralidad y el tiempo creciente que los usuarios dedican a este medio, lo convierten en uno de los más importantes a la hora de plantearnos su uso tanto para la divulgación como para branding social. Pese a que, al igual que todas la demás redes sociales, Facebook puede ser una moda pasajera, hoy en día su adecuada gestión puede llegar a convertirse en todo un éxito para la difusión y seguimiento de contenidos.

Twitter

Es el microbloggin que ha cambiado la manera de entender la conversación en la Red. **Twitter es una de las herramientas más populares de Internet, la herramienta que ha facilitado un activismo ciudadano revolucionario y democratizante nunca antes imaginado.**

Este medio permite publicar pequeños mensajes (tweets) que no deben exceder los 140 caracteres, admitiendo además que cualquier internauta pueda publicar información de cualquier tipo.

Según el informe que la Asociación Española de Economía Digital (Adigital) publicó en 2010 sobre las principales motivaciones de los usuarios a la hora de utilizar Twitter, *"el 94% de los encuestados declara utilizar esta red por motivos profesionales: "Informarse de lo que ocurre en el mundo online", "mejorar a nivel profesional", "compartir con los demás reflexiones e ideas" o "ampliar la red de contactos"*.

Dos aspectos a tener muy en cuenta en Twitter son la viraliadad y la dimensión que pueden llegar a adquirir las conversaciones. Con este medio, se puede conseguir una difusión muy relevante y un número de seguidores notable.

Algunos apuntes sobre los tweets:

• Menos es más. Mientras más alejados del tope de los 140 caracteres mejor.
• Ser responsables a la hora de transmitir contenidos.
• Escuchar, seguir y responder.
• Compartir recursos, noticias y enlaces que puedan ser útiles a la comunidad.
• Confirmar las noticias antes de publicarlas.
• Añadir valor a la conversación: noticiabilidad, credibilidad, concisión, actualidad, etc.
• Hacer referencia a fuentes fiables.
• Hacer referencia a contenidos de calidad.
• Evitar la autopromoción.
• Conocer qué se dice sobre nosotros.
• Conocer qué se dice sobre la competencia..
• Criticar no significa insultar. Educación por encima de todo.
• Aportar dinamismo, frescura, innovación y pasión a las conversaciones.

Algunos usos de Twitter

• **Informativo:** la red permite concisión, inmediatez, capacidad de publicar, comentar y actualizar la información en tiempo real.
• **Divulgativo:** la viralidad del medio y el gran número de seguidores que se puede conseguir con su uso, lo convierten en una valiosa herramienta pedagógica y participativa entorno a aquellos temas de interés social.
• **Respuesta del experto:** éste puede plantear sesiones de pregunta-respuesta con sus seguidores, que sin duda contarán con la mejor fuente informativa. Su uso es cada vez más frecuente entre profesores y facultativos.
• **Gestión de la reputación online:** escuchar lo que se habla de una marca, proyecto o personaje, permite corregir errores y potenciar aciertos.
• **Prensa 2.0:** facilita compartir noticias, difundir acontecimientos, promocionar proyectos, promover campañas y, también, hacernos partícipes de eventos en tiempo real, permitiéndonos establecer un debate de manera paralela al evento e intervenir planteándole al experto nuestras preguntas.

Blogs

Según Wikipedia, *"un blog, en español también bitácora digital o simplemente bitácora, es un sitio web periódicamente actualizado que recopila cronológicamente textos o artículos de uno o varios autores, apareciendo primero el más reciente, donde el autor conserva siempre la libertad de dejar publicado lo que crea pertinente."*

Puede haber distintos tipos de blog: corporativo, personal, temático, profesional. Una de sus característica más destacable es la periodicidad de actualización. Los textos o artículos que se van publicando se denominan post o entrada, se organizan por orden cronológico (el más reciente en primer lugar), y la mayoría permiten la opción de que los lectores dejen un comentario acerca del post que más les interese.

La facilidad con la que se puede crear un blog es inimaginable. Además, las plataformas más potentes permiten obtener bitácoras gratuitos con una amplia gama de plantillas, la posibilidad de personalizar el diseño, incluir elementos multimedia, etc.

Su potencial como medio social es muy importante ya que es la simbiosis entre el poder de expresión y el poder de generar redes de participación. La filosofía de la blogoesfera es uno de los mejores ejemplos de comunicación bidireccional: **participar alimentando de contenidos la bitácora de manera activa y frecuente, establecer una conversación cercana y amable con los lectores, compartir experiencias y recursos, divulgar los temas de interés común o conocer y ampliar redes con otros blogs, son algunos de los pilares de este medio, que sin duda ha democratizado la manera de entender y gestionar la información.**

Su uso como herramienta de marketing online, más que necesaria, debe ser obligatoria, ya que es uno de los medios que mejor **nos permite escuchar, valorar y contribuir a la comunidad**, al mismo tiempo que **se conocen de primera mano las opiniones de los lectores**, lo que permite plantear una respuesta ajustada a sus necesidades y observaciones.

Un blog no es una página Web.

En una página Web la comunicación es unidireccional, mientras que en el blog es bidireccional. La creación y gestión de la bitácora es extremadamente sencilla, se puede obtener de manera muy económica o gratuita, permite una mayor participación y su actualización es mucho más frecuente que en la página Web. Los blogs son espacios idóneos para la **conversación y el intercambio de ideas y de recursos**, lo que ayuda a la **viralidad** de su contenido, a la **gestión de la reputación online** y a la **creación de comunidades.** Además, el **blog tiende a centrar su objetivo más en el contenido que en el contenedor**, lo cual no significa que las bitácoras sean entornos poco atractivos, todo lo contrario, las herramientas para personalizar y mejorar estos medios son múltiples y su manejo es sencillo y rápido.

SlideShare

Es una herramienta que **posibilita publicar y compartir presentaciones**. Se convierte en un medio realmente interesante para la difusión de trabajos académicos, manuales, ponencias, exposiciones, tutoriales o, incluso, para recopilar las conclusiones de una conferencia o seminario.

Bien gestionada, es una red ideal para divulgar y compartir experiencias y consejos con un enfoque didáctico. SlideShare, permite, de esta manera, rescatar del cajón aquellos trabajos académicos que aporten valor al conocimiento, actualizarlos y presentarlos a la comunidad.

Algunos apuntes sobre SlideShare

• Aportar datos de interés, compartir contenidos de calidad y citar fuentes fiables, garantizan credibilidad y seguimiento.
• Aportar valor pedagógico.
• Creatividad y atractivo a la hora de plantear el aspecto visual de las presentaciones.
• Menos es más. Saber seleccionar lo relevante de lo superfluo. Ser prácticos, claros y directos en la estructuración del contenido.
• Diseño funcional. Es muy importante organizar bien la información, jerarquizar los contenidos y estructurar las presentaciones de tal manera que se facilite captar el mensaje a la primera.
• Los contenidos de SlideShare, son indexados por los buscadores lo cual ayuda a su mayor difusión.

LinkedIn

Es una red social profesional que permite la creación de perfiles donde recoger los datos personales y laborales más relevantes del usuario, con el fin de crear una mayor red de contactos profesionales, intercambiar datos y entablar vínculos entorno a temas comunes. **LinkedIn es un medio social que facilita la gestión de la reputación online, así como publicitar la propia marca personal.**

Algunos apuntes sobre LinkedIn

• Es una magnífica herramienta de networking.
• Da mayor visibilidad a candidatos y empresas.
• Permite detallar y actualizar los perfiles profesionales.
• Permite el contacto con integrantes de un mismo sector laboral.
• Permite ampliar horizontes laborales, sin fronteras espaciales.
• Permite llegar a los perfiles públicos de aquellos profesionales con los que nos interese contactar.
• Permite la creación de perfiles para empresa destacando su actividad, trayectoria, localización, especialidad, etc.
• Desde el punto de vista empresarial, facilita conocer nuevos proveedores y clientes, anunciar ofertas y promociones, etc.
• Las páginas de empresa permiten conocer mejor su filosofía, sus actividades, vacantes, el perfil de sus empleados, etc.

Youtube

Youtube permite la **difusión de contenidos a través del lenguaje audiovisual**. Idóneo para **promociones y video-tutoriales**. Ayuda a una **mayor diferenciación y amplificación de las campañas con un coste económico muy bajo** y permite mayores posibilidades creativas que se pueden valer de elementos visuales y sonoros de enorme atractivo para captar al usuario.

Marcadores sociales

Con los portales agregadores de noticias o marcadores sociales nos referimos a páginas Web que dan la opción de enviar artículos, reportajes, noticias, etc., con el fin de que sean promovidos por los propios usuarios y seguidores de ese medio. Por lo general, tras el envío de la noticia ésta suele quedar pendiente de reunir los suficientes votos para ser publicada en la página principal.

Se debe tener en cuenta:

• Enlazar trabajos de calidad e interés que aporten conocimiento.
• Apostar por noticias nuevas.
• Apostar por titulares llamativos.
• Evitar contenidos excesivamente largos. Mejor listados, tutoriales esquemáticos, etc.
• Ser transparentes: **la autopromoción, crear cuentas falsas con fines promocionales o la publicidad encubierta, son penalizados y resultan muy perjudiciales para la imagen de la marca.**

Los marcadores sociales ayudarán a tener más enlaces externos, consiguiendo mayor visibilidad y popularidad, y un mayor tráfico hacia nuestro medio.
Entre algunos de los marcadores más conocidos de la red destacan: Deliciosa, Menéame, Digg, Bitácoras (hoy por hoy, una de las redes sociales de blogs más importantes), etc.

Foros

Los foros son aplicaciones Web en las cuales se abren hilos de conversación, discusiones, debates e intercambio de opiniones sobre distintas temáticas. Una de las principales diferencias entre los foros y otras redes sociales es que los usuarios no pueden ejercer el mismo control sobre ellos. Además, los foros de mayor repercusión en la Red tienen sus propias normas, su propio lenguaje y su propio estilo, al cual hay que saber adaptarse.

Muchos son los que consideran que los foros son herramientas obsoletas, eclipsadas por otras redes sociales. Sin embargo, son medios muy valiosos a la hora de atender a los siguientes aspectos:

• Conocer qué se está diciendo sobre, un tema, una marca o un producto.
• Conocer y hacer un seguimiento de las opiniones, experiencias y valoración de los usuarios.
• Recopilar e intercambiar información y recursos sobre temáticas concretas.
• Intercambiar contenidos de valor para la comunidad.
• Generar espacios de debate sobre temas de actualidad.
• Obtener mayor tráfico Web y mejor posicionamiento (respetando siempre la ética profesional y las reglas del foro. Siendo siempre transparentes sobre la autoría y los objetivos de las intervenciones realizadas.)
• Ser transparentes: **la autopromoción, crear cuentas falsas con fines promocionales o la publicidad encubierta, son penalizados y resultan muy perjudiciales para la imagen de la marca.**

Como ya se ha señalado anteriormente, Internet constituye un cosmos en continua evolución, un cosmos en el que impera el ritmo vertiginoso y en el cual lo que hoy es la tendencia mañana puede dejar de serlo. A pesar de ello, los medios sociales bien utilizados se constituyen como una herramienta imprescindible en la tarea de divulgar el conocimiento científico y en la labor de generar contenidos que promuevan hábitos de vida saludables, que fomenten la prevención y que apuesten por la calidad informativa a la hora de tratar temas de salud.

Palabras clave:

- Cultura científica
- Divulgación científica
- Impacto social TIC
- Salud

Dr. Antoni Castells: “Alrededor de un 55% de casos de cáncer de colon se curan”

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
«El tabaco es un factor asociado a incrementar el cáncer de colon»
«Entre un 20-25% de los casos de cáncer de colon tienen antecedentes en la familia con el mismo tumor»
«En España la incidencia está entre 45-50 casos nuevos por 100.000 habitantes»
«El cáncer de colon es un poco más frecuente en varones que en mujeres»

En **España** se estima que **existen entre 28.000 y 30.000 casos nuevos por año de cáncer de colon.** Este tumor **es el tercero más común en varones y el segundo en frecuencia en mujeres, siendo más habitual su diagnóstico entre los 65 y los 70 años.**

Sobre la relación entre este **cáncer y la alimentación**, sobre la necesidad de participar en programas de cribado para su **detección precoz** y sobre los nuevos y **prometedores avances en materia de prevención y abordaje terapéutico**, nos responde el **Dr. Antoni Castells**, director del **Instituto de Enfermedades Digestivas y Metabólicas del Hospital Clínic de Barcelona.**

Cáncer de colon, ¿con qué síntomas se manifiesta?

Los síntomas más habituales suelen ser o bien un cambio de ritmo deposicional, es decir, una persona que va de forma regular al lavabo empieza o con diarrea o con estreñimiento. El segundo síntoma sería la emisión de sangre con las heces, lo que llamamos rectorragia. También hay personas que desarrollan dolor abdominal. Todos estos síntomas son muy inespecíficos, es decir, mucha gente que los manifieste no va a tener cáncer de colon. Pero si una persona de más de 50 años los manifiesta, es motivo suficiente como para que consulte al médico. Lo más probable es que no sea un cáncer, pero sí que obliga a investigarlo.

¿Qué relación existe entre alimentación y cáncer de colon?

Hay aspectos de la nutrición que parece que pueden favorecer el desarrollo de cáncer de colon, o al contrario, prevenirlo. Pueden favorecer el desarrollo de cáncer de colon, la carne roja, la carne muy hecha (barbacoa), siempre hablamos de que se trate de una ingesta en grandes cantidades y de manera habitual. También puede favorecer el cáncer de colon la grasa animal. En el ámbito protector: verduras y fruta. También hay estudios que sugieren que la fibra podría ayudar a prevenir este cáncer.

¿En qué medida el alcohol y el tabaco pueden incidir en el desarrollo de este tumor?

Ambos inciden. El tabaco es un factor asociado a incrementar el cáncer de colon, aunque no tanto como el cáncer de pulmón, evidentemente. Y el alcohol, parece que en cantidades y graduación muy alta también lo podría favorecer.

¿Qué relación existe entre obesidad y cáncer de colon?

Hay una cierta controversia, puesto que no queda claro si lo que conduce al riesgo es la obesidad por sí misma o el sedentarismo. El hacer poco ejercicio se asocia a obesidad y la obesidad a cáncer de colon. No sabemos si es por la falta de ejercicio, por la obesidad o por ambas cosas. Parece que el tipo de obesidad que se asocia más al riesgo de cáncer de colon es la obesidad central (mayor volumen en la zona de la barriga).

¿En qué medida es un cáncer hereditario?

Sabemos que entre un 3 y un 5% de los casos de cáncer de colon son debidos a enfermedades hereditarias. Cuando decimos enfermedades hereditarias queremos decir enfermedades que conocemos el gen responsable y que son fundamentalmente dos grupos concretos, por una parte las poliposis colorrectales, donde conocemos los genes y sabemos que se asocian a un riesgo muy alto de cáncer de colon. Y por otra parte, Síndrome de Lynch, que es una enfermedad en la que conocemos cuál es el gen y que también se asocia a riesgo de este cáncer. Dejando a parte estas dos formas hereditarias que suponen el 3-5%, entre un 20-25% de los casos de cáncer de colon tienen antecedentes en la familia con el mismo tumor, pero no corresponde a ninguna de las formas que acabamos de mencionar. No sabemos aún por qué, pero sí sabemos que el tener antecedentes familiares incrementa el riesgo.

El hecho de haber tenido antecedentes familiares con cáncer de mama u otros tumores, ¿incrementa el riesgo de desarrollar cáncer de colon?

Depende, el cáncer de mama parece que no incrementa el riesgo. Hay algunos cánceres que se asocian al Síndrome de Lynch, como puede ser el cáncer de endometrio, el de estómago, el cáncer de intestino delgado o algunas formas de cáncer de piel. Estos casos sí podrían incrementar el riesgo de cáncer de colon vinculado al Síndrome de Lynch. En una familia en la que exista antecedentes de algún tipo de estos cánceres hay que descartar que haya un Síndrome de Lynch.

Actualmente, ¿Cuál es la incidencia del cáncer de colon en España?

En España la incidencia está entre 45-50 casos nuevos por 100.000 habitantes. Esto representa en estos momentos, entre 28.000 y 30.000 casos nuevos por año.

¿A qué edad es más común su diagnóstico?

En las formas esporádicas, no hereditarias, empieza a incrementarse a partir de los 50 años. La edad más habitual es entre los 65 y los 70 años. Pero en las formas hereditarias, el diagnóstico ocurre antes, a partir de los 25-40 años.

¿Es más frecuente en mujeres o en varones?

El cáncer de colon es un poco más frecuente en varones que en mujeres. Pero la diferencia es escasa, por lo que consideramos que tanto los hombres como las mujeres tienen riesgo de desarrollar cáncer de colon y, por lo tanto, todas las medidas preventivas que llevamos a cabo las llevamos a cabo tanto en hombres como en mujeres.

¿En qué estadios se suele detectar?

Cuando el tumor se diagnostica en base a presentar síntomas, habitualmente son estadios III o IV. Mientras que los que detectamos dentro de los programas de cribado, acostumbran a ser estadios I o II.

¿Es posible su diagnóstico precoz? ¿Cuáles son las medidas de diagnóstico que existen actualmente?

El diagnóstico precoz es posible. Actualmente tenemos varias medidas para el diagnóstico precoz del cáncer de colon. Hay varias estrategias que están aceptadas porque son eficaces y a su vez coste-eficaces, es decir que lo que cuestan lo podemos recuperar. Estas son a día de hoy: la detección de sangre en heces, que la hacemos cada año o cada dos años. La colonoscopia, que la hacemos cada diez años o una exploración endoscópica que no se hace en España y sí se hace en Inglaterra y en Italia, que es lo que llamamos la sigmoidoscopia que en este caso se hace cada cinco años.

¿A qué población se dirigen prioritariamente los programas de detección precoz?

En los programas, que llamamos de screening poblacional, van dirigidos a cualquier hombre o mujer mayor de 50 años. En los grupos de riesgo incrementado que son, por ejemplo, la gente que tiene antecedentes familiares, acostumbramos a incluirlos a partir de los 40 años, o 10 años antes del familiar afecto más joven. Es decir, si el familiar tuvo el cáncer a los 45 años, en aquélla familia empezamos a los 35. En este caso utilizamos siempre la colonoscopia; no utilizamos la prueba de sangre en heces, ni sigmoidoscopia, que sí utilizamos para la población en general.

En materia de alimentación y estilo de vida, ¿qué recomendaciones nos daría que ayuden a la prevención de este cáncer?

Un consejo es mantener una dieta saludable. Evitar carnes rojas, muy cocinadas. Comer de dos a tres raciones de fruta y verdura al día, no fumar, hacer ejercicio, un consumo moderado de alcohol . Si se tiene más de 50 años, participar en programas de cribado, y si se tienen antecedentes familiares, consultar al especialista porque seguramente se deberá seguir una estrategia preventiva individualizada.

¿Qué pronóstico presenta este tumor actualmente?

De forma global, alrededor de un 55% de casos de cáncer de colon se curan. Pero si lo dividimos por estadios, los estadios I se curan prácticamente en el 95% de los casos. Los estadios II se curan el 70% , los estadios III alrededor del 50% y los estadios IV sobre el 20%. El pronóstico de los tumores detectados en programas de screening es mejor que el pronóstico de los tumores encontrados porque el tumor haya dado síntomas, porque el estadio es diferente

¿Es frecuente la recidiva en este tipo de tumores?

Depende del estadio. En los estadios I y II es muy poco frecuente. En los estadios III y IV es más frecuente. La mayor parte de la mortalidad asociada al cáncer de colon es debida a la recurrencia del tumor.

En materia de investigación, ¿cuáles son los avances más esperanzadores a corto-medio plazo?

Hay muchos aspectos. Si empezamos hablando de la prevención, decir que en estos momentos se están desarrollando lo que llamamos biomarcadores, técnicas analíticas para detectar precozmente este cáncer antes de que dé síntomas. Otro campo muy importante son las técnicas de diagnóstico por la imagen. Aquí se ha avanzado muchísimo y tenemos técnicas mucho más sensibles que permiten detectar lesiones mucho más pequeñas. El tercer gran campo a tener en cuenta es el de la cirugía, ahora se está haciendo cirugía mínimamente invasiva. Ya hace muchos años que operamos el cáncer de colon por laparoscopia, y ahora se empieza a operar sacando el tumor por lo orificios naturales, ya sea el ano o la vagina, con lo cual no tenemos que hacer ninguna incisión. El cuarto campo es el de lo tratamientos de quimioterapia o lo que llamamos terapias biológicas que acostumbran a ser o moléculas o anticuerpos contra determinados antígenos del tumor, con el objetivo final de desarrollar tratamientos mucho más efectivos y mucho más seguros en el sentido de que tengan menos efectos adversos, es decir, que ataquen las células malignas y no las células normales.

Dr. Antoni Castells, director del Instituto de Enfermedades Digestivas y Metabólicas del Hospital Clínic de Barcelona

Inicio

Dr. Jaime Feliú: “Una buena comunicación en un paciente con cáncer es esencial para conseguir un buen resultado terapéutico”

Twittear

facebook

Día Mundial Contra el Cáncer 2014
«Sería muy positivo que calara en la sociedad el mensaje de que el cáncer es una enfermedad que se puede evitar, y que si llega a diagnosticarse de manera precoz, es posible su curación»
«Gracias al diagnóstico precoz y a los avances terapéuticos, actualmente se cura el 50% de los pacientes»
«Las principales recomendaciones serían evitar el tabaco, hacer una dieta sana, con abundante fruta y verdura, reduciendo el consumo de alimentos grasos y de carne roja, evitar la obesidad y la exposición al sol, especialmente en las horas de máxima intensidad»

Dr. Jaime Feliú. Jefe del Servicio de Oncología del Hospital Universitario La Paz de Madrid

……..

¿Qué papel juega la comunicación en oncología?

La comunicación es una de las tareas más importantes del médico. Una comunicación bien hecha es fundamental para facilitar la adaptación del paciente a la enfermedad, disminuir el miedo y la incertidumbre, conservar la autonomía y recuperar la sensación de control de su vida. Le va a ayudar en la toma de decisiones y a marcarse objetivos realizables.

Una buena información es clave para incrementar la confianza y fortalecer la relación médico-paciente, además de posibilitar al paciente participar en las decisiones terapéuticas. En definitiva, una buena comunicación en un paciente con cáncer es esencial para conseguir un buen resultado terapéutico.

¿Por qué es preciso desmitificar el término cáncer?

A día de hoy, la sociedad todavía considera al cáncer como una enfermedad “tabú” con importantes estigmas. Dicha percepción probablemente se deba a que buena parte de la ciudadanía asocia esta enfermedad a la certeza de un sufrimiento prolongado y una muerte posible a corto-medio plazo. Sin embargo, esta percepción no se ajusta a la realidad. Gracias al diagnóstico precoz y a los avances terapéuticos, actualmente se cura el 50% de los pacientes. Además, con los tratamientos actuales, en muchos casos se consigue prolongar la supervivencia con una excelente calidad de vida, lo que llamamos cronificar la enfermedad. Por todo ello, y porque no se ajusta a la realidad actual, hay que desmitificar el término y enviar mensajes más optimistas.

¿Qué consejos daría a la población para fomentar la prevención y el diagnóstico temprano del cáncer?

Por lo que se refiere a la prevención las principales recomendaciones serían evitar el tabaco, hacer una dieta sana, con abundante fruta y verdura, reduciendo el consumo de alimentos grasos y de carne roja, evitar la obesidad y la exposición al sol, especialmente en las horas de máxima intensidad.

En relación con el diagnóstico precoz del cáncer de mama, se aconseja la práctica del auto-examen mamario y, a partir de los 50 años, la realización de mamografías periódicas. Para el diagnóstico precoz del cáncer de colon se recomienda a partir de los 50 años el análisis de hemorragias ocultas en heces o la realización de colonoscopias. Finalmente, para el diagnóstico precoz del cáncer de cérvix se recomienda la realización de frotis del cérvix (test de Papanicolau) a partir de los 25-30 años.

Desde el punto de vista de investigación, ¿en qué momento estamos? ¿qué hemos conseguido y qué queda por conseguir?

Durante las últimas décadas se han producido avances muy importantes en la investigación del cáncer, que han permitido conocer mucho mejor los mecanismos implicados en la aparición y el desarrollo de los tumores. Esto además, ha permitido producir tratamientos específicamente dirigidos a contrarrestar las alteraciones moleculares presentes en algunos tumores. Gracias a estos avances terapéuticos y a los programas de diagnóstico precoz se está consiguiendo aumentar la tasa de curaciones y mejorar la supervivencia de los pacientes.

Sin embargo, todavía queda mucho por hacer. Tan sólo por poner algunos ejemplos, es necesario avanzar en la identificación de los factores implicados en la aparición y el desarrollo del cáncer, mejorar nuestro conocimiento sobre la biología molecular de los tumores y desarrollar nuevas técnicas de prevención y diagnóstico precoz, que sean más simples y permitan su aplicación a otros tumores. Además, deberíamos ser capaces de analizar de forma rutinaria las alteraciones moleculares presentes en el tumor para, de esta forma, poder diseñar la estrategia terapéutica más adecuada a cada paciente. Conviene seguir avanzando en el desarrollo de fármacos, técnicas quirúrgicas y de radioterapia con el fin de superar los actuales resultados terapéuticos con menos efectos secundarios.

Un mensaje esperanzador cuando hablemos y pensemos en la palabra cáncer

Sería muy positivo que calara en la sociedad el mensaje de que el cáncer es una enfermedad que se puede evitar, y que si llega a diagnosticarse de manera precoz, es posible su curación.

Entrevista realizada por HBakkali.

Dr. Jaime Feliú. Jefe del Servicio de Oncología del Hospital Universitario La Paz de Madrid

4 de febrero - Día Mundial Contra el Cáncer

22 de enero de 2014
Con motivo de la celebración el próximo día 4 de abril del Día Mundial del Cáncer desde la Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura vamos a celebrar un encuentro digital con el **Dr. Jaime Feliú**, Jefe del Servicio de Oncología del **Hospital La Paz** de Madrid (España).
Les invitamos a compartir este enlace y formular sus preguntas que serán respondidas por el doctor el mismo 4 de febrero.
Con ello reforzamos nuestra información sobre salud que ocupa un espacio privilegiado en nuestros servicios de noticias sobre ciencia y tecnología

Enviar preguntas [+]

Organização dos Estados Ibero-americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura
Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Divulgación y Cultura Científica Iberoamericana

Opinión | Reportajes | Noticias | Entrevistas

Dr. Javier García-Samaniego: “La Hepatitis C es una enfermedad infradiagnosticada”

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
«La Hepatitis C produce pocos síntomas, incluso en sus formas agudas»
«Las relaciones sexuales durante la menstruación aumentan el riesgo de transmisión de la Hepatitis C (VHC)»
«El sexo anal sin protección puede incrementar el riesgo de transmisión de la infección por el VHC»
«El VHC ha superado ya al VIH en términos de mortalidad por enfermedad infecciosa en España»
«La Hepatitis C es la primera causa de Hepatitis crónica, cirrosis, cáncer de hígado y también de trasplante hepático en el mundo occidental»

La **Hepatitis C** supone un problema de salud pública de primer orden. Según la **Organización Mundial de la Salud** (OMS), **se cifran en 180 millones las personas infectadas por este virus en todo el mundo.** Sobre **sus vías de transmisión más frecuentes**, su **pronóstico** y **su incidencia en la calidad de vida de los pacientes**, nos responde el **Dr. Javier García-Samaniego, hepatólogo del Hospital Carlos III de Madrid.**

¿Cuáles son las principales afecciones que pueden dañar el hígado?

Son muchas las causas de enfermedad hepática. En nuestro medio, las más importantes son el alcohol, los virus de Hepatitis B y C, y la enfermedad hepática por depósito de grasa, consecuencia de alteraciones metabólicas como la diabetes, obesidad, dislipemia, etc.

¿Qué es la Hepatitis C (VHC)?

Es una inflamación del hígado producida por el virus del mismo nombre. La Hepatitis C representa un problema muy importante de salud pública, las estimaciones de la OMS cifran en 180 millones el número de personas infectadas en el mundo y solo en nuestro país hay entre 500.000 y 800.000 personas con Hepatitis C, muchas de las cuales lo desconocen. El VHC ha superado ya al VIH en términos de mortalidad por enfermedad infecciosa en España.

¿Cómo se manifiesta este virus? ¿Cuáles son sus principales síntomas?

La Hepatitis C produce pocos síntomas, incluso en sus formas agudas. La ictericia es poco frecuente y, por esa razón, la mayoría de las Hepatitis agudas pasan desapercibidas. Por otro lado, la mayor parte de los enfermos con Hepatitis crónica C tienen pocos o ningún síntoma, y la mayoría son inespecíficos: cansancio, molestia en el cuadrante superior derecho del abdomen, etc. Los pacientes con enfermedad avanzada (cirrosis) suelen quejarse más frecuentemente de cansancio crónico y pueden presentar síntomas y signos de descompensación de la enfermedad hepática crónica.

¿Se trata de una enfermedad crónica?

El virus de la Hepatitis C puede producir Hepatitis aguda y crónica. La evolución a la cronicidad es la regla porque más del 70% de las personas que se exponen al VHC desarrollan una infección crónica. El resto consigue resolver la infección espontáneamente.

¿Cuáles son las vías de transmisión más comunes?

El VHC se transmite, fundamentalmente, por vía parenteral, es decir por exposición a sangre contaminada con el virus. La transmisión sexual es mucho menos eficaz, si bien se han descrito brotes de Hepatitis aguda C entre varones homosexuales. La transmisión vertical (de la madre al bebé) es igualmente poco frecuente, inferior al 5%.

¿Qué prácticas sexuales pueden conllevar mayor riesgo de transmisión?

El sexo anal sin protección puede incrementar el riesgo de transmisión de la infección por el VHC. También se ha señalado que las relaciones sexuales durante la menstruación (la sangre es el principal vehículo para la transmisión del virus) aumentan el riesgo de Hepatitis C.

¿Qué grupos poblacionales pueden presentar mayor riesgo de padecer este virus?

Los usuarios de drogas por vía intravenosa, los receptores de transfusiones antes de 1990 (y ello incluye a los pacientes hemofílicos) y, probablemente, los individuos sexualmente promiscuos, particularmente los varones homosexuales en los que se está observando un incremento de la incidencia de la enfermedad.

Para grupos poblacionales que puedan estar en riesgo, ¿con qué frecuencia deberían realizarse controles?

Recientemente, se ha sugerido que todos los individuos por encima de los 50 años deberían ser subsidiarios de cribado por estar en riesgo de haber sufrido una exposición parenteral inaparente en el pasado (cirugía menor, odontología, tatuajes, inyecciones, etc). Los enfermos seronegativos con prácticas de riesgo parenteral requieren controles periódicos. En parejas heterosexuales monógamas no se recomiendan medidas especiales de protección ni vigilancia.

Una vez diagnosticada la enfermedad, ¿cuáles deben ser los principales cuidados que debe tener el paciente en su día a día?

La mayoría de los enfermos con Hepatitis C llevan una vida normal. No obstante, todos los pacientes deben contactar con un servicio hospitalario de Hepatología a través de su médico de familia para que se lleve a cabo una evaluación experta del estadio de la enfermedad, se establezca la indicación de tratamiento en cada caso

y se efectúen recomendaciones sobre hábitos de vida (moderar/restringir el consumo de alcohol, vacunación frente a los virus de Hepatitis A y B, etc)

¿En qué fases se suele diagnosticar la Hepatitis C? ¿Su aparición siempre es tardía?

Es variable, pero en los últimos años se están diagnosticando los pacientes más precozmente, por una mayor concienciación tanto de médicos como de pacientes de cribado en poblaciones de riesgo. En cualquier caso, la Hepatitis C es una enfermedad infradiagnosticada.

¿Cuál es el abordaje terapéutico? ¿Cuánto tiempo debe estar el paciente bajo tratamiento?

La Hepatitis C es una enfermedad curable y esta es una afirmación muy importante porque se trata probablemente del único caso de infección viral crónica erradicable en la especie humana. Es muy complicado hablar del tratamiento en unas pocas líneas. El abordaje y duración dependen de factores del virus (básicamente el genotipo del VHC), pero también del huésped. Los tratamientos actuales se administran por periodos de entre seis meses y un año.

¿Cuáles son los principales efectos adversos del tratamiento?

Los tratamientos de la Hepatitis C se basan en la combinación de interferón pegilado con ribavirina para los pacientes con los genotipos 2, 3, 4, 5 y 6 del VHC, y de esos dos medicamentos con telaprevir o boceprevir (los primeros antivirales directos aprobados para la Hepatitis C) para los pacientes con genotipo 1. Todos estos medicamentos producen, como es lógico, efectos adversos, entre los que sobresalen los hematológicos (fundamentalmente, la anemia), cutáneos, seudogripales y psiquiátricos (depresión).

¿En qué medida los pacientes responden positivamente?

Las nuevas terapias triples de tratamiento de la Hepatitis C de genotipo 1, han incrementado significativa y espectacularmente la tasa de curación en estos enfermos (30 puntos o un 50%, pasando del 40-45% con la combinación doble de interferón pegilado y ribavirina hasta el 70-75% con pautas triples que incorporan esos dos fármacos más boceprevir o telaprevir. Para los genotipos 2 y 3 la tasa de curación con interferón y ribavirina es del 85-90% y 75%, respectivamente.

¿Qué pronóstico presenta la Hepatitis C actualmente?

La Hepatitis C es la primera causa de Hepatitis crónica, cirrosis, cáncer de hígado y también de trasplante hepático en el mundo occidental. Como el pico máximo de la incidencia de la enfermedad tuvo lugar en los años 80-90, en esta y la siguiente década vamos a asistir a un importante aumento de la morbilidad y mortalidad por Hepatitis crónica C en nuestro medio.

¿Qué otras enfermedades pueden empeorar el pronóstico de la Hepatitis C (dificultar la respuesta al tratamiento, acelerar la enfermedad...)?

La coinfección con el virus de SIDA (VIH) y/o con otros virus de Hepatitis (VHB) aceleran la historia natural de la enfermedad y comportan un peor pronóstico. Otras enfermedades que producen inmunodeficiencia –además de la infección por VIH- también se han relacionado con un peor pronóstico.

¿De qué manera puede afectar la Hepatitis C a la calidad de vida del paciente?

Aunque ya se ha mencionado que la Hepatitis C produce pocos síntomas, la mayoría de los estudios publicados en esta población de pacientes reflejan una disminución de la calidad de vida en comparación con la de la población general.

Una vez curado el paciente, ¿es común la recidiva?

Una vez establecidos los criterios de curación (ausencia de replicación del virus 6 meses después de finalizado el tratamiento) la recaída es excepcional.

¿Existe alguna vacuna para la prevención de la Hepatitis C?

No, no se dispone en la actualidad de vacuna.

¿Cuál es la manera más eficaz de prevenir la Hepatitis C?

Desde el descubrimiento del VHC, el riesgo de transmisión por transmisión de hemoderivados es prácticamente 0 por el cribado sistemático de los donantes en los bancos y ello ha hecho disminuir significativamente la incidencia de la enfermedad, al igual que la disminución de la drogadicción iv. En la actualidad, la generalización de las medidas universales de protección en el ámbito sanitario (agujas y jeringas de un solo uso, utilización de guantes, etc, etc), el no compartir material de venopunción por los usuarios de drogas y el sexo seguro disminuyen el riesgo de transmisión de virus como el VHC, el VHB o el VIH.

Dr. Javier García-Samaniego, hepatólogo del Hospital Carlos III de Madrid

Inicio

Dr. José María Gatell. Aids Vaccine 2013

Twittear
facebook

Del 7 al 10 de octubre se celebra en Barcelona AIDS Vaccine 2013, el congreso de vacuna del VIH más importante y prestigioso del mundo. En el mismo, se abordarán los últimos avances y retos en materia de investigación de una vacuna que permita frenar la enfermedad, incluirá más de 400 presentaciones orales y de pósteres, así como sesiones plenarias y sesiones especiales con líderes mundiales en VIH. Una conferencia en la que se abordarán las dos modalidades de vacunas. Por un lado, se analizarán los últimos avances en vacunas terapéuticas y, por otro, los últimos avances en vacunas preventivas.

El **Dr. José María Gatell**, Jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clinic de Barcelona, co-Director del Proyecto HIVACAT y co-presidente de **Barcelona AIDS Vaccine 2013**, nos explica algunos de los objetivos de este encuentro y nos responde a **cuáles son los avances más prometedores en la consecución de vacunas para el VIH**, así como en las estrategias que deben imperar a la hora de universalizar el tratamiento y la prevención del VIH-SIDA.

Entrevista realizada por HBakkali

¿Para cuándo una vacuna que evite un tratamiento antirretroviral de por vida?

Deberíamos poder tenerla. Los estudios que se han hecho sobre las vacunas terapéuticas en nuestro grupo (HIVACAT), parecen indicar que vamos por el buen camino y hace pensar que podríamos tenerla. No obstante, los candidatos que tenemos hasta ahora no tienen una potencia suficiente como para permitir prescindir del tratamiento antirretroviral. Este es un tema de investigación, exclusivamente. En el momento actual, y como mensaje a los pacientes es que de momento deberán seguir tomando antirretrovirales durante toda la vida.

Su equipo es el que más se ha acercado a esta meta desarrollando una vacuna capaz de reducir hasta en un 90% la carga del virus del VIH ¿qué significa este avance? ¿cuáles son sus pros y sus contras?

En vacunas terapéuticas hay unos cuantos grupos en el mundo trabajando, estudiando diferentes modalidades, no todos trabajan las mismas modalidades de vacunas terapéuticas. Probablemente, los mejores resultados que se han obtenido los hemos logrado en nuestro grupo (**HIVACAT- F. Garcia et al Science Translational Medicine, 2013**). Nosotros trabajamos con una modalidad de vacunas terapéuticas basada en la manipulación en el laboratorio de células dendríticas. Los resultados obtenidos son muy prometedores, puesto que prueban que una vacuna terapéutica puede ser posible, pero no es un resultado suficiente como para poder comercializar el fármaco y que los pacientes puedan beneficiarse de él.

El próximo mes de octubre (7-10 Octubre) de celebra la conferencia AIDS Vaccine 2013 en la ciudad de Barcelona, ¿cuáles serán los principales objetivos de este encuentro?

Desde el HIVACAT vamos a co-organizar (junto con la International Vaccine Enterprise) el Internacional AIDS Vaccine Meeting que es una conferencia internacional enfocada específicamente al desarrollo de vacunas para el VIH. En esta conferencia se va a tratar las dos modalidades de vacunas: se analizarán los últimos avances en vacunas terapéuticas y también se analizarán los últimos avances en vacunas preventivas y esto es una excelente oportunidad para juntar a todos los grupos de investigación que trabajan en estos campos. Como comentábamos antes, en vacunas terapéuticas se han producido avances prometedores y esperemos que podamos seguir en esta línea y en vacunas preventivas hay claroscuros. Hace tres años hubo un ensayo clínico que se realizó en Tailandia que parecía que daba resultados positivos, que tenía una capacidad de prevención de un 30%, esto supuso ver la botella medio llena. La botella medio vacía es que hace poco en Estados Unidos se ha interrumpido otro estudio que utilizaba unos productos parecidos a los empleados en Tailandia pero la capacidad de prevención de esta vacuna era prácticamente nula o muy baja. En vacunas preventivas estamos en fases preliminares de investigación y en fases de investigación de laboratorio. Probablemente el mensaje que cabría destacar es que antes de pasar a estudios masivos con miles de pacientes, pues se deba hacer más trabajo de laboratorio y aseguramos que tenemos un candidato que potencialmente vaya a poder funcionar.

Universalizar el tratamiento del VIH-SIDA, ¿qué esfuerzos son los que más urgen?

Universalizar el tratamiento, hacer que llegue a todas las personas que lo necesiten independientemente del lugar del mundo en el que vivan, hasta ahora ha sido posible en la parte del mundo en la que viven el 10% de las personas infectadas por el VIH y ha sido mucho más difícil y complicado en otras partes del mundo donde viven el 90% de las personas infectadas por el VIH. Se han hecho avances significativos, en el año 2002 en el mundo en vías de desarrollo prácticamente nadie podía acceder al tratamiento antirretroviral. Actualmente, en el mundo en vías de desarrollo hay unos ocho millones de personas que reciben tratamiento antirretroviral pero se calcula que como mínimo otros ocho millones lo necesitan y no lo están recibiendo.

¿Por qué debemos normalizar la palabra SIDA?

La palabra SIDA y la palabra VIH es una palabra que tuvo una serie de connotaciones muy negativas que hacía difícil la vida familiar, la vida social, incluso la vida laboral. La percepción que se tenía era que esta enfermedad era muy diferente a otras enfermedades. Manifestar que se padecía una enfermedad cualquiera no era motivo de discriminación, ni conllevaba una carga negativa, como la podía tener manifestar que se tenía el VIH-SIDA. Aún hoy es frecuente este tipo de respuesta, ha mejorado pero no se ha normalizado.

¿A qué se debe este hecho?

El origen es multifactorial. Al principio, el SIDA se percibió como enfermedad que afectaba a los que mucha gente pensaba que eran grupos marginales de la sociedad, personas que tenían orientaciones sexuales diferentes a las de la mayoría de la sociedad. Además se trataba de una enfermedad de transmisión sexual, era una enfermedad mortal, etc., todos estos factores fueron un cóctel explosivo que hizo que la palabra SIDA tuviera unas connotaciones muy negativas frente a cualquier otra palabra que defina cualquier otra enfermedad que tiene connotaciones diferentes que despiertan sentimientos de ayuda, compasión, etc.

En estos treinta últimos años, ¿cuáles han sido los avances más importantes en materia de VIH-SIDA?

En el caso del SIDA, el primer avance importante fue descubrir la causa de la enfermedad, descubrir el virus del SIDA, esto se logró en el año 1983, dos años o tres

después de haberse iniciado la epidemia. El segundo avance importante fue lograr el primer tratamiento antirretroviral, el primer fármaco con actividad frente al VIH hecho que se produjo en el año 1986. Diez años después se produjo el tercer avance importante se produjo en el año 1996 cuando se vio que combinando varios de estos fármacos antirrertovirales se podía conseguir una supresión prácticamente completa de la replicación viral y la esperanza de vida de estos pacientes aumentaba de manera muy significativa, llegando a acercarse a la de la población general. Otro avance significativo podríamos situarlo en el año 2008, en el que los tratamientos antirretrovirales son cómodos, se toleran bien e incluso pueden reducirse a la toma de un solo comprimido al día.

Desde el punto de vista de los pacientes y de la población en general, ¿qué es lo que queda por hacer?

Para las personas infectadas lo más importante que queda por hacer es erradicar el virus, poder curarlo o al menos conseguir que no tengan que estar bajo tratamiento antirretroviral toda la vida, este sería el objetivo de las vacunas terapéuticas. Para la población general el objetivo sería que no se infectara nadie más, la mejor manera de lograrlo es no mantener relaciones sexuales de riesgo, utilizar preservativo, etc. Se debe seguir promocionando e insistiendo en estas ideas, pero a lo largo de muchos años se ha visto que no funciona demasiado bien puesto que siguen las infecciones. El objetivo sería conseguir una vacuna preventiva. La mayoría de las enfermedades infecciosas que se han erradicado o que han disminuido de manera drástica han sido infecciones frente a las cuales tenemos una vacuna, como por ejemplo la viruela, las paperas, el sarampión, etc. Pero una vacuna preventiva para el VIH no la tendremos en los próximos años, así que hay que procurar atender a las medidas de prevención que actualmente tenemos. Una de estas medidas es identificar a las personas infectadas y tratarlas. Si una persona infectada la tratamos, responde bien a tratamiento y logramos una carga viral indetectable, la probabilidad de que trasmita el virus aunque no tome precauciones es muy baja. Ahora se están haciendo muchas campañas en este sentido con el eslogan inglés “Test and Treat”, que viene a decir “identifiquen a las personas infectadas y trátenlas”. Esto es fácil de decirlo en una campaña pero es muy difícil llevarlo a la práctica, incluso en los países desarrollados y ricos donde el tratamiento es accesible a todo el mundo y donde hay una buena infraestructura sanitaria.

¿Por qué se produce esta circunstancia?

Por varias razones. Hay gente infectada que no es consciente de ello, cerca del 30% de las personas infectadas no lo saben, no lo sospechan. De los que sí saben que están infectados, algunos no se tratan, otros no quieren tratamiento, otros reciben el tratamiento pero no lo cumplen bien, etc.

En los países occidentales, ¿qué población es la que tiene en mayor riesgo de infección por VIH?

Al menos en Europa occidental la mayor parte de nuevas infecciones se dan en varones homosexuales, relativamente jóvenes que mantienen relaciones sexuales con otros varones. Casi las dos terceras partes de las nuevas infecciones se producen en esta población. La tercera parte restante, al menos en España, las nuevas infecciones se detectan en personas venidas de otros países, esto no quiere decir que se infectaran en su país de origen, algunos traían la infección otros la han adquirido aquí. Se trata de una población más vulnerable y con mayor facilidad para infectarse.

¿Cuáles son las principales dificultades a la hora de comunicarle a un paciente que tiene el VIH?

Comunicar la infección por VIH tiene un doble componente, por un lado se comunica que se tiene una infección de carácter grave pese a que actualmente se puede tratar. Esto al paciente siempre le supone una impresión importante. Además se le está comunicando que padece una enfermedad que aún hoy en día tiene connotaciones negativas y está rodeada de estigmas, esto añade mayor preocupación. Al paciente se le explica que tiene el VIH, que se trata de una enfermedad grave, pero que se trata de una enfermedad que tiene tratamiento, que si se cumple bien este tratamiento la esperanza de vida será muy similar a la de la población en general.

¿Cuál es el grado de eficacia de medidas de prevención como el uso de tratamiento antirretroviral?

El tratamiento antirretroviral es una medida muy eficaz. Si se cumple y se logra una carga viral indetectable, es muy difícil que la persona pueda transmitir el virus.

¿Qué es la profilaxix preexposición?

Es la toma de medicamentos antiretrovirales por parte de personas no infectadas por VIH para evitar la infección. Es una medida eficaz si se toma la medicación. El problema es cómo nos organizamos y a quién se lo recomendamos. Este tratamiento puede estar justificado si se mantienen relaciones sexuales con mucha frecuencia y con personas diferentes, etc., en estos casos puede estar justificado el tomar esa pastilla diaria. El tema de la profilaxisis preexposición quizás lo acabemos recomendando a grupos de población muy específicos con un elevado riesgo de exposición.

¿Y la profilaxisis postexposición?

Se trata de utilizar un tratamiento en una persona que presumiblemente ha tenido contacto con el VIH o ha mantenido relaciones de riesgo. La profilaxisis postexposición se da basada en modelos animales en los que se ha visto que funcionaba. En modelos humanos, no hay ningún estudio para saber si funciona, ya que es muy difícil hacer este tipo de estudios. Cuando una persona acude al especialista y le comenta que ha mantenido relaciones de riesgo, se le facilita el tratamiento durante unos días y es a esto lo que llamamos profilaxisis postexposición.

La OMS ha actualizado la guía de tratamiento y recomienda empezarlo “lo antes posible”, ¿cuándo es “lo antes posible”?

La OMS el límite que pone es de 500 linfocitos CD4, es decir, tener las defensas por debajo de 500. Esto no es lo antes posible, lo antes posible es en el mismo momento del diagnóstico. Esperar a que las defensas bajen de 500 CD4, es una medida posibilista, fármaco-económica, basada en estudios de coste-eficacia, pero no es empezar lo antes posible.

Dr. José María Gatell. Jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clinic de Barcelona. Catedrático de Medicina de la Universidad de Barcelona. El Dr. Gatell, ha sido pionero en España en el estudio de la eficacia y tolerancia de nuevos fármacos antivirales y en la immunopatologenia de la infección por el VIH, así como en el desarrollo de vacunas preventivas y terapéuticas del VIH en el marco del programa HIVACAT. Su dilatada carrera científica, universalmente reconocida, se refleja en más de 900 artículos publicados en las revistas médicas internacionales de mayor impacto y que han sido citados en más de 19.000 ocasiones. Es, asimismo, coautor de más de 50 libros acerca de enfermedades infecciosas y autor prinicipal de diferentes libros entre los que destacan la *"Guía Práctica del SIDA"* y *"Guía Práctica de Terapéutica Antimicrobiana"*. El Dr. José María Gatell es editor de varias revistas nacionales e internacionales entre las que se encuentran *Medicina Clínica, Clinical Infectious Diseases, Antiviral Therapy, HIV Medicine, J AIDS, HIV Clinical Trials* y *AIDS reviews*.

Coordinador de la Red Española de Investigación en SIDA (RIS), miembro del Comité Director de EuroSIDA/EUROCORD y de la Red Europea de Tratamiento del SIDA (NEAT), el Dr. Gatell ha sido también Presidente de la Sociedad Española de Infecciones y Microbiología Clínica (SEIMC) durante los años 1997-1999, Presidente de la EACS durante los años 2004-2008, co-presidente de la XIV Conferencia Internacional del SIDA celebrada en Barcelona en 2002 y de la X Conferencia Europea del SIDA de Dublín en 2005. Copresidirá la próxima Conferencia Europea del SIDA que se celebrará en Barcelona en 2015, así como la Conferencia Internacional sobre vacunas del VIH que se celebrará en Barcelona el 2013.

Coordinador de múltiples estudios internacionales, el Dr. José María Gatell presentó el 2 de enero de 2013 un estudio en la revista *Science Translational Medicine* sobre una nueva vacuna capaz de controlar temporalmente la replicación del VIH. Asimismo, su equipo de Enfermedades Infecciosas y SIDA del IDIBAPS - Hospital Clinic de Barcelona, han sido los únicos representantes españoles en el más amplio ensayo clínico realizado hasta el momento con pacintes recién infectados por el VIH. Un estudio publicado en New England Journal of Medicine el 16 de enero de 2013. La labor científica del Dr. José María Gatell ha sido merecedora de varios galardones entre los que destacan la Medalla Josep Trueta al Mérito Sanitario (2012) y el premio de Investigación Biomédica de la Fundación Lilly (2010), entre otros reconocimientos.

Inicio

Dr. Jose Luis Blanch: “El pronóstico del cáncer de boca cada vez es mejor, pero siempre asociado a la detección precoz”

Twittear facebook

Día Mundial Contra el Cáncer | 2014
«El cáncer de boca puede deberse a fctores genéticos; alcohol y tabaco; roce dentario de piezas en mal estado o rotas; roce de protesis dentales, etc.»
«El alcohol es un mayor factor causal que el tabaco. Más los licores de alta graduación que el vino. Y sobre todo el alcohol caliente»
«Pacientes infectados con VPH desarrollan frecuentes tumores en vias aerodigestivas superiores. Estos tumores han demostrado que tienen mejor pronóstico que los causados por alcohol o roces dentarios»

Dr. Jose Luis Blanch. Jefe de la Sección Oncológica Otorrinolaringológica del Hospital Clinic de Barcelona

……..

¿Cómo se manifiesta el cáncer de boca?

Llaga o ulcera dolorosa de larga evolucion sin evidencia de mejoria. Puede presentar algún sangrado y en ocasiones asocia presencia de ganglios limfáticos.

Actualmente, ¿cuál es la incidencia en España de este tumor?

Posiblemente, entre el 1 y el 2 % de los tumores del organismo.

¿A qué causas puede deberse?

El cáncer de boca puede deberse a fctores genéticos; alcohol y tabaco; roce dentario de piezas en mal estado o rotas; roce de protesis dentales, etc.

¿En qué medida el tabaquismo puede ser factor causal de esta neoplasia?

Podría no ser determinante. Muchos fumadores importantes no han desarrollado nunca un cancer en cavidad oral. La asociación de alcohol puede aumentar la incidencia

¿Y la falta de higiene bucal?

Más que la falta de higiene es el mal estado de las piezas dentarias.

¿El alcohol puede ser factor causal de este tumor?

El alcohol es un mayor factor causal que el tabaco. Más los licores de alta graduación que el vino. Y sobre todo el alcohol caliente.

Virus del Papiloma Humano (VPH) y cáncer de boca, ¿qué relación existe?

Pacientes infectados con VPH desarrollan frecuentes tumores en vias aerodigestivas superiores. Estos tumores han demostrado que tienen mejor pronóstico que los causados por alcohol o roces dentarios.

¿Cuáles son los métodos diagnósticos a los que debe someterse el paciente?

Exploracion y palpación del tumor. Pruebas de imagen ya sean TC o RM para el estudio de la extension, profundidad real del tumor, posible afectación osea y detección de metástasis ganglionares. Biopsia y estudio anatomo patologico para confirmar se trata de un tumor maligno.

¿En qué estadios se suele detectar?

Cada vez se detectan más precoces, posiblemente, debido a una situación cultural que lleva a consultar antes al médico.

¿Qué aconseja para el diagnóstico precoz?

Aconsejar que se acuda al médico al menor síntoma.

¿A qué edad es más frecuente su detección?

Es un tumor no de personas jóvenes, suele desarrollarse apartir de los 40 años.

¿Qué abordaje terapéutico requiere esta neoplasia?

Los de cavidad oral a diferencia de los de orofaringe son tributarios de tratamiento quirúrgico mas que de radioterapia.

¿Cómo puede afectar el cáncer de boca a la calidad de vida del paciente?

Mientras lo tienen son dolorosos y disminuye sensiblemente la calidad de vida.

¿Y los tratamientos?

Algunos son mutilantes y el paciente debe de aceptarlo, pero esto se da en tumores localmente avanzados

¿Cuáles pueden ser las secuelas más importantes que puede dejar este tumor?

Alteraciones funcionales de la deglución y salivación. En casos de afectación del hueso mandibular, se debe extirpar una parte del mismo y en la mayoría de los casos realizar reconstrucción mediante hueso peroné, esto implicará alguna alteración de tipo estético.

¿Cómo se puede prevenir el cáncer de boca?

Cuidarse las piezas dentarias, caries, roces de prótesis. Evitar habitos tóxicos.

Actualmente, ¿qué pronostico presenta esta neoplasia?

El pronóstico del cáncer de boca cada vez es mejor, pero siempre asociado a la detección precoz. Los tumores pequeños se curan mejor que los grandes.

Entrevista realizada por HBakkali

Dr. Jose Luis Blanch. Jefe de la Sección Oncológica Otorrinolaringológica del Hospital Clinic de Barcelona

4 de febrero - Día Mundial Contra el Cáncer

22 de enero de 2014
Con motivo de la celebración el próximo día 4 de abril del Día Mundial del Cáncer desde la Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura vamos a celebrar un encuentro digital con el **Dr. Jaime Feliú**, Jefe del Servicio de Oncología del **Hospital La Paz** de Madrid (España).
Les invitamos a compartir este enlace y formular sus preguntas que serán respondidas por el doctor el mismo 4 de febrero.
Con ello reforzamos nuestra información sobre salud que ocupa un espacio privilegiado en nuestros servicios de noticias sobre ciencia y tecnología

Más información [+]

Dr. José María Bayas: "Cada año las vacunas evitan millones de muertes y cientos de miles de casos de secuelas invalidantes"

Twittear
facebook

«Las vacunas son preparados que contienen determinados componentes obtenidos a partir de microorganismos responsables de enfermedades infecciosas. Estos preparados, introducidos en el organismo originan una respuesta activa del sistema inmune, generalmente de muy larga duración, con un riesgo mínimo de reacciones de tipo local o general»

Dr. José María Bayas. Resposable del Centro de Vacunación Medicina Preventiva y Epidemiología del Hospital Clínic de Barcelona

.....

Entrevista realizada por Houda Bakkali

¿Por qué son importantes las vacunas?

La potabilización del agua, las vacunas, los antibióticos y la anestesia, se encuentran entre los grandes avances que han contribuido a mejorar la expectativa de vida y la calidad de la misma en los últimos años.

Cada año las vacunas evitan millones de muertes y cientos de miles de casos de secuelas invalidantes. En los últimos 60 años, las vacunas han conseguido eliminar varias enfermedades de amplias zonas geográficas. Se ha erradicado la viruela, en menos de 30 años la polio paralítica ha pasado de 400.000 casos anuales a unos centenares en la actualidad y la mortalidad por sarampión y por tétanos maternal y neonatal se ha reducido en 5 veces en los 10 últimos años. Si aplicáramos vacunas "teóricamente disponibles" (neumocócica conjugada, sarampión, hepatitis B, rotavirus, Haemophilus influenzae b …) evitaríamos cada años, más de cuatro millones de muertes, fundamentalmente en niños menores de 5 años.

¿Por qué los niños deben ser vacunados?

Porque son precisamente los niños los que sufren las consecuencias más graves de toda una serie de enfermedades que se pueden prevenir con vacunas. En ausencia de programas de vacunación la mortalidad y las secuelas en los que sobreviven a estas enfermedades afectan principalmente a los niños. Desafortunadamente, esto sucede todavía en áreas de África y Asia, donde cada año, 22 millones de niños menores de 1 año no reciben ni las vacunas más básicas

¿Qué vacunas son las que han tenido mayor alcance?

Además de la viruela, vacunas como tétanos, difteria, tos ferina, poliomielitis, sarampión, rubéola o hepatitis B han sido, hasta ahora, las que más han contribuido a mejorar la expectativa de vida y la salud de las poblaciones humanas. Naturalmente hay muchas más que jugarán un papel en el futuro

¿Por qué hay que perder el miedo a las vacunas?

El uso generalizado de una vacuna efectiva y segura disminuye el riesgo de la enfermedad, pero paradójicamente disminuye también la percepción positiva hacia esa vacuna. La virtual desaparición en amplias zonas geográficas de enfermedades prevenibles con vacunas, son los efectos positivos de las políticas de vacunación. Pero estos ingentes beneficios, a menudo no percibidos por la población, favorecen corrientes de opinión de "que las vacunas no son necesarias porque la enfermedad no existe". Cuando justamente es la presión vacunal la que está impidiendo la reemergencia de la enfermedad.

Sobre las vacunas, ¿qué mitos habría que desterrar?

En ausencia (o baja frecuencia) de la enfermedad, problemas de salud de diverso tipo que acontecen asociados en el tiempo a tal o cual vacunación, pueden ser imputados, casi siempre de forma injusta, a la vacunación: "efectos secundarios, etc". El perfil de seguridad exigido a una vacuna para su aprobación y uso, es muy superior al de cualquier otro fármaco. Por ello los efectos adversos graves demostrados, asociados causalmente a las vacunas son extraordinariamente remotos. El riesgo "cero" no existe en ninguna actuación humana, tampoco cuando usamos vacunas. Si comparamos los potenciales riesgos con los beneficios podemos decir que las vacunas son muy seguras. No hay fármacos más seguros que las vacunas.

¿Cuáles son los retos en materia de vacunas a corto y medio plazo?

Los retos son muchos, depende a qué escala hablemos. Podríamos señalar: conseguir ampliar el uso de vacunas "clásicas y modernas" a las áreas geográficas más desfavorecidas a través de organizaciones internacionales como OMS-UNICEF, GAVI, etc. Desarrollar vacunas nuevas y mejores (malaria, VIH-SIDA, tuberculosis, gripe) mediante tecnologías novedosas y por supuesto, reivindicar y explicar el papel histórico que ha tenido y tiene la vacunología en la salud de la población.

Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología, Innovación y Educación

28 de marzo de 2014
"Avanzando juntos hacia las Metas Educativas Iberoamericanas 2021"
Buenos Aires, Argentina
12, 13 y 14 de noviembre 2014
En la XXIII Conferencia Iberoamericana de Educación el Secretario General de la OEI presentó a las delegaciones asistentes la convocatoria del Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología, Innovación y Educación a celebrarse en Buenos Aires, Argentina, del 12 al 14 de noviembre de 2014.

Más información [+]

grupo cts
LABJOR
CSIC
Consejo Superior de Investigaciones Científicas
OEI
JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE ECONOMÍA, INNOVACIÓN, CIENCIA Y EMPLEO
sinc
La ciencia es noticia
Agencia CyTA
INVESTIGACION y DESARROLLO
iD

asenmac

Dr. Josep Brugada: "Hay ciertas arritmias ligadas a factores genéticos"

Twittear
facebook

«Una arritmia cardiaca se refiere a cualquier trastorno del ritmo cardiaco, tanto por defecto (bradicardia) como por exceso (taquicardia). Las arritmias pueden ser completamente asintomáticas y benignas como la bradicardia a 40 latidos por minuto por lo noche cuando dormimos. O pueden ser peligrosas, taquicardia ventricular que produce una pérdida de conocimiento por ejemplo»

Dr. Josep Brugada. Cardiólogo, director médico del Hospital Clinic de Barcelona. profesor de Medicina de la Universidad de Barcelona.

.....

Entrevista realizada por Houda Bakkali

Vida sedentaria y obesidad ¿cómo influyen?

La vida sedentaria y la obesidad como factores de riesgo cardiaco provocan que el corazón no esté en forma y, por tanto, se acelere de forma inadecuada cada vez que hacemos un ejercicio físico aunque sea mínimo. Cuanto mejor preparados estamos físicamente, menos rápidamente se acelera el corazón.

Consumir productos excitantes que contengan cafeína y teína, ¿cómo pueden afectar?

Los productos excitantes, como su nombre indica, provocan excitación de todas las funciones de nuestro organismo y también del ritmo cardiaco provocando aceleración de las pulsaciones.

Y el tabaquismo, ¿cómo afecta?

Exactamente igual que los excitantes, la nicotina provoca aceleración de la frecuencia cardiaca inadecuada.

¿Qué sustancias estimulantes pueden influir en el desarrollo de esta dolencia?

Todas las sustancias estimulantes pueden acelerar el ritmo cardiaco de forma inadecuada: drogas, cafeína, teína, chocolate, tabaco, alcohol.

Hablemos de la relación con el estrés, ¿cómo afecta?

Una persona estresada en general tiene niveles altos de catecolaminas que son las sustancias que genera nuestro propio organismo como respuesta al mismo y éstas son excitantes para el ritmo cardiaco.

¿Es posible la prevención?

Evitando los factores de riesgo, obesidad, sedentarismo, excitantes, etc., podremos evitar en gran medida que nuestro corazón se acelere de forma inadecuada.

¿Por qué se producen? ¿Cuáles son sus causas?

A parte de las aceleraciones del ritmo cardiaco que hemos hablado hasta hora que son las relacionas con excitantes, estrés, etc.m hay arritmias que se producen a partir de trastornos del sistema eléctrico del corazón, los llamados cortocircuitos eléctricos producidos por la presencia de vías eléctricas accesorias o focos de arritmia que se disparan por encima del ritmo cardiaco habitual.

Factores genéticos, ¿qué relación tienen con la aparición de las arritmias?

Hay ciertas arritmias ligadas a factores genéticos por la presencia de mutaciones en los llamados canales eléctricos cardiacos y que pueden producir en algunos casos arritmias muy graves, incluso la muerte súbita de forma familiar.

El Síndrome Brugada, ¿qué es?

Es precisamente un trastorno genético de los canales eléctricos cardiacos que causa o puede causar arritmias graves.

¿En cuánto podemos estimar su incidencia?

El síndrome de Brugada tiene una incidencia de uno por cada 3.000 a 5.000 personas, en función de donde se evalúe, ya que al ser un trastorno genéticamente determinado, hay zonas del mundo como el sudeste asiático que tiene una prevalencia más alta.

En materia de investigación y abordaje terapéutico, ¿cuáles son los últimos avances? ¿Qué aspectos son los que más urgen?

En las arritmias en general los últimos avances incluyen tratamientos invasivos efectivos para tratar la arritmia más frecuente que es la fibrilación auricular a través de la ablación con catéter. A nivel de prevención de muerte súbita, los avances incluyen la utilización de desfibriladores públicos para que podamos recuperar a pacientes que han sufrido una parada cardiaca en la calle o lugares públicos.

Considerado uno de los cardiólogos más prestigiosos a nivel nacional e internacional, **Josep Brugada, actual Director médico del Hospital Clinic de Barcelona**, es Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona con la calificación “Cum Laude”. Ha sido miembro del Servicio de Cardiología del Hospital Saint Eloi en Montpellier (Francia) e investigador del Laboratorio de Fisiología Cardiovascular de la Universidad de Montpellier. Asimismo, el doctor Brugada ha sido investigador de la Real Academia Holandesa de Artes y Ciencias y profesor del Departamento de Fisiología de la Universidad de Limburg, Maastricht (Holanda).

Miembro de la Sociedad Española de Cardiología y de la Sociedad Europea de Cardiología, vocal de la Sección de Arritmias de la Sociedad Española de Cardiología y miembro del nucleus del grupo de trabajo de Arrimias de la Sociedad Europea de Cardiología, miembro del Consejo Asesor de la Sociedad Norteamericana de Electrofisiología y Estimulación, y miembro del comité de Investigación y Entrenamiento de la Sociedad Europea de Cardiología, la extensa trayectoria profesional y académica del doctor Brugada ha sido meritoria de múltiples reconocimientos entre los que destacan Primer Premio de Investigación en Cardiología del Colegio Americano de Cardiología (American College of Cardiology) en Atlanta (1991), el Premio “Fritz Ackher” de la Sociedad Alemana de Cardiología (1999) y el Premio “Josep Trueta” de la Academia de Ciencies Mediques de Catalunya i Balears, siendo, asimismo, finalista del Premio de Investigación de la Sociedad Norteamericana de Electrofisiología y Estimulación (NASPE) en San Diego, California.

Maestría en Gestión Hospitalaria OnLine

8 de abril de 2014
La Maestría está orientada a que los alumnos adquieran una visión global de la gestión hospitalaria, proporcionándoles herramientas y habilidades que les capacite para gestionar y dirigir los recursos humanos y los tecnológicos sobre los que descansa un hospital. Asimismo, a través de la Maestría, se aprende a hacer un uso racional de los procesos asistenciales y a trabajar en equipo en las distintas secciones y departamentos, todo ello aplicando los parámetros de calidad aplicables en la gestión hospitalaria.

Más información [+]

Dr. Mariano Casado Jiménez: “El pronóstico de la lepra ha dado un vuelco positivo, con franca disminución de prevalencia e incidencia”

Twittear facebook

Día Mundial Contra la Lepra | 2014
«La lepra la padecen dos veces más frecuentemente los hombres que las mujeres. Afecta a todas las razas y edades, pero la incidencia es mayor entre los 10-15 y entre los 30-60 años»
«Actualmente no existe un procedimiento eficaz confirmado de inmunoterapia pasiva en la lepra (…) Se están ensayando vacunas mediante técnicas de biología molecular y anticuerpos monoclonales»

Doctor Mariano Casado Jiménez, jefe de Servicio de Dermatología del Hospital Universitario La Paz de Madrid

.....

¿Qué es la lepra?

Es una enfermedad infecciosa, poco contagiosa, con un periodo de incubación muy dilatado (2-12 años), con especial predilección por afectar al sistema nervioso periférico y a la piel (neuro-dermo tropismo), en esta última, con una marcada afinidad por zonas acras, como miembros y cara (acrotropismo), con unas manifestaciones clínicas muy variables, dependiendo del estado inmunológico del paciente, con cuatro parámetros fundamentales de estudio: etiológico, inmunológico, clínico e histológico, y con tratamientos efectivos que pueden curar definitivamente o, por lo menos, estabilizar y silenciar clínicamente la enfermedad.

¿Qué causa esta enfermedad?

El bacilo leproso, mycobacterium leprae o bacilo de Hansen, descubierto por Gerard Hansen en 1873. Es una bacteria Gram (+), ácido alcohol-resistente, que no crece en los medios habituales de cultivo pero sí lo hace en algunos animales receptivos, como el armadillo de nueve bandas y el mono mangabey. Se presenta en las lesiones como bacilos aíslados, granulaciones o agrupaciones intracelulares (globis). El contagio se realiza directamente del enfermo al sano, preferentemente por el exudado nasal, aunque también puede ser por contacto directo piel-piel.

¿Cuáles son las formas más comunes de lepra? ¿Cuál es la más frecuente?

Son cuatro: dos formas estables o polares, la lepra tuberculoide (con mejor pronóstico y muy poco contagiosa) y la lepra lepromatosa (con peor pronóstico y más contagiosa). Dos formas inestables o transicionales, la lepra incaracterística o indeterminada y la lepra borderline o intermediaria. Además, existen unas formas reaccionales, destacando, como más frecuente, las leprorreacciones, incluídas en la evolución de la lepra lepromatosa. La frecuencia depende de cada país y de cada región, en general, las más frecuentes son las polares, tuberculoide y lepromatosa.

¿Cuáles son los síntomas más habituales con los que se manifiesta la enfermedad?

En la **lepra incaracterística:** 1) Lesiones cutáneas: a) Máculas o manchas rojizas o blanquecinas. b) Pérdida de pelo en las máculas. c) Pérdida parcial o total de la sudoración. 2) Lesiones neurales: a) Disminución de la sensibilidad (hipoestesia-anestesia). b) Alteraciones vasculares (dermografismo incompleto).

En los casos de **lepra tuberculoide**: 1) Lesiones cutáneas: a) Lesiones nodulares. b) Placas rojizas oscuras, con borde externo bien delimitado y borde interno mal delimitado. 2) Lesiones neurológicas: a) Alteraciones sensitivas (neuritis, dolor intenso, calambres, anestesia). b) Alteraciones motoras, afectando sobre todo a los nervios cubital (mano de predicador, mediano (mano en garra o de simio), radial (mano caída o péndula), ciático poplíteo interno (pie en garra), ciático poplíteo externo (pie caído) y facial (imposibilidad de cerrar totalmente los ojos, desviación de la boca). 3) Alteraciones tróficas, secuelas de las lesiones neurológicas: elefantiasis, linfedema, sequedad cutánea, mutilaciones de los dedos, mal perforante plantar.

En los casoso de **Lepra lepromatosa:** 1) Lesiones cutáneas: a) Manchas rojizas o blanquecinas. b) Lepromas (facies leonina y colérica). c) Infiltraciones, con aspecto de envejecimiento prematuro (facies mongoloide, manos hinchadas mixedematosas, infiltración en calcetín). d) Ulceraciones, sobre todo en miembros inferiores. 2) Lesiones neurológicas: Semejantes a las de la lepra tuberculoide, aunque menos intensas y de aparición más tardía. 3) Lesiones mucosas: nariz en trébol, voz afónica, conjuntivitis. 4) Lesiones anexiales (pelos y uñas): alopecia de pestañas, de cola de cejas o total (madarosis). Inflamación de uñas (onixis y perionixis). 5) Otras manifestaciones: adenopatías, lesiones oculares (queratitis, ceguera), lesiones óseas y articulares (osteoartritis, osteomielitis), hepatitis, esplenitis (inflamación del bazo), orquioepididimitis (inflamación del testículo y epidídimo), glomerulonefritis (la principal causa de muerte en los leprosos). 6) Reacción lepromatosa. Empeoramiento de la lepra lepromatosa, por motivos inmunológicos. Además de mal estado general con fiebre elevada, las lesiones presentes empeoran, aparecen otras nuevas y destaca un brote de bultos o nódulos en tronco y miembros (eritema nudoso leproso).

¿Cuál es la incidencia de la enfermedad actualmente?

La lepra la padecen dos veces más frecuentemente los hombres que las mujeres. Afecta a todas las razas y edades, pero la incidencia es mayor entre los 10-15 y entre los 30-60 años. En la década de los 90, se aceptaba un total de 11-15 millones de pacientes con lepra en el mundo. La India, con unos 4 millones, era el país con mayor prevalencia. En España, en la década de los 80, la estadística era de unos 5000 pacientes, destacando su presencia en Andalucía, Madrid y Barcelona.

Hoy día, estas cifras han disminuído significativamente en el mundo, en general y en España, en particular. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2000 el número de pacientes había disminuído aproximadamente a 600000 y en 2008 la prevalencia mundial era de 210000 pacientes, mientras que la incidencia era de 250000. En cuanto a España, en ese mismo año, el número total de prevalentes era de 75, con 10 nuevos enfermos.

En consecuencia, la lepra ha dejado de ser un problema sanitario en España, pero es de prever que, como consecuencia de la inmigración, sigan diagnosticándose nuevos casos.

¿A través de qué métodos se diagnostica la lepra?

Mediante los hallazgos en la exploración clínica, que acabamos de referir; Por el aislamiento microbiológico del bacilo de Hansen a partir de las lesiones cutáneo-mucosas (más específicamente de la cola de la ceja, el lóbulo de la oreja y el moco nasal); El test de Mitsuda o reacción de la lepromina (suspensión de bacilos de

Hansen muertos por el calor), reacción de inmunidad celular, semejante a la prueba de Mantoux en la tuberculosis, aunque se lee a las 3 semanas de administrar la lepromina; Por el estudio histológico, previa realización de biopsia cutánea.

El diagnóstico temprano ¿en qué medida puede evitar el desarrollo de la enfermedad?

El diagnóstico precoz de la lepra, sea cual sea la forma clínica, permite iniciar un tratamiento también precoz, con lo que se conseguiría una mayor efectividad en la respuesta terapéutica, que se expresaría frenando el desarrollo de la enfermedad y haciendo desaparecer totalmente las lesiones clínicas e histológicas, así como en una negativización de la bacteriológia y en un aumento de la respuesta inmunológica. El paciente no será ya contagioso y no habrá ningún problema desde los puntos de vista personal, familiar y social.

Una vez diagnosticada la patología, ¿qué tratamiento es el que debe seguir el paciente?

Los principales tratamientos utilizados por su mayor eficacia en la lepra, son: sulfona, clofazimina, rifampicina, corticoides y talidomida.
En los casos de **lepra paucibacilar** (con poca cantidad de bacilos): sulfona 50 mg/día-6 meses y rifampicina 600 mg, 1 vez/mes-6 meses. Cuando hablamos de **lepra multibacilar** (con gran cantidad de bacilos): sulfona 100 mg/día, clofacimina 300 mg, 1 vez/mes y 50 mg/día y rifampicina 600 mg, 1 vez/mes. El tratamiento tendrá una duración mínima de 2 años y, si es posible, hasta la negativización bacteriológica. Y en lo referente a **reacciones lepromatosas**: talidomida 300-600 mg/día, disminuyendo paulatinamente hasta 50-100 mg/día, manteniendo hasta desaparición de la reacción. Si no es posible talidomida, se administrará prednisona 40-60 mg/día, descendiendo hasta dosis de mantenimiento de 5 mg/día.

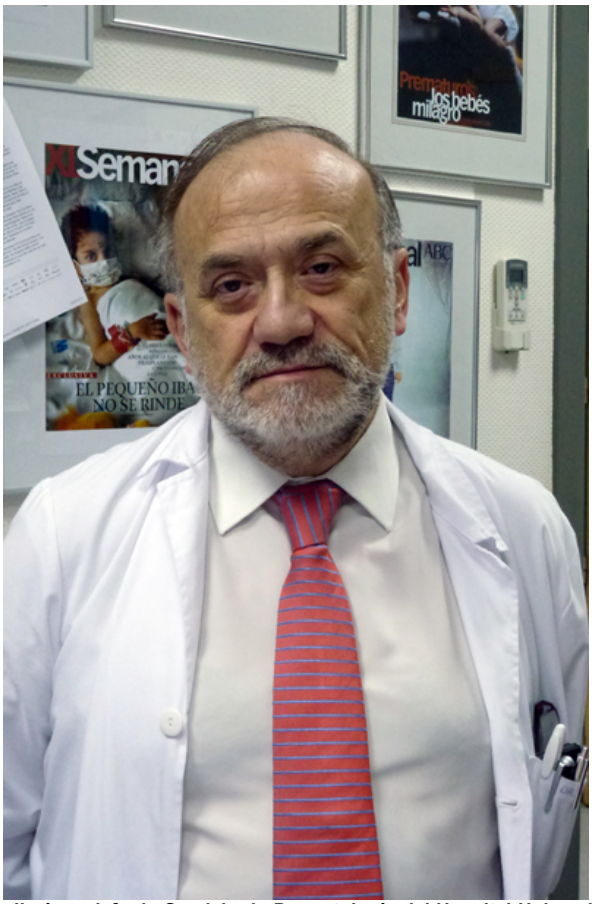
¿Es posible prevenir la lepra?

Actualmente no existe un procedimiento eficaz confirmado de inmunoterapia pasiva en la lepra. Por otra parte, también sigue sin haber una vacuna específica, por lo menos con una actividad plena. Se ha utilizado la BCG, con conversión de Mitsuda de negativo a positivo después de su administración, pero los resultados son muy variables, con protección desigual de la población sana. La combinación de BCG + bacilo leproso muerto, no ha superado a la BCG sola. Se están ensayando vacunas mediante técnicas de biología molecular y anticuerpos monoclonales.

¿Qué pronóstico presenta la enfermedad hoy en día?

La lepra era incurable, con alta morbilidad y mortalidad, previamente a la aparición de la sulfona y la multiterapia. Hoy día, el pronóstico de la lepra ha dado un vuelco positivo, con franca disminución de prevalencia e incidencia, y no sólo en los países del primer mundo,. Sin embargo, aún las leprorreacciones pueden empeorar el pronóstico, alargando la curación a pesar de un correcto tratamiento. Lo que mejorará definitivamente el pronóstico será la consecución de una vacuna específica activa.

Entrevista realizada por HBakkali



Doctor Mariano Casado Jiménez, jefe de Servicio de Dermatología del Hospital Universitario La Paz de Madrid

grupo cts
LABJOR
CSIC
Consejo Superior de Investigaciones Científicas
OEI
JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE ECONOMÍA, INNOVACIÓN, CIENCIA Y EMPLEO
sinc
La ciencia es noticia
Agencia CyTA
INVESTIGACION y DESARROLLO ID

asenmac

Entrevista con el Dr. Miguel Angel Asenjo Sebastián: Gestión diaria del hospital

Twittear
facebook

Por HBakkali
Catedrático, doctor en medicina, profesor emérito de la Universidad de Barcelona (UB), asesor científico del Instituto de Formación continuada (IL3) de la UB y Ex Director del Hospital Clinic de Barcelona. El Dr. Miguel Angel Asenjo Sebastián, inició su actividad gestora en 1965 como Director–Gerente de los Hospitales de la Diputación de Jaén. En 1968 en los de la Diputación de Asturias y en 1971 asumió la Dirección del Clínic de Barcelona donde ejerció como Director Técnico y profesor de la Facultad de Medicina desde 1984 hasta 2010.

Autor de varias monografías, su nombre firma más de 400 artículos científicos, nacionales e internacionales. Sobre su última obra **Gestión Diaria del Hospital**, editado por Elsevier y sobre cuáles son las principales las claves para conseguir un modelo sanitario eficaz y eficiente en un panorama marcado por la crisis, nos responde el **Dr. Miguel Ángel Asenjo.**

¿Cuáles han sido los avances más importantes del sistema sanitario español en los últimos años?

Seguramente, proporcionar atención sanitaria solidaria, sufragada por impuestos, a toda la población con un nivel de calidad excelente y con una eficiencia considerable.

¿En qué momento estamos?

Está en una difícil encrucijada porque la población no quiere que le suban los impuestos, tampoco quieren que se reduzcan los servicios sanitarios ni la calidad de ellos, tampoco pagar tasas al recibirlos. Los profesionales no aceptan reducir su sueldo y la Unión Europea (UE) nos obliga a reducir el déficit. Sólo queda profesionalizar al máximo la gestión para aumentar la eficiencia evaluando si cada euro empleado lo es de la forma más adecuada.

En su obra "Gestión diaria de un hospital" analiza cuáles son los principales retos y prioridades en la gestión hospitalaria, ¿podría indicarme qué claves deben regir la gestión diaria de un hospital para que ésta sea eficaz y eficiente?

La primera es evaluación, la segunda es evaluación y la tercera es evaluación. El hospital es la institución de mayor interacción social existente y la evaluación es una actividad muy técnica, muy compleja, escasamente utilizada y totalmente necesaria. Cada profesional debe ser reconocido de acuerdo con su aportación. El contribuyente tiene derecho a saberlo y el gestor sanitario la obligación de evaluarlo

¿Qué características diferencian a la empresa hospitalaria de otras empresas?

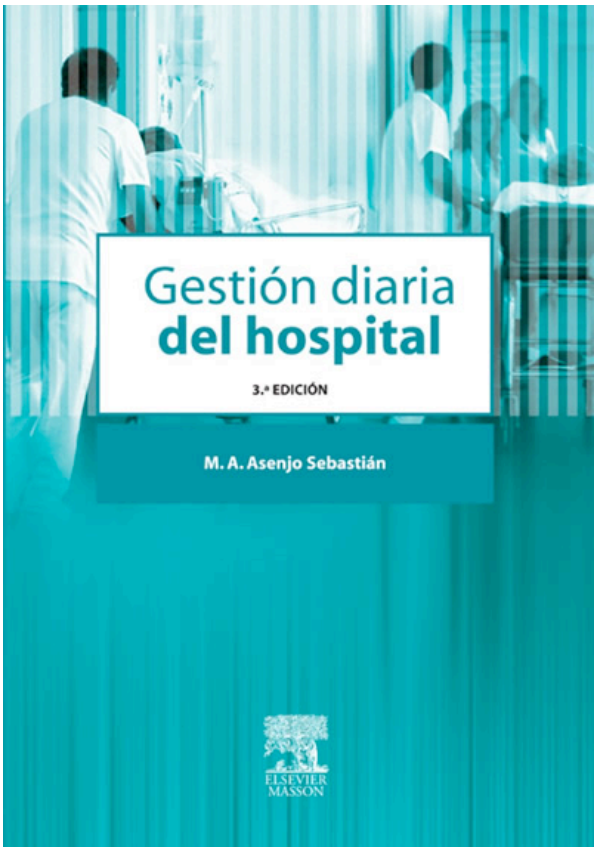
La fundamental es que la actividad y la calidad son simultáneas y coinciden en el acto asistencial. No son bienes o servicios que se almacenan para entregar cuando el individuo lo necesite. Además, los posibles errores pueden tener unas consecuencias nefastas e irreparables. Felizmente, y para tranquilidad de los posibles enfermos, los profesionales médicos desde mucho antes de ejercer como tales son de una autoexigencia y responsabilidad admirables. Son los mejores en la Selectividad, luego opositan en el MIR, después concursan para ejercer y ascienden por méritos objetivamente evaluados.

En estos momentos en los que la privatización asume el protagonismo en sanidad, ¿qué principales retos se plantean para la gestión hospitalaria? ¿Cuáles son las principales dificultades a la hora de asumir esa gestión?

Aquí como en casi todas las actividades humanas la c va antes de la p es decir que la actitud precede a la aptitud. La sanidad en España mueve 90.000 millones de euros anuales y hay que obtener el máximo rendimiento de esa enorme cantidad sin dejar de vigilar las ambiciones de posibles grupos especuladores. Insisto en la necesidad de la evaluación técnica objetiva y su permanente actualización. Debe actuarse sin prejuicios y decidir por lo más eficiente.

¿Cómo cree que será el modelo hospitalario a medio plazo (15-20 años)?

Me resulta casi imposible resumir la pregunta. Enumeraré las siguientes: separación de funciones, equipos y responsables, calificación y avales, soporte administrativo, sistemas de contabilidad, presupuestos realistas, cuenta de resultados, autonomía financiera, política de personal, sistemas de información, evaluación de resultados, auditorías constantes y participación del cliente.


Gestión diaria
del hospital
3.ª EDICIÓN
M. A. Asenjo Sebastián
ELSEVIER
MASSON

Inicio

Dr. Miguel Martín: “Debemos evitar el uso metafórico de la palabra cáncer con connotaciones negativas”

Twittear facebook

Día Mundial Contra el Cáncer | 2014
«Actualmente, en los países desarrollados se curan más del 60% de los cánceres graves»
«La confianza del paciente y de su familia en el médico es fundamental para alcanzar los objetivos que se planean con el tratamiento y sólo se logra con una comunicación fluida y constante»
«Los tumores relacionados con el tabaco se prevendrían fácilmente erradicando su uso. Los tumores producidos por virus pueden prevenirse con vacunas. Los tumores de piel se pueden prevenir con una reducción de la exposición a la luz solar, especialmente en las horas punta y utilizando filtros solares. Esto es lo que se conoce como prevención primaria»

Dr. Miguel Martín, vicepresidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), presidente del Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM) y jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid

……..

¿Por qué la comunicación es tan importante en oncología?

El paciente tiene casi siempre incertidumbres, miedos y dudas que le generan una gran ansiedad, ya que el cáncer sigue considerándose una enfermedad con un alto potencial de letalidad. La duda causa mucho más daño que la realidad, por dura que ésta sea. En ocasiones el paciente no se decide a preguntar al médico, por varias razones, incluyendo el miedo a recibir una información desesperanzadora o por la impresión de que el médico no verá con buenos ojos sus preguntas. Lo más habitual, no obstante, es que tanto el paciente como la familia recaben una información detallada y ello exige un tiempo y unas circunstancias adecuadas que en ocasiones lamentablemente no existen. La confianza del paciente y de su familia en el médico es fundamental para alcanzar los objetivos que se planean con el tratamiento y sólo se logra con una comunicación fluida y constante.

Hablar de cáncer, ¿por qué resulta necesario normalizar este término?

El pensamiento popular tradicionalmente identificaba el cáncer con muerte, dolor, mutilaciones y tratamientos con fármacos muy tóxicos. Afortunadamente, esta concepción está cambiando para dar paso a otra mucho más optimista. Actualmente, en los países desarrollados se curan más del 60% de los cánceres graves, por lo que urge cambiar radicalmente esa percepción antigua y obsoleta del cáncer. Debemos evitar el uso metafórico de la palabra cáncer con connotaciones negativas.

Cuando a un paciente se le diagnostica cáncer, ¿cuáles son las principales dudas e las incertidumbres que le traslada al especialista?

Depende mucho del nivel cultural del paciente, de su edad, del tipo de tumor de que hablemos y de lo avanzado de la enfermedad. En general, la pregunta más habitual es la posibilidad de curación con el tratamiento que se le ofrece, en ocasiones complementada con la pregunta de si en otro centro puede existir un tratamiento más eficaz. Los efectos secundarios del tratamiento son otra de las preocupaciones habituales del paciente. La posibilidad de que el cáncer sea heredado por la descendencia es también una pregunta frecuente. Algunos pacientes tienen miedo a que se verbalice una situación que sospechan muy negativa para ellos y prefieren no preguntar demasiado. Las mujeres jóvenes suelen preguntar por los efectos del tratamiento sobre la fertilidad; sorprendentemente, los varones jóvenes lo hacen mucho menos.

Del cáncer, ¿qué se conoce y qué queda por conocer?

El cáncer no es una enfermedad única sino un conjunto de enfermedades, que tienen diferente biología, distinto tratamiento y muy diverso pronóstico. Por tanto, habría que analizar cada grupo mayor de cánceres por separado para contestar a la pregunta. En general, podemos hablar de algunos grupos de cánceres diferenciados:

1. **Cánceres asociados al tabaco**. La existencia de este grupo de cánceres es un ejemplo de la incongruencia de la sociedad actual. Sabemos con certeza que el tabaco no sólo causa numerosos tumores (cáncer de pulmón, vejiga, laringe, faringe, esófago, cavidad oral y otros) sino que además produce enfermedades cardiovasculares graves. El tabaco acorta la vida de las personas en una media de 10 años y es una causa conocida de absentismo laboral. Los costes sanitarios asociados al tabaco son enormes, mucho mayores que el dinero que el tabaco genera en forma de puestos de trabajo e impuestos. Sin embargo, seguimos permitiendo su cultivo, publicidad y consumo. La incidencia de enfermedades asociadas al tabaco (entre ellas los cánceres mencionados) caería drásticamente si se redujera significativamente el consumo de tabaco y éste es el camino a seguir para resolver el problema.

2. **Cánceres asociados a enfermedades virales**. El cáncer de cuello uterino y ciertos tipos de cáncer de la boca (asociados a infecciones por papilomavirus) así como el hepatocarcinoma (asociado a infecciones por virus de la hepatitis B) son buenos ejemplos. Estos tumores pueden prevenirse con vacunaciones masivas contra los citados virus.

3. **Cánceres hereditarios**: se conocen varios síndromes de cánceres hereditario, que se transmiten a la descendencia, como el de cáncer de mama-ovario, síndrome de Li-Fraumeni, poliposis colónica juvenil y otros. En estos cánceres, existen numerosas medidas capaces de aumentar la supervivencia, pero las familias deben ser identificadas y seguidas en Unidades de Consejo Genético Oncológico bien estructuradas.

4. **Tumores frecuentes no prevenibles**: es el caso del cáncer de mama, cáncer colorrectal y cáncer de próstata. En algunos de estos cánceres, las campañas de diagnóstico precoz han demostrado aumentar la supervivencia.
De la biología del cáncer aún desconocemos más de lo que conocemos y, sin embargo, somos capaces de curar un porcentaje relevante de casos, esencialmente por el medio un tanto primitivo de extirpar el tumor y quizás administrar después terapias un tanto inespecíficas. A medida que aumentan nuestros conocimientos sobre la biología de los diferentes cánceres, podemos diseñar tratamientos más refinados y reducir los daños que el tratamiento del cáncer causa al portador del mismo.

Desde el punto de vista de investigación oncológica, ¿qué medidas son las que más urgen?

La investigación en el cáncer es un largo proceso, que se inicia en la investigación básica y culmina en la investigación clínica en pacientes. Aunque existe un enorme esfuerzo internacional de investigación básica en el campo del cáncer, que se está traduciendo en avances continuos, los logros son proporcionales a la inversión

realizada, que continúa siendo insuficiente. En España, en particular, la inversión en investigación de la administración es escasa y debe ampliarse significativamente. Debería asimismo replantearse el tratamiento fiscal del mecenazgo en nuestro país, para que las compañías privadas y las personas económicamente pudientes pudieran beneficiarse más de deducciones fiscales por donaciones para proyectos de investigación. En lo que se refiere a la investigación clínica, en el momento actual está esencialmente liderada por las compañías farmacéuticas. Su labor es imprescindible para poder disponer de nuevos fármacos eficaces, pero está condicionada por intereses comerciales, legítimos pero condicionantes. En el pasado, la investigación clínica independiente (la denominada Academia) complementaba la investigación clínica de la industria farmacéutica intentando contestar a preguntas sin interés comercial para la industria pero de gran relevancia para los pacientes. Por desgracia, la legislación actual es tan restrictiva que ha reducido la investigación académica a un mínimo, ya que exige aportaciones que los investigadores independientes no están capacitados para asumir. El resultado es que sólo se hacen los estudios clínicos que tienen interés comercial. A menudo, los medicamentos son ensayados en las indicaciones más propicias para la aprobación comercial, que no tiene por qué coincidir con la indicación en la que el fármaco puede ser más costo-efectivo. La Administración debería darse cuenta de que la promoción de estudios académicos llevaría a un mejor uso de los fármacos y, finalmente, a un ahorro de dinero público y debería facilitar la realización de estudios académicos bien fundamentados.

Si hablamos de prevención, ¿qué tumores son los que podemos prevenir y con qué medidas?

Los tumores relacionados con el tabaco se prevendrían fácilmente erradicando su uso. Los tumores producidos por virus pueden prevenirse con vacunas. Los tumores de piel se pueden prevenir con una reducción de la exposición a la luz solar, especialmente en las horas punta y utilizando filtros solares. Esto es lo que se conoce como prevención primaria. En un segundo nivel, algunos tumores, como el cáncer de mama, pueden prevenirse en las mujeres de alto riesgo mediante medicamentos de acción antiestrogénica. Finalmente, la prevención secundaria o diagnóstico precoz de algunos cánceres mediante campañas de cribado diagnóstico en personas sanas, es otra forma de reducir la mortalidad por cáncer. Es el caso de los cánceres de mama (mediante mamografías periódicas a partir de los 50 años), colorrecto (mediante tests de sangre oculta en heces y colonoscopia) y cuello uterino (mediante colposcopia y citología).

Entrevista realizada por HBakkali

Dr. Miguel Martín, vicepresidente de SEOM, presidente de GEICAM y jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Gregorio Marañón

4 de febrero - Día Mundial Contra el Cáncer

Con motivo de la celebración el próximo día 4 de abril del Día Mundial del Cáncer desde la Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura vamos a celebrar un encuentro digital con el **Dr. Jaime Feliú**, Jefe del Servicio de Oncología del **Hospital La Paz** de Madrid (España).
Les invitamos a compartir este enlace y formular sus preguntas que serán respondidas por el doctor el mismo 4 de febrero.
Con ello reforzamos nuestra información sobre salud que ocupa un espacio privilegiado en nuestros servicios de noticias sobre ciencia y tecnología

Envía tus preguntas [+]

grupo cts
LABJOR
CSIC
Consejo Superior de Investigaciones Científicas
OEI
Junta de Andalucía
Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo
sinc
La ciencia es noticia
Agencia CyTA
Investigación y Desarrollo
ID

asenmac

Dr. Pere Gascón: “Nos encontramos en un momento muy importante en la lucha contra el cáncer”

Twittear facebook

10º Simposio Internacional de Oncología Traslacional
«Somos testigos de una verdadera revolución en el campo del conocimiento y del tratamiento del cáncer. El cáncer son 200 enfermedades y no sería correcto que dijéramos que vamos a curar o a eliminar la enfermedad de la faz de la tierra. Lo que sí ya podemos decir es que en los próximos 5-10 años vamos a ver una verdadera revolución en los tratamientos del cáncer y en sus resultados»

Dr. Pere Gascón, Jefe del Servicio de Oncología del Hospital Clinic de Barcelona

.....

La ciudad de Barcelona ha acogido con gran éxito el 10º Simposio Internacional de Oncología Traslacional celebrado los días 27 y 28 de marzo. Un encuentro que este año ha vuelto a reunir a algunos de los nombres más importantes de la oncología mundial. Una iniciativa única en España, cuyo organizador es el prestigioso oncólogo Pere Gascón, Jefe del Servicio de Oncología del Hospital Clinic de Barcelona, quien nos contesta a cómo y con qué expectativas surgió este encuentro.

Entrevista realizada por HBakkali

.....

¿Cómo ha cambiado la oncología a lo largo de estos últimos diez años?

Pues de una manera que hubiera sido imposible de predecir hace diez años. Lo comentaba en mi discurso de inauguración y en el acto de clausura del Simposio: Hace 10 años hablamos de microambiente tumoral, de la célula madre tumoral, de angiogénesis, de la aplicación de la genética en el cáncer, hablamos de algo que estaba en sus incicios como adivinando un futuro potencial pero del que desconocíamos como evolucionaría. Pues bien, aquello de lo que hablamos hace 10 años de una manera tímida y poco convincente es hoy en día una realidad. El microambiente o el efecto que hacen las células que rodean al cáncer sobre éste es importantísimo. El entorno del tumor modifica el comportamiento de éste y por ello ya se están diseñando fármacos que ataquen no a las células cancerosas sino a las células del entorno tumoral. El concepto de célula madre tumopral que explicaría el porque los tumores tienden a recaer después de en teoría ser “eliminados” del cuerpo. El papel de las firmas genéticas que nos han permitido identificar 10 tipos de cáncer de mama, hecho que en el futuro nos permitirá identificar a las mujeres que no necesitan ni quimioterapia de las que si la necesitan o que mejor se incluyan en algún ensayo clínico innovador. Ya podemos identificar a respondedores y no respondedores entre nuestros pacientes, mediante estudios genéticos que muestran determinadas mutaciones genéticas. Hace dos años la aparición a lo grande de la llamada inmunotrapia. Por primera vez hemos podido obtener respuestas de larga duración, algunas ya llevan 4 y 5 años de supervivencia en cánceres muy agresivos como es el melanoma maligno (piel) o el cáncer de pulmón o el renal. Pues bien, ya disponemos de unos 5 fármacos que administrados a pacientes con estadíos muy avanzados, metastáticos, cuyo esperanza de vida se cifraba en pocos meses y en más de un 25 % obtenemos respuestas de años. Algo impensable tan solo hace 5 años.

Usted ha sido el impulsor de este encuentro sobre Oncología Traslacional que cada año concentra a los mejores especialistas en oncología de todo el mundo, ¿cómo surgió la idea? ¿Con qué expectativas nació?

Yo acababa de regresar de los Estados Unidos después de 24 años trabajando e investigando allí y se me aconsejó que en España todo jefe de Servicio tiene su propio Simposio. Yo que llegué bastante despistado de esta “cultura” nacional me pareció extraño ya que en los EE.UU no existe tal cosa. Pero como dice la expresión “alli donde fueres haz lo que vieres”, tuve que pansar en organizar mi Simposio. Obviamente, no quería repetir nada de lo que ya se hacía en España y como yo siempre he trabajado en los EE.UU. en el laboratorio haciendo investigación tanto traslacional como clínica, aparte de mis resposabilidades asistenciales con mis pacientes, me pareció oportuno introducir en España un Simposio único pero con mucho futuro y así ha sido. Al principio pensarían de mi que era un tipo raro con temas poco conocidos, incluso me ha llegado que algunos de mis colegas, ahora grandes amigos míos, me llamaban el “médico microambiente” por lo mucho que introducía este concepto en todas mis conferencia o discusiones. Pero a medida que hicimos el segundo y el tercero, la gente empezó a darse cuenta que el futuro de la oncología pasa por la traslacional, verdadero puente entre la básica y la clínica. Sin ella, los decubrimiento tardarían muchísimos años más en aparecer. La traslacional al mezclar investigadores básicos y clínicos permite ir directamente al meollo del problema y solucionarlo con la visión de los dos campos. Este año que celebramos el décimo aniversario, puedo confesarle que no me hubiera imaginado este éxito, y lo que es más importante, hemos ya fidelizado a un grupo numeroso de médicos y biólogos contando con una audiencia constante de entre 150 a 200 participantes. Muchos de los especialistas extraordinarios en sus campos que invito al ver la relación de investigadores, científicos y clínicos que han pasado en los distintos años del Simposio aceptan participar sin ningún titubeo. Se trata de un Simposio ya consolidado, de alto nivel cuya mayor garantía es la calidad de los ponente. Único en España.

¿En qué momento estamos de la lucha contra el cáncer?

Nos encontramos en un momento muy importante en la lucha contra el cáncer. Somos testigos de una verdadera revolución en el campo del conocimiento y del tratamiento del cáncer. El cáncer son 200 enfermedades y no sería correcto que dijéramos que vamos a curar o a eliminar la enfermedad de la faz de la tierra. Lo que sí ya podemos decir es que en los próximos 5-10 años vamos a ver una verdadera revolución en los tratamientos del cáncer y en sus resultados. El **cáncer de mama** ya es curable en los países industrializados en un 80% de los casos, el cáncer de colon metatático que tenía una esperanza de vida de no más de 6 meses, hablamos hoy en dia de casi 3 años de supervivencia, lo mismo del melanoma maligno que ha pasado de tener una esperanza de vida de meses a una esperanza de vida de años. Esto que ahora lo vemos a cuentagotas será ya una realidad en un futuro no muy lejano.Todo ello, fruto de los avances en investigacion de las tres últimas décadas.

¿Es posible la prevención de esta enfermedad?

Sí hasta cierto punto. En un tipo de cánceres sin duda alguna. Son aquellos a los que ya conocemos el agente causante. El **cáncer de cérvix de útero** causado por el papiloma virus humano mediante la **vacuna contra el virus** inicio de la adolescencia. El cáncer de hígado mediante la vacuna contra la **hepatitis**. El cáncer de estómago causado por el *Heliobacter Pylori* lo podemos prevenir detectando el microorganismo y tomando los antibióticos apropiados.

El **cáncer de pulmón** podríamos erradicar casi un 70 o más de los casos si se dejara de fumar, así de sencillo. El cuerpo es nuestro gran aliado. Desde que uno fuma su primer cigarrillo pueden pasar de 20 a 30 años hasta la aparición del cáncer de pulmón. O sea que no será por nuestro organismo, que tiene una capacidad reparadora inmensa pero, llega un día que el sistema sucumbe a tanta intoxicación y los sistemas de defensa del propio organismo ya dejan de funcionar.

Por último, se pude prevenir en los cánceres herditarios que representan alrededor de un 8% de todos los cánceres. Aquí la historia familiar es extremadamente importante. Si hay varios miembros de una misma familia con un tipo de cáncer, deben de informar a su médico ya que nos podríamos encontrar con un caso de cáncer hereditario. Aquí el consejo genético es imprescindible antes de tomar cualquier decisión terapeútica.

El Dr. Pere Gascón es actualmente Jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínic de Barcelona. Su trayectoria profesional y académica, pasa por una extensa formación científica y clínica en Estados Unidos, donde trabajó en la New York University Medical Center y en los National Institutes of Health de Bethesda. En 1984 se incorpora al cuerpo facultativo de la UMD-New Jersey Medical School como jefe de servicio de hematología-oncología. Y en 1992 obtiene la categoría de Full Profesor, la más alta dentro del mundo académico norteamericano. En 1995 es elegido Médico del Año del Estado de New Jersey por la American College of Physicians. Después de una estancia de 24 años repleta de éxitos en los Estados Unidos, regresa a España poniéndose al frente del Servicio de Oncología del Hospital Clinic de Barcelona.

En su extensa trayectoria, el Dr. Pere Gascón ha firmado más de 160 publicaciones peer review, además de múltiples revisiones y capítulos de libros. Siendo, asimismo, miembro de diferentes sociedades científicas, entre ellas la prestigiosa Alfa-Omega-Alfa Honor Society, única sociedad de honor en el campo de la Medicina en los Estados Unidos.

Maestría en Gestión Hospitalaria OnLine

13 de marzo de 2014
La Maestría está orientada a que los alumnos adquieran una visión global de la gestión hospitalaria, proporcionándoles herramientas y habilidades que les capacite para gestionar y dirigir los recursos humanos y los tecnológicos sobre los que descansa un hospital. Asimismo, a través de la Maestría, se aprende a hacer un uso racional de los procesos asistenciales y a trabajar en equipo en las distintas secciones y departamentos, todo ello aplicando los parámetros de calidad aplicables en la gestión hospitalaria.

Más información [+]

Dr. Pere Gascon: "El cáncer es un paréntesis, hay vida después del cáncer. Esa es la actitud que se debe tener"

Twittear
facebook

Día Mundial Contra el Cáncer | 2014
«Está demostrado que la depresión baja nuestros mecanismos de defensa. Deprimirse, no comer, aislarse, va en contra de uno y se da pie a que el cáncer tenga más recursos de actuación. Hay que poner todo de nuestra parte para mantener el mismo ritmo de vida y los mismos hábitos que antes de haber padecido la enfermedad»

Dr. Pere Gascón. Jefe del Servicio de Oncología del Hospital Clinic de Barcelona

.....

Sobre cáncer, ¿qué debemos saber?

Que se trata de una enfermedad que si no se diagnostica a tiempo puede ser grave, pero que si estamos bien informados y conocemos los síntomas que nos pueden alertar de ella, es un enfermedad que se cura. Hoy en día podemos curar el 57% y en cáncer de mama hasta un 80%.

Cuando hablamos de cáncer, ¿cómo nos planteamos el futuro?

Lo que hemos conseguido desde el año 2000-2001 es espectacular en algunos nuevos tratamientos, en diagnosis, etc. El ejemplo del cáncer de mama sería muy importante, lo que esta pasando en cáncer de mama es el futuro. Tenemos largos supervivientes, tenemos muchas enfermas a las que ya no se les realiza mastectomia, etc. Esto se traduce en que la calidad de vida cada vez es mejor. En melanoma también, que ha sido uno de los cánceres de peor pronostico junto con el de pulmón y páncreas, se han conseguido grandes avances, como supervivientes de 3 y 4 años, algo que era prácticamente imposible imaginar. Los avances que hemos visto en mama, en colon, en pulmón, en melanoma y en riñón nos indican hacia donde vamos a ir avanzando. Lo que ocurre es que los tumores más minoritarios, se aprovechan de los avances con más lentitud, porque son los últimos que entran en los ensayos clínicos. La inversión en investigación se hace de entrada en aquellos tumores más prevalentes y esos fármacos luego se prueban en otros cánceres minoritarios.

¿El camino es esperanzador?

El camino en la lucha contra el cáncer es esperanzador y, sin pecar de sensacionalista, podría decir que lo que va a pasar en los próximos 5-10 años va a ser revolucionario. El cambio está pasando a poca escala, lo que ocurre es que no queremos que se tenga una gran repercusión mediática para no generar falsas esperanzas en los enfermos, que es lo peor que se le puede dar.

La comunicación en oncología, ¿sigue siendo una asignatura pendiente?

Es una asignatura pendiente. Muchos la han aprendido sobre la marcha y otros por su propia personalidad tienen mayor grado de empatía y comunican con el paciente con mayor sensibilidad.

¿Cree que cambian los valores de una persona después del cáncer?

Muchos pacientes no se sienten igual. Creo que cualquier persona que esta ante una situación tan extrema puede cambiar. Cambia por que mucha gente lo puede ver como "tengo una oportunidad y quizás no tenga una segunda". Mucha gente cambia sus prioridades, muchos se vuelcan en la familia, etc. Sin embargo, es curioso que mucha gente que es fumadora antes del cáncer, retoma el hábito tras la enfermedad. Cosa que parece increíble, pero que se produce. El cáncer puede hacer que las prioridades cambien, que se reflexione sobre cosas importantes que solo cuando se han estado a punto de perder uno se da cuenta de los importantes que son.

¿Qué recomendaciones daría para quienes cuidan a los pacientes con cáncer?

Lo importante es estar informados y, a lo largo del proceso del tratamiento, hay que mantener una comunicación continua con los especialistas para analizar la situación del paciente en ese momento y en el futuro. Para que sepan que cambios pueden manifestar a nivel físico, a nivel emocional, etc. De esta manera, podrán prevenirlos. Lo mejor es conservar las relaciones con total normalidad. El cáncer es un paréntesis, hay vida después del cáncer. Esa es la actitud que se debe tener.

¿Por qué debemos hablar de cáncer con normalidad?

Cada vez hay más largos supervivientes. Hecho que nos permite hablar de cáncer con total normalidad, sin ningún tipo de tabú. Cuando se diagnostica un cáncer la actitud debe ser cargarse de batería, física y anímica para ganar la batalla a la enfermedad. Los largos supervivientes es una realidad cada vez más frecuente. Lo más común es que los pacientes se readapten a la vida normal.

Tras el diagnóstico de cáncer muchos pacientes padecen depresión, ¿qué les recomendaría?

Eso es lo peor que pueden hacer. Ante el diagnóstico de un cáncer es lógico que la persona sienta tristeza, todos los planteamientos vitales caen. Está demostrado que la depresión baja nuestros mecanismos de defensa. Deprimirse, no comer, aislarse, va en contra de uno y se da pie a que el cáncer tenga más recursos de actuación. Hay que poner todo de nuestra parte para mantener el mismo ritmo de vida y los mismo hábitos que antes de haber padecido la enfermedad. Evidentemente, hay cosas que se controlan y otras que no se controlan. No hay que preocuparse de las cosas que uno no controla. Hay que hacer vida normal, estar bien informado, hacer un seguimiento de la enfermedad y dejar que los profesionales hagan su trabajo. Pero lo más importante es reintegrarse cuanto antes en la rutina habitual. Y hacer una vida saludable, alimentarse bien, evitar el sedentarismo, no fumar, evitar el consumo de alcohol, descansar y dormir adecuadamente. Dormir es algo muy importante, nos estabiliza, ayuda al equilibrio, etc. El cerebro regula cada parcela de nuestro cuerpo, por eso, es necesario descansar, evitar las malas vibraciones, evitar el estrés.

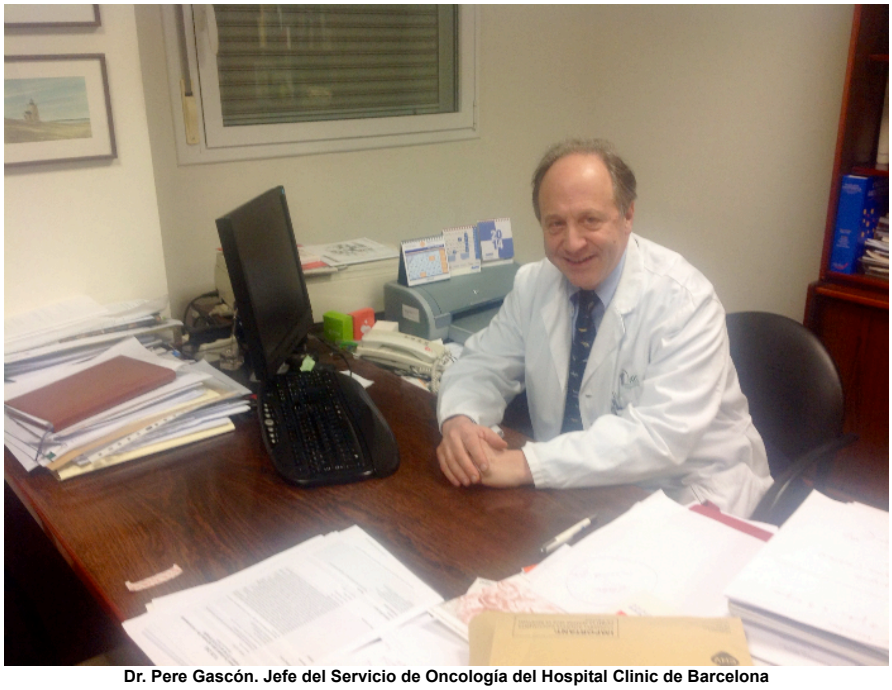
¿Por qué son importantes las asociaciones de pacientes oncológicos?

Son importantes para que la gente viva el problema de la oncología y sea más generosa a la hora de facilitarnos aquellas herramientas para atender mejor a los enfermos. Los especialistas somos devotos de nuestra profesión y podemos estar las horas que haga falta, pero lo que no es viable es que se atienda a los pacientes en diez minutos. Cada paciente requiere la máxima atención, cada enfermedad se gestiona de manera distinta.

Un mensaje para el Día Mundial Contra el Cáncer

Hay luz al final del túnel, y estamos cerca de llegar a la salida.

Entrevista realizada por HBakkali



Dr. Pere Gascón. Jefe del Servicio de Oncología del Hospital Clinic de Barcelona

Dr. Ramón Estruch: 'La prevención de muchas enfermedades neurológicas es seguir un patrón de alimentación saludable'

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
«(...) El consumo moderado del vino y cerveza reduce la mortalidad global y también la incidencia de enfermedades cardiovasculares»
«Con una dieta mediterránea "hipocalórica" se puede reducir el peso corporal y el perímetro de la cintura, pero también existe el riesgo de sufrir una complicación cardiovascular o un cáncer (...)»
«La dieta mediterránea tradicional reduce en un 30% la probabilidad de sufrir una complicación cardiovascular»
«No existe ninguna dieta milagro que haga perder peso de manera rápida y que no repercuta sobre la salud»
«Habría que diseñar campañas institucionales para "recordar" a la población cuál es nuestra dieta, dentro del estilo de vida mediterráneo, e incentivar su mantenimiento»

Recientemente ha publicado los resultados del estudio PREDIMED en la prestigiosa revista The New England Journal of Medicine, ¿en qué ha consistido dicho estudio?, ¿cuáles han sido las principales líneas de trabajo?

El estudio **PREDIMED** (**PREvención con Dieta MEditerránea**) tenía como objetivo demostrar, con el máximo nivel de evidencia científica, los efectos de la Dieta Mediterránea en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular. Para ello, se realizó un estudio de intervención nutricional de gran envergadura y con los mayores estándares de calidad científica, en el que **se incluyeron 7.447 sujetos con alto riesgo vascular** y que **fueron seguidos una media de casi 5 años**, para comprobar si los participantes que seguían una dieta mediterránea tradicional suplementada con aceite de oliva virgen extra o frutos secos presentaban una menor incidencia de complicaciones cardiovasculares mayores.

¿Qué resultados se han obtenido?

La principal conclusión del estudio es que un retorno a **la dieta mediterránea tradicional reduce en un 30% la probabilidad de sufrir una complicación cardiovascular (infarto de miocardio, accidente vascular cerebral o muerte de causa vascular)** en los pacientes con alto riesgo vascular, comparado con una dieta baja en todo tipo de grasa, que es la que suelen recomendar a este tipo de pacientes muchas sociedades científicas.

Cuando hablamos de dieta mediterránea, ¿a qué nos estamos refiriendo exactamente?

Nos referimos a la dieta propia de los años 60 en los países del alrededor del mar Mediterráneo. **La dieta mediterránea se caracteriza por un elevado consumo de aceite de oliva, fruta, verdura, frutos secos, cereales integrales, legumbres y pescado, junto a un bajo consumo de carne y derivados y también productos lácteos.** A ello también se añade un consumo moderado de vino, preferentemente, con las comidas. Se excluyen específicamente de esta dieta la bollería industrial, mantequillas y bebidas carbonatadas.

Enfermedades cardiovasculares y enfermedades neurodegenerativas, ¿cómo prevenirlas desde la alimentación?

La base de la prevención, pero también del primer escalón en **el tratamiento de muchas enfermedades como las cardiovasculares y las neurodegenerativas, es el seguimiento de unos hábitos de vida saludables, que incluyen principalmente una alimentación sana y la práctica frecuente de ejercicio físico.** En este aspecto, cada día se dispone de más evidencias científicas sobre el papel de la alimentación sana, como es la dieta mediterránea, en la prevención de estas y otras muchas enfermedades.

¿En qué medida pueden los alimentos ricos en polifenoles prevenir el Alzheimer?

Al igual que las enfermedades cardiovasculares, **la clave de la prevención de muchas enfermedades neurológicas es seguir un patrón de alimentación saludable como la dieta mediterránea**, pero cuando se analizan cuáles podrían ser los nutrientes claves de esta dieta aparecen los "**polifenoles**". Se trata de unos compuestos bioactivos que sintetizan muchas plantas para protegerse de las agresiones externas como el exceso de sol, falta de agua y también de infecciones y plagas. Ingeridos por el hombre, éste adquiere muchos de estos efectos protectores útiles para las plantas. En este contexto, en el estudio PREDIMED hemos podido comprobar que cuanto mayor es la ingesta de polifenoles con la dieta más se reduce la probabilidad de sufrir un deterioro cognitivo. Otros autores han ido más allá y observado que con la dieta mediterránea, que como se ha comentado es **una dieta muy rica en polifenoles, se evita o retrasa la aparición de la enfermedad de Alzheimer**.

El vino y la cerveza, ¿qué efectos positivos tienen sobre nuestra salud?

Tanto el vino como la cerveza, aparte del poco alcohol que contienen, son alimentos ricos en otros compuestos bioactivos como los polifenoles, en especial el vino tinto. Numerosos estudios ecológicos, epidemiológicos y clínicos han concluido que **el consumo moderado del vino y cerveza reduce la mortalidad global y también la incidencia de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades degenerativas entre otras.** Se trata, pues, de dos bebidas fermentadas ligadas a la dieta mediterránea, cuyo consumo moderado aporta muchos beneficios para la salud, pero, especialmente sobre el sistema cardiovascular.

La obesidad, ¿qué supone para el sistema sanitario español?

Junto a la diabetes, la obesidad es una de las epidemias del siglo XXI. A pesar de que nos creemos que en España disponemos de la mejor dieta del mundo, la dieta mediterránea, la realidad es my diferente, ya que estamos perdiendo la calidad de la dieta que heredamos de nuestros antepasados. Ello, unido a una reducción cada vez mayor de nuestra actividad física, explica que los índices de sobrepeso y obesidad vayan creciendo año tras año también en España. Existen muchas evidencias

de que **la obesidad va ligada al desarrollo de muchas enfermedades crónicas, por lo que se prevé que el impacto de esta epidemia sobre el gasto sanitario** ponga al límite al sistema sanitario español si no se toman la medidas adecuadas para atajarla.

Y en cuanto a la obesidad infantil en España, ¿cuál es la situación actualmente?, ¿cómo se puede prevenir?

La **situación de la obesidad infantil en España es todavía más alarmante ya que nos vamos aproximando a los índices de obesidad de los Estados Unidos** de América. El único modo de prevenir esta situación es volver a los hábitos de vida de nuestros abuelos, lógicamente adaptados al mundo actual. **Debemos volver a nuestra alimentación tradicional, la dieta mediterránea,** que incluye el consumo de los productos de nuestro entorno, el mantenimiento de los métodos de cocción clásicos de nuestras abuelas (como la cocina de "chup-chup" que por falta de tiempo estamos abandonando), y huir de las comidas preparadas, bollería industrial, bebidas carbonatadas y refrescos, importadas de otras culturas diferentes muy alejadas de la nuestra. Otro aspecto también muy importante es la reducción de ejercicio físico por los niños y adolescentes. **Cada vez gozamos de más "avances tecnológicos" que limitan los esfuerzos que debemos hacer en nuestra actividad diaria** (mandos a distancia, ascensores, escaleras mecánicas) **y también cambian nuestras actividades en tiempo de ocio** (televisión, internet, videojuegos). **La conclusión es que cada vez nos "movemos" menos y el resultado final es el incremento del peso corporal y, lo que es más grave, el perímetro abdominal,** que es un índice de medida de la obesidad visceral.

La obsesión por los kilos hace que cada día proliferen nuevas dietas, una de las más conocidas es la protéica, ¿en qué consiste realmente? ¿es tan milagrosa como nos hacen creer?

Las dietas hiperproteicas han adquirido gran popularidad ya que los sujetos pierden rápidamente peso, sin pasar hambre. **A priori, parecería una dieta ideal para reducir peso, el problema es que al tratarse de una dieta desequilibrada no debe mantenerse en el tiempo, lo que limita su eficacia.** Además, **algunos sujetos presentan alteraciones metabólicas muy llamativas, como por ejemplo grandes aumentos de ácido úrico,** que te advierten de la prudencia y cuidado que deben tenerse con este tipo de dietas. **Deberíamos basar nuestra dieta en una alimentación sana (y contrastada en el tiempo) como es la dieta mediterránea.** Debemos huir de mitos como que "una caloría es una caloría" y pensar a mediano y largo plazo. La vida es mucho más larga que una maratón y, a pesar de ello, sólo pensamos en "carreras de 100 mts".

Perder peso de manera rápida y sin que afecte a la salud con las llamadas dietas milagro o dietas express, ¿es esto posible?

Sabemos que no existe ninguna dieta milagro que haga perder peso de manera rápida y que no repercuta sobre la salud. Cuando uno observa la gran cantidad de "dietas" en el mercado, es fácil darse cuenta de que no hay ninguna realmente eficaz. El problema es que ahora lo queremos todo rápido y sin esfuerzo. La clave para evitar y tratar la obesidad está en nuestra dieta, la dieta mediterránea. **En el estudio PREDIMED hemos comprobado que los sujetos que seguían una dieta mediterránea (sin restricción calórica), a pesar de consumir alimentos ricos en energía como el aceite de oliva o los frutos secos, perdían peso y mantenían esta pérdida a largo plazo (cinco años).** En cambio, los que seguían una dieta baja en grasas, a pesar de ingerir un número menor de calorías, perdieron menos peso. Así, pues, la clave no está no sólo en la cantidad de calorías ingeridas, sino también el tipo de alimento y el patrón en el que los incluimos.

Si queremos perder peso y no recuperarlo, ¿qué debemos hacer?

La base para mantener un peso "ideal" es mantener una dieta sana y equilibrada como la dieta mediterránea, que ha demostrado a lo largo de siglos que es una dieta saludable que no conlleva patologías asociadas. Para perder peso y mantenerlo deberíamos iniciar una dieta mediterránea "hipocalórica", junto a un programa de actividad física. **Con una dieta mediterránea "hipocalórica" se puede reducir el peso corporal y el perímetro de la cintura, pero también existe el riesgo de sufrir una complicación cardiovascular o un cáncer. Esto es lo que queremos demostrar con un nuevo estudio que hemos denominado "PREDIMED+"** y que vamos a iniciar próximamente bajo el auspicio del CIBER de Obesidad y Nutrición, organismos perteneciente al Instituto de Salud Carlos III de Madrid.

Actualmente, ¿cómo son los hábitos alimenticios en España y cuáles sus consecuencias directas para la salud?

Existen numerosos estudios que demuestran que **en España se están perdiendo los hábitos alimentarios tradicionalmente mediterráneos** al incorporar "costumbres de otros países occidentales" especialmente de los Estados Unidos de América, que sabemos que no son saludables. **Ello explica el notable aumento de nuestros índices de obesidad, especialmente en la población infantil.** Si no nos tomamos en serio esta progresiva pérdida de nuestro estilo de vida **en los próximos años observaremos una reducción de nuestra longevidad y un incremento de las enfermedades más prevalentes como son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer.** Estamos a tiempo de poner remedio. En el estudio PREDIMED hemos comprobado que es posible re-educar a la población, incluso a los de mayor edad, para volver a nuestros hábitos de vida más tradicionales y, con ello, reducir el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares.

¿Cuáles deberían ser las claves del éxito para adquirir unos hábitos alimenticios saludables? ¿Cree que es necesaria una mayor y mejor educación para la salud que fomente dichos hábitos?

Antes de adquirir unos hábitos saludables, deberíamos replantearnos no perder los buenos hábitos que todavía mantenemos en los países mediterráneos. **Habría que diseñar campañas institucionales para "recordar" a la población cuál es nuestra dieta, dentro del estilo de vida mediterráneo e incentivar su mantenimiento.** Así, por ejemplo, debería darse un poco más de tiempo a empresas y particulares para poder disfrutar de la comida, y también favorecer el consumo de los alimentos mediterráneos con una adecuada política de precios, que abaratara los más saludables y gravara los más perjudiciales, por ejemplo, bollería industrial, fast food y refrescos no saludables. **También debería potenciarse en administraciones y empresas el ejercicio físico de sus trabajadores.** Por otra parte, en un diseño de una estrategia a más largo plazo, el objetivo debería ser una adecuada educación de niños y jóvenes. **Tal vez, debería incluirse en el curriculum una asignatura sobre hábitos de vidas saludables y enseñar a cocinar y comer sano a todos los alumnos.** Seguramente, educando a los hijos en los buenos hábitos, acabemos educando también a sus padres y abuelos.

Enlaces de interés

La dieta mediterránea puede reducir en un 30% el riesgo de infarto e ictus

PREDIMED. Prevención con Dieta Mediterránea

Inicio

Pedro Macías Marín del Río: "La higiene es necesaria para una alimentación saludable, pero es necesario partir de productos saludables"

28 de enero de 2017

Twittear facebook

«Un alimento manipulado de forma incorrecta, nos puede llevar a la enfermedad e incluso a la muerte. Afortunadamente, las defensas del organismo, nos ayudan a evitar los perjuicios que se podrían presentar por esa incorrecta manipulación»

Entrevista de **HBakkali** para **IBERDIVULGA**.

¿Qué entendemos por manipulación alimentaria?

El conjunto de actos realizados en el alimento, desde la producción primaria hasta llegar a la mesa del consumidor.

¿Qué formas de manipulación alimentaria existen?

Dependiendo del punto de vista de la manipulación, podríamos decir que positiva si va encaminada a conseguir una buena calidad del alimento y negativa, si se encamina a conseguir otros fines distintos al bien del consumidor. A su vez, la positiva, se podría dividir en correcta e incorrecta, según se cumpla el fin deseado o no se cumpla.

¿Cuál es la más común?

La positiva correcta, aunque haya, por ignorancia o negligencia algunos casos incorrectos, que aunque pocos, suelen saltar a la opinión pública. La negativa, afortunadamente, es escasa y perseguida por la ley, ya que lo que busca es el beneficio por encima del bien común.

¿Cómo puede influir la manipulación de los alimentos en nuestra salud?

De una forma total. Un alimento manipulado de forma incorrecta, nos puede llevar a la enfermedad e incluso a la muerte. Afortunadamente, las defensas del organismo, nos ayudan a evitar los perjuicios que se podrían presentar por esa incorrecta manipulación.

¿A qué posibles contaminaciones están expuestos los alimentos? ¿Cuáles son las más comunes en nuestro entorno? ¿Cuáles son las más perjudiciales para nuestra salud?

Prácticamente en su totalidad, las contaminaciones de los alimentos son de origen físico, químico, y biológico (parasitario, vírico y bacteriológico).

En países subdesarrollados, las contaminaciones parasitarias, tienen gran importancia. En nuestro entorno, el predominio claro, corresponde a las bacterias y dentro de ellas Campylobacter jejuni, Salmonella (Salmonella typhi, Salmonella paratyphi, Salmonella typhimurium y Salmonella enteritidis). Escherichia coli, Clostridium botulinum, Clostridium perfringens, Staphylococcus aureus, Bacillus cereus.

La gravedad de la intoxicación, no sólo depende del germen responsable, sino que en la mayor parte de las intoxicaciones, depende del estado sanitario e inmune del afectado. No tiene la misma evolución en un niño, un anciano o una persona enferma, que en un joven atleta de 25 años.

En nuestro día a día, ¿qué precauciones debemos tener en cuenta a la hora de manipular los alimentos? Por ejemplo, a la hora de comprar los alimentos o de cocinarlos.

Ante todo, evitar comprar alimentos de origen dudoso, ya que podrían no haber pasado los controles sanitarios necesarios. Evitar la ruptura de la cadena de frío, hasta llegar a casa. Comprobar la fecha de caducidad o consumo preferente. No adquirir alimentos expuestos de forma incorrecta (a temperatura inadecuada o sin protección correcta frente a otros consumidores o a los insectos), o si observamos malas prácticas por parte del manipulador que nos despacha. En caso de pescados, observar el brillo de los ojos, el color vivo de las agallas, el olor y que esté entre hielo. Los envases, que estén siempre sin romper. Las latas de conserva, que no presenten abolladuras, no estén hinchadas ni oxidadas o presenten resudados que indicarían que hay una soldadura incorrecta. Al llegar a casa, los alimentos que necesiten frío, inmediatamente al frigorífico.

Para una correcta manipulación, nos lavaremos siempre muy bien las manos y antebrazos antes de tocar los alimentos y evitaremos las contaminaciones cruzadas desde las tablas de cortar, cuchillos, recipientes, paños y las manos.
Debemos evitar dejar los alimentos largo tiempo a temperatura ambiente antes y después de cocinarlos.

¿Qué pautas deberíamos seguir para conservar bien los alimentos en casa?

A nivel doméstico, conservamos los alimentos a una temperatura a la que no sea posible el desarrollo de las bacterias patógenas, por tanto, debemos conservar en frío (2-4ºc) o en calor (a mas de 65 ºc).

En el frigorífico, siempre los alimentos listos para su consumo, en un nivel superior al de las materias primas y siempre protegidos.

Si decidimos congelar alimentos, debemos identificarlos y poner la fecha de congelación. En el congelador, evitaremos las oscilaciones de temperatura, para lo cual, procuraremos acceder a él, solamente en caso necesario y cerrarlo inmediatamente. El tiempo de conservación en congelador, depende de las características del aparato.

¿Hay alimentos que debemos tener mayor precaución con su adquisición y con su conservación? ¿De cuáles se trataría?

Evidentemente, hay unos alimentos más peligrosos que otros, en función de la contaminación que puedan sufrir y así, dentro de los alimentos crudos, podemos decir que el pescado ocuparía el primer lugar, seguido de carnes y huevos. Los frutos secos, se podrían poner como los más seguros, siempre que se consuman en un tiempo prudencial. En alimentos preparados, los menos seguros, son aquellos derivados del huevo, que no han sido sometidos a altas temperaturas y las carnes y pescados, sobre todo en salsa, que no hayan sido conservados correctamente después de su cocinado.

¿Qué diferencias existen entre los conceptos de "consumo preferente" y "la fecha de caducidad" de un alimento?

El "consumo preferente", nos indica que a partir de la fecha indicada, puede tener alterado algún carácter organoléptico, pero esa alteración no es perjudicial para la salud. Ejemplo de consumo preferente sería una lata de conserva.

¿A qué nos referimos cuando hablamos de intolerancia alimenticia y alergia a un alimento? ¿Cómo puede influir la manipulación de los alimentos con intolerancias y alergias a determinados alimentos?

Por intolerancia a un alimento, entendemos la dificultad o incapacidad del organismo para digerirlo correctamente, mientras que por alergia, entendemos el rechazo que por el sistema inmunitario existe hacia un alimento o alguno de sus componentes. Así, la intolerancia, nos crearía un problema de aprovechamiento del alimento, con posible modificación de la velocidad de paso por el intestino, mientras que la alergia, debido al rechazo y agrandado por la exposición anterior a ese alimento, podría llegar a tener consecuencias fatales.

La legislación, exige que en el etiquetado de los alimentos, se resalten los componentes que puedan provocar alergia o intolerancia, de forma que el consumidor sensible a ellos, pueda identificar con rapidez su presencia en ese producto.

El manipulador debe tener cuidado, para evitar que durante los procesos de preparación de los alimentos, estas productos perjudiciales para el consumidor al que van destinados, entren a formar parte del alimento final.

Podemos concluir que la higiene es la base de una alimentación saludable.

La higiene, es necesaria para una alimentación saludable, pero es necesario partir de productos saludables y siempre, teniendo en cuenta la cantidad y variedad de alimentos ingerida. Por mucha higiene existente en la preparación de un hongo venenoso, es seguro que sufriremos un envenenamiento al ingerirlo. Igualmente, si no hay higiene en la preparación y conservación del más exquisito de los manjares, es casi seguro que enfermaremos tras su ingesta.

Pedro Macías Marín del Río es Licenciado en Veterinaria por la Universidad Complutense de Madrid y Diplomado en Sanidad. Comienza la actividad profesional en el laboratorio que la Escuela Nacional de Sanidad tenía en Talavera de la Reina, realizando análisis microbiológico de los alimentos de los comedores escolares de la comarca. Ha sido, entre otros cargos, Jefe del Distrito de Salud Pública.

Palabras clave:

- Alimentación
- Salud

Organizaçao dos Estados Ibero-americanos para a Educaçao, a Ciência e a Cultura
Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Divulgación y Cultura Científica Iberoamericana

Opinión | Reportajes | Noticias | Entrevistas

Dra. Ana Isabel de Cos Blanco: “Se afirma que el paciente obeso vive menos y vive peor”

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
«La obesidad presente en la infancia y en la adolescencia se asocia con un aumento de la mortalidad global»
«Debe actuarse de manera integral en colegios, centros de trabajo, comunidades, etc., promocionando y facilitando los cambios de hábitos de vida»
«La orientación básica en el tratamiento y prevención de la obesidad es la consecución de cambios favorables en el estilo de vida»

.....

La **obesidad es un problema de salud pública** importante **que cada día afecta a más individuos** e **incide en mayor medida en niños y jóvenes**. Pese a que el origen y el mantenimiento de la obesidad puede deberse a **causas multifactoriales**, los **hábitos de vida poco saludables**, **dietas descompensadas** y **sedentarismo** son algunas de las principales razones del aumento de esta patología. Sobre las **consecuencias directas de la obesidad** y la necesidad de **una mayor y mejor educación para la salud** para **fomentar su prevención** nos responde la **Dra. Ana Isabel de Cos Blanco, especialista del Servicio de Endocrinología del Hospital La Paz de Madrid.**

¿Cómo podríamos definir la palabra obesidad?

El término obesidad hace referencia a la presencia en el individuo de un acúmulo anormal o excesivo de grasa corporal que perjudica la salud.

¿Es lo mismo hablar de obesidad que hablar de sobrepeso?

No, el terreno de la obesidad es un terreno de enfermedad. El sobrepeso, nos alerta sobre el riesgo de desarrollar la obesidad, pero no supone el mismo riesgo para la salud.

¿A qué factores puede deberse la obesidad?

En la aparición y en el mantenimiento de la obesidad están implicados múltiples factores, tanto biológicos (genéticos, enfermedades endocrinas, fármacos…) como ambientales, relacionados con el “estilo de vida” occidental.
En la mayor parte de los obesos, una ingesta calórica excesiva y/o una actividad física reducida o vida sedentaria pueden conducir a un “balance energético positivo” que se traduzca en un aumento de los depósitos de grasa corporal.

¿En cuánto se estima la incidencia de obesidad actualmente?

En España la prevalencia de obesidad tanto en población adulta como infantojuvenil está en aumento y es preocupante. Según los últimos datos disponible de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE 2011, la tasa de obesidad para los adultos españoles es del 19%, que nos sitúa por debajo de países como Estados Unidos (con una prevalencia de obesidad del 45%), pero en rango muy superior a otros países vecinos como Francia e Italia.

¿Qué enfermedades se asocian directamente a la obesidad?

El riesgo de asociar Diabetes tipo 2, alteraciones en los lípidos circulantes (colesterol y triglicéridos), hipertensión arterial, apnea del sueño, hígado graso y osteoartritis, entre otras, está aumentado en la obesidad. La sobrecarga mecánica que supone el exceso de peso y la actividad metabólica de un tejido graso acumulado en exceso, son responsables de las numerosas “comorbilidades” de la obesidad, en cuyo control es muy importante la disminución del peso y grasa corporal.

En cuanto a obesidad infantil y juvenil, ¿de qué datos podemos hablar?

Los estudios realizados en población infantil españolan alarman sobre la dimensión de la obesidad en nuestro país. Sobre un 16% de los niños y adolescentes presentan una obesidad vinculada a unos hábitos alimentarios no saludables y sedentarismo.

¿Se están incrementando las patologías asociadas a la obesidad entre los más jóvenes?

La obesidad presente en la infancia y en la adolescencia se asocia con un aumento de la mortalidad global y específicamente, con un incremento del riesgo cardiovascular y de diabetes mellitus en adultos de ambos sexos. Su prevención constituye, en el momento actual, un importante objetivo sanitario nacional.

¿Qué tratamientos existen para compartir esta enfermedad?

La orientación básica en el tratamiento y prevención de la obesidad es la consecución de cambios favorables en el estilo de vida. Una alimentación saludable hipocalórica, el aumento de la actividad física y modificaciones de la conducta que favorecen el desarrollo de la obesidad, constituye el abordaje más adecuado para esta enfermedad. Algún fármaco y técnicas de cirugía bariátrica pueden estar indicadas en casos muy específicos.

¿Cómo afecta la obesidad a la calidad de vida y a la esperanza de vida?

Se afirma que el paciente obeso vive menos y vive peor. La calidad de vida se resiente en la evolución a un mayor peso en el curso previsible de la obesidad, con limitación progresiva de la funcionalidad y de la capacidad para las actividades de la vida. La presencia de enfermedades asociadas y aumento del riesgo

cardiovascular afectan así mismo estas variables.

¿Qué medidas de prevención son las que más urgen?

Debe actuarse de manera integral en colegios, centros de trabajo, comunidades… promocionando y facilitando los cambios de hábitos de vida. Los medios de comunicación, el sector agrícola y del transporte, la industria alimentaria, los legisladores… son agentes necesarios para detener esta epidemia que compromete tanto la salud de la población.

¿Mayor educación para la salud es la gran asignatura pendiente en esta materia?

Por supuesto, la educación para la salud es básica e imprescindible para -desde el niño al adulto- poder elegir unas conductas de vida que preserven nuestra salud.

Enlaces de interés
Manual teórico-práctico sobre la obesidad

Dra. Ana Isabel de Cos Blanco
Servicio de Endocrinología del Hospital La Paz de Madrid

Inicio

Dra. Carmen Soria: “El tabaco es la principal causa de la EPOC”

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
«La prevalencia actual de la EPOC en España se encuentra entorno al 10% en la población de 40 a 80 años»
«El cese tabáquico es el mejor tratamiento etiológico del EPOC»
Algunos autores han concluido que incluso la exposición al humo del tabaco en la infancia también predispone a mayor riesgo de EPOC en la edad adulta»
«Es muy importante realizar una espirometría en fases iniciales de los síntomas para poder realizar un diagnóstico precoz de la enfermedad»

……

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una dolencia que actualmente no tiene cura y que la mayoría de los enfermos que la padecen no han sido diagnosticados, estimándose que alrededor del 40% de las personas con síntomas de EPOC nunca ha consultado al especialista por este motivo. Pese a no tener cura, hechos como abandonar el tabaco, llevar una vida saludable, realizar ejercicio físico moderado y cuidar la alimentación, pueden favorecer un mejor control de la enfermedad y, por lo tanto, mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Con motivo del Día Mundial de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, la doctora Carmen Soria, neumóloga de Xanit Hospital Internacional de Benalmádena, nos explica la relación de la EPOC con el tabaquismo y nos responde, entre otras cuestiones, a cuáles son las medidas de control de la enfermedad con las que se cuenta actualmente.

……

¿Qué población está en riesgo de padecer Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)?

Debe sospecharse la enfermedad en toda persona fumadora o exfumadora, mayor de 40 años, que presente síntomas respiratorios.

La prevalencia actual de la EPOC en España se encuentra entorno al 10% en la población de 40 a 80 años. Respecto al riesgo por sexos, se estima una prevalencia del 14% en hombres y 4% en mujeres, pero la tendencia actual es el aumento de la EPOC en mujeres debido a su incorporación en los últimos años al hábito tabáquico.

Hay que tener en cuenta que el incremento progresivo en mujeres y el mayor envejecimiento de la población hace prever un aumento de la EPOC en los próximos años.

¿Cuáles son los principales síntomas de esta enfermedad?

Inicialmente el paciente puede no tener síntomas relacionados pero, a medida que avance la enfermedad, comenzará a referir síntomas como aumento de tos, expectoración y sensación de ahogo. La tos suele ser el síntoma más inicial y la disnea el más importante.

¿Se agudiza la sintomatología con el paso del tiempo?

El ahogo o disnea se irán incrementando progresivamente hasta producir, en muchas ocasiones, síntomas que disminuyen claramente la calidad de vida del paciente. La disnea suele ser el síntoma más invalidante para el paciente EPOC. En el curso de esta enfermedad es habitual que el paciente sufra descompensaciones que agraven sus síntomas.

¿Cuál es la principal causa de esta enfermedad?

El tabaco es la principal causa de la EPOC**.** Las causas por las que el humo del cigarrillo conduce al desarrollo de la EPOC son múltiples y complejas**.** Aunque el tabaco es la causa fundamental, no es la única ya que respirar determinados humos en determinados casos o factores genéticos, como el déficit de alfa 1anti tripsina, puede favorecer o incluso causar una EPOC.

Los exfumadores, ¿disminuyen el riesgo de padecer EPOC? ¿En qué medida?

Hemos de tener en cuenta que el tabaco es el principal factor etiológico de la EPOC, por tanto, si desaparece, favorecemos que el desarrollo de la enfermedad vaya en aumento. Con esta medida no sólo conseguimos disminuir la pérdida de capacidad pulmonar sino que permite que los tratamientos para la EPOC sean más eficaces, mejorando así la calidad de vida del paciente. Conseguiremos así disminuir los síntomas, el desarrollo de infecciones y el número de exacerbaciones. En resumen, podemos concluir que el cese tabáquico es el mejor tratamiento etiológico de la EPOC.

¿Puede el tabaco predisponer a esta enfermedad también en fumadores pasivos?

El humo el del cigarrillo produce dos tipos de corrientes, una principal que aspira el fumador y pasa por el filtro, y la corriente secundaria que se produce por la combustión sin pasar por el filtro. El humo de la corriente secundaria es la que inhalan los fumadores pasivos. Diversos estudios han determinado que este humo, al no ser filtrado, contiene mayor número de sustancia perjudiciales, por lo tanto el fumador pasivo está sometido a riesgos similares al fumador. Algunos autores han concluido que incluso la exposición al humo del tabaco en la infancia también predispone a mayor riesgo de EPOC en la edad adulta.

Desde el punto de vista del diagnóstico, ¿qué principales dificultades pueden surgir?

A pesar de que la EPOC va en aumento, la mayoría no conocen la enfermedad ni las graves consecuencias que pueden producir en su salud. Se estima que alrededor del 40% de las personas con síntomas de EPOC no ha consultado al médico por estos problemas, por lo que la enfermedad no está diagnosticada y, por tanto, tratada.

Otra dificultad es, en ocasiones, saber discriminar entre asma y EPOC, siendo el carácter irreversible de la obstrucción al flujo aéreo, lo que define al EPOC y no al asma.
La sospecha clínica de EPOC debe ser confirmada con una espirometría forzada, siendo necesarias otras pruebas complementarias para realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías.

¿En qué fase de la enfermedad suele diagnosticarse la EPOC?

La EPOC suele diagnosticarse en fases avazadas, debido al desconocimiento de la población general de los síntomas y gravedad de la enfermedad. Los síntomas como la tos en ocasiones suelen achacarse únicamente al hábito tabáquico y el paciente consulta cuando comienza a sentir disnea. La disnea suele ser un síntoma más avanzado de la enfermedad. Es muy importante realizar una espirometría en fases iniciales de los síntomas para poder realizar un diagnóstico precoz de la enfermedad.

Padecer EPOC, ¿puede favorecer la aparición de otras complicaciones pulmonares?

Se ha descrito aumento de complicaciones pulmonares como aumento en la incidencia de neumonía e infección respiratoria. También se ha relacionado la EPOC con enfermedades cardiovasculares (mayor riesgo de angina e infarto) y con otras patologías sistémicas como osteoporosis, glaucoma o cataratas. Las principales causas de muertes en los estadios iniciales de la enfermedad son el cáncer broncogénico y cardiovasculares.

¿En qué medida es posible el control enfermedad.de la EPOC?

La EPOC es una enfermedad que actualmente no es curable pero que puede prevenirse y tratarse eficazmente. Debemos conseguir el máximo control de sus síntomas, reducir las agudizaciones y disminuir la velocidad de progresión.

La primera medida y fundamental es la deshabituación tabáquica. Otras intervenciones como la farmacológica, rehabilitación pulmonar o la cirugía de reducción de volumen mejoran los síntomas y, por lo tanto, la calidad de vida del paciente. Las medidas preventivas, como la vacunación, han conseguido disminuir las exacerbaciones del paciente EPOC.

Se recomienda evitar el tabaco y ambientes contaminados, cuidar la alimentación e intentar hacer ejercicio regularmente. Es fundamental conocer adecuadamente la medicación y reconocer las exacerbaciones para un correcto control de la enfermedad.

FECYT
FUNDACIÓN ESPAÑOLA PARA LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA
CSIC
LABJOR

Inicio

Dra. Pilar Garrido: “La comunicación es considerada ya una herramienta terapéutica esencial en Oncología”

Twittear
facebook

Día Mundial Contra el Cáncer | 2014
«Sin ningún género de dudas, puedo decir que se puede vivir con cáncer, que muchas personas lo han superado y que no es un estigma»
«Los recientes avances en tratamiento personalizado han abierto nuevas vías y somos bastante optimistas en relación a la mejoría en tiempo y en calidad de vida que esto supone para muchos pacientes»
«Cuando hablamos de cáncer, nos referimos a muchas enfermedades y, por lo tanto, a situaciones con distintas opciones de tratamiento y perspectivas de curación»
«Hay que conseguir que frases como “falleció después de una larga y penosa enfermedad” sean definitivamente erradicadas»

Dra. Pilar Garrido, presidenta de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y Jefa de Sección del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid

……..

¿Qué consejos daría para fomentar la prevención y el diagnóstico temprano del cáncer?

El Código Europeo Contra el Cáncer 2003, resume los estilos de vida sana que se deben adoptar y que puede prevenir ciertos tipos de cáncer y mejorar la salud en general. Entre ellos destacaría erradicar el hábito de fumar, hacer una dieta saludable, cuidado con el sol o someterse a los programas de cribado indicados en cada grupo de edad.

El envejecimiento de la población, ¿qué va a suponer en la incidencia y en el abordaje de esta enfermedad?

No hay duda de que la mayor expectativa de vida de la población se asociará con un incremento en el número de pacientes de cáncer. La clave está en el diagnóstico precoz, implementando adecuadamente las campañas de cribado y en la educación sanitaria sobre factores de riesgo y hábitos de vida saludables.

El problema no es el diagnostico de cáncer sino si ese cáncer es curable o si no lo es, que podemos ofrecer con calidad de vida.

¿Cuándo se puede considerar que una persona está curada del cáncer?

A nosotros nos gusta más hablar de remisión, que de curación. En cualquier caso, aunque depende del tipo de cáncer, en la mayoría se considera un periodo de cinco años sin recaída.

Actualmente en España, ¿en cuánto se estima la tasa de pacientes ha logrado superar el cáncer?

Es difícil de calcular ya que el porcentaje de población española incluida en registros poblaciones es pequeño (12%- 15%). En cualquier caso, se estima que actualmente en España hay alrededor de 1.500.000 de personas con cáncer.

En cuanto a las cifras de supervivencia cinco años, los datos europeos hablan de que en España están vivas a cinco años el 55.3% de las mujeres y el 44.9% de los hombres diagnosticados de cáncer.

Haber padecido un cáncer, ¿cómo puede afectar a nivel psicológico y a nivel social?

Sin duda, la palabra cáncer aunque ya no tiene las connotaciones tan negativas que tenía antes sigue “dando respeto” y es un diagnostico temido por la población.

Normalmente, los pacientes recuerdan claramente los primeros momentos del diagnóstico y es muy frecuente que recuerden sensaciones de ansiedad, miedo, etc. También se suelen asociar este tipo de emociones con tratamientos como la quimioterapia cuando va a recibirse por primera vez. En este sentido el apoyo profesional es calve, tanto del oncólogo como de un psicólogo especializado. Por supuesto, el soporte familiar y afectivo es también fundamental.

Por otro lado, tengo que decir que claramente la percepción social ha cambiado, ya no es un estigma y la gente no lo oculta como hace años. A esta normalización han contribuido en gran medida los propios pacientes con su ejemplo, agradeciéndose especialmente aquellas personas con trayectoria pública que así lo hacen, pero también las campañas informativas que las sociedades científicas como SEOM han hecho.

Para acabar de normalizarlo hay que conseguir que frases como “falleció después de una larga y penosa enfermedad” sean definitivamente erradicadas.

¿Cómo podemos definir el concepto de "largos supervivientes"?

Aunque existen varias definiciones de supervivientes de cáncer, el Decálogo Ejecutivo del Plan Integral de Atención a los Largos Supervivientes de Cáncer de la SEOM, presentado en el II Simposio SEOM en octubre 2012, establece que “largo superviviente de cáncer es aquella persona que a los 5 años del diagnostico y tratamiento se encuentra libre de enfermedad, lo que en la mayoría de los casos significa curación. Este periodo de 5 años puede ser más reducido en algunos tumores agresivos propios de edades tempranas como ciertos tumores infantiles, tumores testiculares ó linfomas agresivos y puede ser más extenso en algunos tumores como el cáncer de mama y el cáncer de próstata”.

¿Cuáles son los tumores más frecuentes en este tipo de población?

En SEOM estimamos que cada año habrá 100.000 nuevos largos supervivientes con necesidades especiales que hay que definir adecuadamente. Los aspectos físicos, sociales, laborables, psicológicos y emocionales de estos largos supervivientes tienen que estar caracterizados, investigados y tratados por equipos multidisciplinares.

Globalmente los tumores que presentan supervivencias en Europa a 5 y 10 años por encima del 70% son prácticamente los mismos que en EEUU: labio, mama, próstata, melanoma, cérvix, útero, testículo, linfoma de Hodgkin, y tiroides. En otros tumores muy prevalentes como mama y colon también hay un porcentaje muy alto de largos supervivientes.

Tras superar la enfermedad, ¿qué atención requieren los largos supervivientes?

Es un tema complejo, que nos preocupa mucho y en el que la SEOM viene trabajando desde hace tiempo.

Entre los objetivos que hemos identificado en la atención a los largos supervivientes se encuentran: detección y manejo de síntomas (cansancio, dolor, depresión), complicaciones reproductivas, detección y manejo de problemas relacionados con relaciones interpersonales, adaptación emocional, social y laboral o detección de recidivas y segundos tumores.

Por último, teniendo en cuenta que casi la mitad de los largos supervivientes de cáncer son mayores de 70 años es importante identificar el impacto y la correlación con otras enfermedades frecuentes a esa edad, lo que llamamos comorbilidad.

¿Se cuenta actualmente en España con los recursos necesario para atender a esta población?

Los largos supervivientes de cáncer requieren un seguimiento especial y coordinado con otras especialidades. Por ello, es necesario abordar la optimización de los recursos asistenciales, evitando duplicidades como puede suceder en el seguimiento de estos pacientes. El Plan Integral SEOM de Atención a los Largos Supervivientes de Cáncer incluye Guías de Práctica Clínica que proponen un plan de actuación integral.

¿En qué momento estamos de la batalla contra el cáncer? ¿Qué se ha conseguido y qué queda por conseguir?

Cuando hablamos de cáncer en realidad hablamos de muchas enfermedades diferentes. Los datos europeos nos hablan de que más de la mitad de los pacientes diagnosticados de cáncer están vivos a los cinco años. Evidentemente, queda mucho por hacer y las líneas de trabajo son diferentes en cada tumor pero no hay duda de que estamos en el buen camino.

Los recientes avances en tratamiento personalizado han abierto nuevas vías y somos bastante optimistas en relación a la mejoría en tiempo y en calidad de vida que esto supone para muchos pacientes.

¿Qué papel juega la comunicación en oncología?

La comunicación es considerada ya una herramienta terapéutica esencial en Oncología. De ella, depende en gran parte la aceptación de la enfermedad por parte del paciente, su autoestima, la adherencia al tratamiento e incluso el adecuado control de los síntomas. Consciente de esta situación, la SEOM ha editado ya varias publicaciones al respecto, entre ellas el “Manual de Comunicación en Oncología” una obra didáctica que nació con el objetivo de dar a conocer a los profesionales sanitarios implicados en el manejo del cáncer herramientas, procedimientos y habilidades en esta área.

¿Por qué es preciso desmitificar el término cáncer?

Como he comentado antes, se ha avanzado mucho. Cuando hablamos de cáncer, nos referimos a muchas enfermedades y por lo tanto a situaciones con distintas opciones de tratamiento y perspectivas de curación. Los ciudadanos saben que más de la mitad se curan y por ello creo que ahora se puede utilizar la palabra cáncer sin despertar tanto temor como hace años.

La sociedad habla de ello con más normalidad y, como ya he dicho, aquellas personas conocidas que anuncian públicamente que lo tienen ayudan muchísimo al mensaje de que se puede vivir con cáncer. Sin ningún género de dudas, puedo decir que se puede vivir con cáncer, que muchas personas lo han superado y que no es un estigma.

Un mensaje esperanzador cuando hablemos y pensemos en la palabra cáncer

Puede curarse. Y si no se cura, se puede vivir con ello con calidad de vida.

Entrevista realizada por HBakkali

Dra. Pilar Garrido, presidenta de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y Jefa de Sección del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid

4 de febrero - Día Mundial Contra el Cáncer

Con motivo de la celebración el próximo día 4 de abril del Día Mundial del Cáncer desde la Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura vamos a celebrar un encuentro digital con el **Dr. Jaime Feliú**, Jefe del Servicio de Oncología del **Hospital La Paz** de Madrid (España).
Les invitamos a compartir este enlace y formular sus preguntas que serán respondidas por el doctor el mismo 4 de febrero.
Con ello reforzamos nuestra información sobre salud que ocupa un espacio privilegiado en nuestros servicios de noticias sobre ciencia y tecnología

Envía tus preguntas [+]

Organizaçao dos Estados Ibero-americanos para a Educaçao, a Ciência e a Cultura
Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Divulgación y Cultura Científica Iberoamericana

Opinión | Reportajes | Noticias | Entrevistas

Dra. Elena Sendagorta: “La prevalencia de ETS es más alta en edades inmediatas al inicio de las relaciones sexuales”

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali. Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) son infecciones cada vez más comunes. Están, principalmente, causadas por virus, bacterias o parásitos, y pueden afectar tanto a hombres como a mujeres, siendo la adolescencia la etapa de mayor riesgo de contagio. La Dra. Elena Sendagorta, especialista del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario La Paz de Madrid, responde a algunas de las cuestiones más demandadas sobre su incidencia, su prevención y su control.

Entrevista realizada por HBakkali. Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) son infecciones cada vez más comunes. Están, principalmente, causadas por virus, bacterias o parásitos, y pueden afectar tanto a hombres como a mujeres, siendo la adolescencia la etapa de mayor riesgo de contagio. La Dra. Elena Sendagorta, especialista del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario La Paz de Madrid, responde a algunas de las cuestiones más demandadas sobre su incidencia, su prevención y su control.

¿Cuáles son las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) más comunes?

Entre las infecciones víricas, destacan por su mayor prevalencia la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) y el herpes simple. Entre las bacterianas, destacan la infección por clamidia, gonococo y sífilis.

¿Cuál es la incidencia de la infección por VPH en España? ¿Y a nivel mundial?

Es difícil estimar la prevalencia de mujeres infectadas por VPH a nivel mundial, ya que hay que tener en cuenta no sólo las que presentan lesiones asociadas sino a aquéllas que son portadoras de infecciones ocultas por el virus. Estudios recientes indican que la prevalencia de VPH es de entre 10-15 % en las mujeres de países desarrollados y del 15-25% en aquellos en vías de desarrollo. En la población española, se estima una prevalencia de en torno al 14%. En los varones existe una gran variabilidad, en función de los diferentes estudios y de dónde se lleva a cabo la toma, siendo la prevalencia de al menos el 20%.

¿Quiénes tienen mayor riesgo de contraer una ETS?

Cualquier persona que tenga prácticas sexuales de riesgo como el sexo vaginal, anal u oral sin preservativo. Destacan como grupos de riesgo los adolescentes, especialmente si el inicio de la vida sexual es a edad más temprana, y los varones homosexuales.

¿Ha contribuido el uso de anticonceptivos orales al aumento de infecciones?

Sí, porque los anticonceptivos orales previenen el embarazo pero no las ETS. Con su generalización se ha disminuido el uso del preservativo, que previene la transmisión de algunas ETS.

¿Padecer una ETS favorece la transmisión de otras? ¿Por qué?

Es un fenómeno que ocurre con todas las ETS y en especial en aquéllas que dan lugar a pequeñas erosiones, vesículas o úlceras, ya que en definitiva son soluciones de continuidad en las mucosas que favorecen la transmisión de una segunda ETS como puede ser el VIH.

¿A qué edades es más común la presencia de ETS?

La prevalencia de ETS es más alta en edades inmediatas al inicio de las relaciones sexuales, por lo que la adolescencia es un período de gran vulnerabilidad para contagiarse.

¿Cuáles son las ETS más frecuentes en la mujer?

El VPH, el Virus Herpes Simple, Clamidia, Gonococo y Tricomonas.

¿Qué Enfermedades de Transmisión Sexual son más comunes en varón?

En el varón son frecuentes las uretritis, tanto gonocócicas como no gonocócicas y la infección por el VPH. En comparación con las mujeres los varones presentan una mayor prevalencia de infección por VIH y sífilis, especialmente en el subgrupo de pacientes homosexuales.

Muchas ETS no presentan sintomatología, ¿qué puede implicar este hecho?

Si la infección no es sintomática el paciente no consulta al médico. Las consecuencias son dos: por una parte, al no tratarse el problema se pueden desarrollar secuelas como la enfermedad inflamatoria pélvica o la infertilidad, o incluso la posibilidad de desarrollar cáncer en el caso del VPH. Por otra parte, al no conocer el problema no se ponen medidas para evitar el contagio a otras personas.

¿En qué medida el preservativo previene del contagio de ETS?

El preservativo de látex usado de forma correcta y completa durante las relaciones sexuales vaginales, orales u anales es eficaz para prevenir enfermedades de

transmisión sexual que se contagian a través de secreciones como son el VIH, la infección por clamidia, gonococo o tricomonas. Sin embargo, reducen sólo de forma parcial aquellas que cursan con ulceración y se contagian por el contacto piel con piel, como son la sífilis, el chancroide o el herpes genital. El Virus del Papiloma también puede contagiarse a pesar del uso correcto del preservativo, aunque su uso disminuye el riesgo de contagio.

¿Qué ETS pueden provocar cáncer?

La infección por el Virus del Papiloma Humano es la única implicada etiológicamente en el cáncer.

¿Por qué el Virus del Papiloma Humano (VPH) provoca cáncer?

La infección persistente por el VPH favorece la integración del ADN viral en el genoma de las células del huésped. Esta integración provoca la disregulación de la expresión de oncogenes, con lo que se rompe el control del ciclo celular y se favorece la carcinogénesis.

¿Cuál es la mejor manera de prevenir y controlar las ETS?

La única manera de prevenir absolutamente el contagio de una ETS es la abstención de relaciones sexuales o bien el mantenerse en una relación sexual mutuamente monógama con una pareja no infectada. La vacunación frente al VPH constituye una medida muy eficaz para la prevención de la infección, aunque no protege frente a todos los genotipos. Asimismo, el uso correcto del preservativo durante toda la relación sexual protege frente a algunas ETS, como se ha comentado previamente.

Inicio

Dra. Raquel González Álvarez: VIH-SIDA en África

21 de julio de 2015

Twittear

facebook

Entrevista Houda Bakkali

«En las últimas décadas, se han hecho grandes progresos y hoy en día la ayuda internacional es imprescindible en los programas de prevención y control del VIH/SIDA de algunos países africanos»

¿Qué supone el VIH en África desde el punto de vista de salud pública?

La epidemia del VIH/SIDA en África afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva, y especialmente, a aquellas del sur del África sub-Sahariana. Se sabe que las mujeres son más vulnerables a la infección por VIH que los hombres por factores biológicos pero sobretodo, por factores socio-culturales que son especialmente relevantes en África. Así pues, desde un punto de vista de salud pública se puede considerar una enfermedad relacionada con la pobreza y un importante desafío para la salud materna en África.

Actualmente, ¿en cuánto se estima la cifra de personas con VIH/SIDA en este continente?

Según el último informe de UNAIDS del 2013, se estima que hay aproximadamente 35 millones de personas infectadas por el virus en el mundo y 25 millones en África sub-Sahariana.

¿Qué países africanos son los más afectados?

Los países del sur de África son los que concentran la mayoría de casos. En concreto, Sudáfrica, Botsuana, Suazilandia, Lesoto, Zambia, Zimbabue y Mozambique, entre otros.

¿Qué medidas se están tomando para frenar el VIH/SIDA en África?

En las últimas décadas se han implementado numerosas estrategias para frenar la epidemia a nivel global. Existen numerosas campañas de prevención de la transmisión que tienen en cuenta factores sociales como las prácticas sexuales, el uso de drogas inyectables y las desigualdades de género. A nivel nacional, las campañas de prevención que han tenido un gran impacto son las han sido promovidas por el gobierno y combinan actividades a nivel comunitario.

¿Qué medidas son las que más urgen?

Fortalecer los sistemas sanitarios de los países más afectados para alcanzar unos adecuados stocks y distribución de los fármacos antiretrovirales, así como mejorar la calidad de la asistencia para asegurar una buena adherencia al tratamiento antiretroviral por parte de los pacientes infectados con el VIH son dos medidas claves. Asimismo, es necesaria una mayor sensibilización de la población e información sobre la enfermedad por lo que las actividades a nivel comunitario son muy relevantes.

¿Curar en lugar de prevenir ha sido el principal problema de la propagación del VIH en esta región?

Es difícil saber con exactitud la principal causa por la mayor propagación del VIH en África. Probablemente influyan múltiples factores que van desde la debilidad de los sistemas públicos sanitarios, escasez de recursos humanos y por aspectos socio-culturales específicos de la región.

Tuberculosis y el VIH/SIDA en África ¿qué relación existe?

El VIH provoca un estado de inmunodepresión que propicia la infección de múltiples microorganismos. Las formas más graves de tuberculosis afectan especialmente a personas con el sistema inmunitario. Así pues, ambas infecciones (VIH y Tuberculosis) van de la mano en muchas ocasiones. La epidemia del VIH/SIDA ha hecho reemerger los casos de tuberculosis en algunas regiones del África sub-Sahariana.

¿Cómo afecta la pobreza a la lucha contra el VIH/SIDA?

El VIH/SIDA se considera una de las principales enfermedades relacionadas con la pobreza junto a la malaria. Aunque existen datos contradictorios entre la asociación del estado socio-económico y la infección por VIH, se ha descrito que el subdesarrollo así como la falta de oportunidades pueden influir en la propagación del virus. Por ejemplo, la escasez de recursos hace que a menudo no se tenga opción al tratamiento por imposibilidad de viajar hasta el centro de salud. Asimismo, se sabe que las personas que enferman frecuentemente tienen menos recursos por no ser competentes laboralmente lo cual puede llegar a agravar su condición de enfermedad, entrando en un círculo vicioso de pobreza y enfermedad.

Tabúes, estigmas, mitos, ¿cómo han influido en el abordaje del virus en esta zona del planeta?

Hoy en día se sabe que entender el contexto socio-cultural de cada país es crítico para preparar adecuadamente las campañas de prevención y control del VIH. En algunas comunidades africanas continúa existiendo un gran estigma sobre la enfermedad y por eso el trabajo a nivel comunitario es imprescindible. En los últimos años, se ha hecho un gran avance en ese sentido gracias a una mayor sensibilización de los gobiernos.

¿Qué papel juega la comunicación como herramienta preventiva del VIH?

La comunicación es clave en la lucha de cualquier enfermedad para poder combatirla a todos los niveles. En el caso del VIH, esto es particularmente crítico dados los mecanismos de transmisión y medios de prevención y tratamiento que existen. El trabajo a nivel comunitario se basa a menudo en campañas de comunicación y sensibilización.

Cuando hablamos de comunicación sobre VIH/SIDA en África, ¿qué principales obstáculos se podrían destacar?

A menudo la comunicación sobre la enfermedad no llega a las poblaciones más susceptibles de infectarse por los mencionados factores socio-culturales y de desigualdad de

oportunidades, que son especialmente frecuentes e importantes en África.

En la lucha contra el VIH/SIDA en África, ¿qué se ha conseguido y qué queda por conseguir?

Se ha conseguido una mayor concienciación de los líderes mundiales y nacionales sobre la carga de la enfermedad y la necesidad de frenar la transmisión a todos los niveles. Por ejemplo, se están haciendo esfuerzos para que se elimine el VIH/SIDA en niños a través de la instauración de tratamiento antiretroviral de por vida a toda mujer embarazada. Previniendo la transmisión del virus de la madre al niño se pretende eliminar la presencia de enfermedad en niños y acabar así con el SIDA pediátrico.

Por otro lado, aún quedan grandes desafíos por conseguir como asegurar que las comunidades entiendan la importancia de la prevención y asegurar el acceso y la adherencia al tratamiento de las personas infectadas.

Por último, destacar que en las últimas décadas, se han hecho grandes progresos y hoy en día la ayuda internacional es imprescindible en los programas de prevención y control del VIH/SIDA de algunos países africanos.

Dra. Raquel González Alvarez
ISGlobal http://www.isglobal.org/es/

Universidad de Oviedo ingenio CSIC-UPV OEI

Máster Interuniversitario Iberoamericano
Cultura de la Ciencia y de la Innovación

Colaboraciones para IBERDIVULGA

Desde IBERDIVULGA se mantiene abierta la posibilidad de colaborar en el espacio de divulgación y cultura científica de la OEI.
Es un espacio creado en julio de 2009 y que cada día publica al menos 2 noticias.
IBERDIVULGA cuenta con una media de 90.000 usuarios únicos por mes.

Más información [+]

Club Scratch Iberoamericano - IBERCIENCIA - IBERTIC

Adhesión gratuita. En 2015 tendrá certificación realizando tareas voluntarias
Scratch es uno de los entornos actuales más interesantes. Está desarrollado por un equipo de expertos del Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT), uno de los centros de referencia a nivel mundial en informática. Cuenta con un equipo de investigación que lleva trabajando durante muchos años en modelos de informática educativa.
La programación de un ordenador se ha convertido durante los últimos años en una ingeniería sumamente especializada, incluso con decenas de ramas e incontables áreas de aplicación. Esta extrema especialización ha restado sin embargo el interés general por el aprendizaje de las técnicas y principios de la programación informática en particular y por los principios de las ciencias de la computación en general.

Más información [+]

Red Iberoamericana de comunicación y divulgación científica - IBERDIVULGA

La **Red Iberoamericana de Comunicación y Divulgación de Información Científica** es una iniciativa de la Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI) que cuenta con el apoyo de la **Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo** de la **Junta de Andalucía**.
El objetivo principal de la Red es incrementar el volumen de información relativa a la ciencia y la tecnología que se encuentra disponible para la sociedad, mejorando la cultura científica de los ciudadanos y fomentando la transmisión de un acervo científico, tanto en español como en portugués.
Le invitamos a unirse a la red. Adhesión gratuita

Más información [+]

Comunidad de Educadores para la Cultura Científica: Abierto el registro libre

Esta Comunidad tiene por objetivo el ofrecer el acceso a unos materiales que han sido desarrollados con el doble propósito de servir para **incrementar la cultura científica y las actitudes investigadores de los estudiantes** iberoamericanos y el de promover entre ellos vocaciones hacia el seguimiento de estudios superiores en ciencias e ingeniería.
Las altas se producirán a partir de la primera semana de cada mes. El acceso a la comunidad es gratuito.

Dra. Cristina Nuño: "Lo habitual es que los efectos secundarios de la radioterapia remitan al cabo de unas semanas"

Twittear
facebook

Día Mundial Contra el Cáncer | 2014
«La radioterapia es uno de los tratamientos empleados habitualmente en la lucha contra el cáncer, y consiste en el empleo de un tipo de energía (radiación ionizante) para destruir células cancerosas y eliminar, reducir o estabilizar el tamaño de los tumores. Se puede administrar de forma aislada o en combinación con otros tratamientos como quimioterapia, hormonoterapia o inmunoterapia»

Dra. Cristina Nuño, oncóloga radioterápica de Xanit Hospital Internacional

……..

¿Qué principales efectos adversos puede tener este tratamiento?

Es un tratamiento local. Sólo afecta a las células (cancerosas o normales) del área que recibe tratamiento. Los efectos secundarios van a depender principalmente de la zona que vamos a tratar y son muy variables según la localización. La radioterapia puede causar efectos secundarios tempranos y tardíos. Los efectos secundarios tempranos son aquellos que suceden durante o justo después del tratamiento. Normalmente desaparecen dentro de unas semanas tras finalizar todo el tratamiento. Los efectos secundarios tardíos son aquellos que tardan meses o incluso años en manifestarse y a veces son permanentes.

¿Qué cuidados debe tener en cuenta el paciente antes de comenzar con la radioterapia?

Antes del tratamiento no suele ser necesario realizar ningún tipo de cuidado especial.

¿Y durante el tratamiento?

Durante el tratamiento hay una serie de pautas sencillas que suelen recomendarse a todos los pacientes: **Intentar descansar lo suficiente**, ya que durante el tratamiento los pacientes pueden sentirse mas cansados de lo normal, por lo que tienen que procurar dormir bien durante la noche; **Llevar una dieta equilibrada y saludable.** Una dieta saludable nos ayudara a sobrellevar mejor los tratamientos; **Tener una vida activa:** en la mayoría de los tratamientos es recomendable una vida activa, realizando actividad física de forma moderada (el especialista lo indicara de forma mas especifica según el tipo de tratamiento); **Cuidar la piel de la zona tratada.** Normalmente se la dan al paciente una seria de recomendaciones básicas acerca de este tema son: consultar antes de usar cualquier jabón, cremas, desodorantes, medicinas, perfumes, cosméticos, talco o cualquier otra cosa en el área tratada. Algunos de estos productos pueden irritar la piel sensible .No usar ropa ajustada, de textura áspera o rígida sobre el área de tratamiento. Se recomienda el uso de prendas sueltas y preferiblemente de algodón; No frotar ni restregar la piel de la zona de tratamiento; No se recomienda la inmersión en agua durante mucho tiempo de la zona de tratamiento; Intentar proteger al máximo la piel de la zona de tratamiento del sol. Además, y dependiendo del tipo y localización del tratamiento, se dan otro tipo de recomendaciones más especificas.

¿Administrar un tratamiento radioterápico significa que siempre se van a tener estos síntomas?

No necesariamente, influirán sobre todo la dosis administrada y la localización del área a tratar.

¿Afecta la radioterapia por igual a todos los pacientes?

Los efectos secundarios varían de persona a persona, y dependen de diversos factores. Algunos pacientes no presentan efectos secundarios en absoluto, mientras que otros presentan una cantidad considerable.

¿De qué manera puede afectar el tratamiento de radioterapia a la sexualidad (en hombres y mujeres)?

En la sexualidad influyen diferentes de factores: Por un lado tenemos el factor psíquico: Habitualmente los pacientes diagnosticados de cáncer suelen tener una importante carga emocional, con stress vital y cierto grado de angustia, motivado por la incertidumbre, el miedo a los tratamientos etc…, esto hace que la libido disminuya o desaparezca. También influye en esta pérdida de libido el miedo al rechazo de la pareja cuando hay alteraciones corporales, como puede ser una mastectomía, una colostomía, etc. Por otro lado, existen una serie de factores físicos, que suelen estar condicionados por la localización del tumor y los tratamientos a los que ha sido sometido el paciente.

En el caso de las mujeres: en algunos tratamientos de tumores pélvicos con radioterapia, pueden aparecer molestias durante las relaciones sexuales. Durante el tratamiento se puede producir de forma aguda cierta inflamación de la mucosa vaginal, lo que puede producir molestias. Una vez terminada la radioterapia, y particularmente en las pacientes que requieren braquiterapia ginecológica, se puede producir una pérdida de elasticidad de la mucosa vaginal, con la consiguiente estrechez de la misma. En estos casos se requiere un tratamiento más especifico por parte del especialista.

En el caso de los varones: si se recibe tratamiento con radioterapia, puede observarse a veces una impotencia transitoria debida a la ansiedad que provocan el tratamiento y la enfermedad. Estos efectos pueden durar semanas tras finalizar la radioterapia. Su recuperación es lenta pero progresiva.

Fertilidad y radioterapia, ¿qué relación existe (en hombres y mujeres)?

En el caso de las mujeres: para una mujer que recibe radioterapia en el abdomen o pelvis, la cantidad de radiación absorbida por los ovarios determinará si puede existir una alteración de la fertilidad. Todos los tratamientos de radioterapia que no afecten a esa zona no tienen relación con la fertilidad. En el caso de los varones: un

tratamiento de radioterapia sobre los testículos podría conllevar azoospermia si se administran dosis altas. Tratamientos en otras localizaciones no tienen porque producir alteraciones de la fertilidad.

¿Es posible tener hijos tras la radioterapia (en hombres y mujeres)?

Si, salvo en los casos comentados con anterioridad. Hay que tener en cuenta de todos modos que la mayoría de los pacientes habrán recibido otro tipo de tratamientos oncológico, como por ejemplo cirugía oncológica o quimioterapia, que pueden influir también en la fertilidad.

¿Desaparecen los efectos de la radioterapia cuando se deja el tratamiento?

Los efectos secundarios tempranos son aquellos que suceden durante o justo después del tratamiento. A veces aparece un empeoramiento de los efectos secundarios en los días inmediatamente después al fin de la radioterapia. Normalmente de
saparecen dentro de unas semanas tras finalizar todo el tratamiento.

¿Cuánto tiempo puede tardar el paciente en dejar de padecer estas alteraciones?

Lo habitual es que los efectos secundarios de la radioterapia remitan al cabo de unas semanas, pero a veces se prolongan más en el tiempo.

¿Puede dejar la radioterapia alguna secuela de por vida?

Existe un tipo de efectos secundarios, llamados efectos crónicos, que pueden aparecer incluso años después del tratamiento. Estos efectos suelen ser permanentes, y hay que consultar al especialista para llevar a cabo el tratamiento adecuado.

Dra. Cristina Nuño, oncóloga radioterápica de Xanit Hospital Internacional

4 de febrero - Día Mundial Contra el Cáncer

22 de enero de 2014
Con motivo de la celebración el próximo día 4 de febrero del Día Mundial del Cáncer desde la Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura vamos a celebrar un encuentro digital con el **Dr. Jaime Feliú**, Jefe del Servicio de Oncología del **Hospital La Paz** de Madrid (España).
Les invitamos a compartir este enlace y formular sus preguntas que serán respondidas por el doctor el mismo 4 de febrero.
Con ello reforzamos nuestra información sobre salud que ocupa un espacio privilegiado en nuestros servicios de noticias sobre ciencia y tecnología

Más información [+]

Organização dos Estados Ibero-americanos
Para a Educação, a Ciência e a Cultura
OEI
Organización de Estados Iberoamericanos
Para la Educación, la Ciencia y la Cultura
JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE ECONOMÍA, INNOVACIÓN, CIENCIA Y EMPLEO

Divulgación y Cultura Científica Iberoamericana

Opinión | Reportajes | Noticias | Entrevistas

Dra. Ana Frank: “El pronóstico del Alzheimer ha mejorado si lo comparamos al de hace tres o cuatro décadas”

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
«Se está investigando mucho sobre el aspecto de la dieta, con vistas a determinar qué se puede recomendar para la prevención de la enfermedad de Alzheimer»
«La figura del cuidador es crucial para que la calidad de vida del paciente sea óptima durante todo el curso de la evolución»
«La causa o causas últimas que provocan la degeneración del cerebro y que conducen a la demencia no se conocen»
«Hay factores concomitantes individuales como, por ejemplo, padecer otras enfermedades, que pueden modificar la respuesta a los tratamientos»

……..

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa propia de edades avanzadas. Por lo general, suele detectarse a partir de la 7ª década de la vida y resulta poco frecuente que sus síntomas empiecen antes de los 65-70 años. Según señalan los especialistas, el inicio por debajo de esta edad puede tener un origen hereditario.

Con motivo del Día Mundial del Alzheimer (21 de septiembre de 2013), la doctora Ana Frank, Jefa de Sección de Neurología y Coordinadora de la Unidad de Trastornos Cognitivos y del Comportamiento del Servicio de Neurología del Hospital Universitario La Paz de Madrid, nos responde a cuáles son los aspectos más importantes en material de investigación y control del Alzheimer actualmente, qué relación existe entre esta enfermedad y el cáncer o cómo puede influir la alimentación en su prevención.

……..

¿De qué manera suele manifestarse la Enfermedad de Alzheimer?

Los primeros síntomas suelen ser de inicio muy larvado y pueden consistir en pérdida de memoria para los acontecimientos recientes; por ejemplo: olvidarse de los temas tratados en una conversación; no recordar qué se comió el día anterior; no encontrar el coche en el aparcamiento…, Adicionalmente, puede haber cierta desorientación espacial y temporal. No obstante, estos síntomas son relativamente inespecíficos porque una persona que esté distraída, ansiosa o depresiva puede presentarlos sin que ello signifique un inicio de deterioro cognitivo.

Tal vez la clave esté en dos aspectos: que los “fallos” dejen de ser esporádicos y se conviertan en habituales y, que un allegado de esa persona constate que ha habido un cambio en el aspecto concreto en el que falla, respecto a lo que era capaz meses o años atrás.

¿Cómo afecta el Alzheimer al cerebro?

El cerebro sufre progresivamente un proceso de atrofia mayor al que le correspondería simplemente por el envejecimiento. Esto es debido a que se produce un exceso de pérdida de neuronas y de sus conexiones. En este proceso degenerativo se alteran ciertas vías de neurotransmisión, cuyo resultado es la aparición de los síntomas.

¿Cuáles son los métodos diagnósticos del Alzheimer?

El principal método es la evaluación clínica por un médico especializado en este campo del conocimiento. Los especialistas que suelen ser expertos en el diagnóstico son los neurólogos, aunque también los geriatras y psiquiatras tienen un papel importante. La evaluación clínica incluye un estudio riguroso de las funciones mentales, cognitivas, afectivas y del comportamiento del paciente y es habitual contar con la colaboración de un experto en neuropsicología clínica. Además, hay exploraciones complementarias que ayudan al médico especialista a perfilar el diagnóstico. Estas exploraciones son variadas e incluyen, entre otras, los análisis de laboratorio en muestras de sangre y líquido cefalorraquídeo, los estudios genéticos, las pruebas de imagen cerebral, exploraciones electrofisiológicas, etc.

¿Qué factores se asocian al desarrollo de esta enfermedad?

La causa o causas últimas que provocan la degeneración del cerebro y que conducen a la demencia no se conocen. Posiblemente, existen múltiples factores que contribuyen a ello; algunos de ellos pueden ser la predisposición genética y la vejez y sobre éstos hay poco que hacer. Sin embargo, hay muchos otros que seguramente contribuyen de forma muy notable y que se pueden prevenir, tales como los factores de riesgo vascular (hipertensión arterial, aumento del colesterol, diabetes, obesidad), hábitos tóxicos: (alcoholismo, drogadicciones, tabaquismo), vida sedentaria, aislamiento social y cultural, etc.

¿El desarrollo de la enfermedad es igual en mujeres y en hombres?

Sí; no se observa ninguna diferencia significativa en la expresión clínica entre los pacientes de ambos sexos.

El tratamiento del Alzheimer, ¿en qué consiste?

En principio, hay que considerar dos tipos de tratamiento: el tratamiento no farmacológico y el farmacológico. El primero de ellos, el tratamiento no farmacológico, comprende todo tipo de terapias encaminadas a mantener a la persona activa dentro de su entorno, a ayudarla a crear pautas de actuación frente a diversas circunstancias, técnicas encaminadas a potenciar aquellas funciones cognitivas que permanecen indemnes en cada estadio de la evolución de la enfermedad. Terapias que le permitan disfrutar de estímulos sensoriales, que le resulten motivadoras y divertidas. Dentro de éstas tendríamos la estimulación cognitiva y de la memoria, las técnicas de orientación a la realidad, la terapia ocupacional, la musicoterapia, cinesiterapia, entre muchas otras. Por su parte, los tratamientos farmacológicos presentan

dos vertientes, el uso de fármacos indicados para controlar los distintos síntomas que pueden ir apareciendo como, por ejemplo, antidepresivos, ansiolíticos, neurolépticos y, en segundo término, los fármacos que están comercializados específicamente para la enfermedad de Alzheimer, como son los anticolinesterásicos (donepezilo, rivastigmina y galantamina) y los antagonistas de receptores NMDA de glutamato (memantina). Una tercera línea de abordaje terapéutico la constituye la vía de la investigación a través de la participación en los ensayos clínicos con fármacos en desarrollo, aún no comercializados.

Por último, también forma una parte importantísima del tratamiento la utilización adecuada de fármacos para mantener controlados los factores de riesgo vascular, así como la modificación de aquellos hábitos perjudiciales para la salud. En este aspecto es crucial el papel que desempeña el médico de familia.

¿En que fases se suelen comenzar los tratamientos?

Habitualmente, se inician una vez que la enfermedad es diagnosticada, lo cual implica que ya existen probablemente daños cerebrales irreversibles y los fármacos ya no tienen la posibilidad de curación en estas fases. En los últimos años se están desarrollando un gran número de estudios de investigación con una doble finalidad: poder llegar a diagnosticar la enfermedad en etapas presintomáticas en las que se presume que el desarrollo de los daños cerebrales aún podría ser detenido y, paralelamente, obtener fármacos que demuestren capacidad para detener dicho proceso degenerativo.

¿Cuál suele ser la respuesta al tratamiento? ¿De qué factores va a depender?

Cuando la enfermedad ya es evidente y se administra el tratamiento suele observarse una cierta mejoría transitoria de los síntomas que suele durar entre uno y dos años. Posteriormente, la evolución sigue un curso progresivo, aunque el deterioro cognitivo ocurre más lentamente que si no se administran fármacos. Hay factores concomitantes individuales como, por ejemplo, padecer otras enfermedades, que pueden modificar la respuesta a los tratamientos.

¿Qué relación existe cáncer y Alzheimer?

Aparentemente no parece que haya una relación directa, al menos en lo que hasta ahora se conoce; sin embargo pueden existir factores comunes que aumentan la predisposición de ambos procesos como es la edad avanzada o la predisposición familiar y, por otra parte, se postula que el sistema inmunológico de la persona puede desempeñar un papel importante en las dos situaciones.

El colesterol, ¿qué papel juega en el desarrollo de la enfermedad?

La hipercolesterolemia se considera un factor de riesgo vascular, por lo que es importante mantener las cifras de colesterol dentro del rango de la normalidad. De lo contrario, podría ser un factor contribuyente al daño cerebral y, por tanto, al desarrollo de la demencia.

¿Puede influir la alimentación en la prevención o retraso en el desarrollo de la enfermedad (beneficios de la dieta mediterránea, alimentos ricos en polifenoles....)?

Se está investigando mucho sobre el aspecto de la dieta, con vistas a determinar qué se puede recomendar para la prevención de la enfermedad de Alzheimer. Parece que, en efecto, la dieta mediterránea es muy adecuada porque, además de contribuir a la salud cerebro y cardio-vascular, también podría actuar directamente sobre ciertos factores de crecimiento neuronales y ejercer un efecto de protección contra fenómenos perjudiciales para el metabolismo de las neuronas (oxidación, inflamación, etc.). Asimismo, también hay estudios que pretenden demostrar cómo la práctica habitual de ejercicio aeróbico de intensidad moderada promueve beneficios para la correcta actividad cerebral.

Pronóstico del Alzheimer, ¿ha mejorado en los últimos años?

El pronóstico del Alzheimer ha mejorado si lo comparamos al de hace tres o cuatro décadas. Pero, a pesar de los avances en el tratamiento, sigue siendo más bien desfavorable y hay que contar con la posibilidad de que la persona vaya perdiendo su autonomía y su independencia para afrontar las actividades cotidianas. Así pues, la figura del cuidador es crucial para que la calidad de vida del paciente sea óptima durante todo el curso de la evolución.

En materia de investigación, ¿en qué momento estamos? ¿cuáles son los retos a medio plazo?

Hay dos retos importantes y paralelos y cuyos frutos necesariamente han de confluir en el futuro: el diagnóstico presintomático y el tratamiento farmacológico capaz de detener la progresión de la degeneración cerebral.

La investigación ha de ser traslacional. Esto es, se parte de la investigación que llevan a cabo a los investigadores básicos que trabajan con cultivos celulares y con animales de laboratorio para que sus resultados puedan ser trasladados a los investigadores clínicos que ofrecen a sus pacientes la participación en los proyectos. Y debemos ser conscientes de la importancia que todos los ciudadanos tenemos a la hora de contribuir a ella, cada cual desde su propia situación: los pacientes, participando en ensayos clínicos y proyectos de investigación observacionales que le ofrecen sus médicos; los familiares, ofreciendo su colaboración como participantes “controles” en dichos estudios, los investigadores, diseñando protocolos rigurosos –ya sean en el ámbito del conocimiento básico o en el clínico-, los gobernantes, garantizando soporte económico, infraestructuras y recursos materiales y humanos. Cada cual en su nivel puede ser el protagonista de un aspecto concreto en la investigación de esta enfermedad.

Para concluir, en lo que se refiere a la investigación sobre la enfermedad de Alzheimer, a mi me gustaría que en nuestra sociedad se llegase a proclamar el siguiente lema: *“La investigación es de todos, porque la clave está en nuestro cerebro”.*

Dra. Ana Frank, Jefa de Sección de Neurología y Coordinadora de la Unidad de Trastornos Cognitivos y del Comportamiento del Servicio de Neurología del Hospital Universitario La Paz de Madrid

Inicio

Enfermedad de Chagas - Entrevista con el Dr. Joaquim Gascón

Twittear

facebook

«La enfermedad de Chagas es una patología provocada por un parásito (Trypanosoma cruzi). Es una enfermedad endémica de América Latina y zonas de Estados Unidos, que debido a flujos migratorios se ha ido expandiendo a otros países»

.....

Dr. Joaquim Gascon. Jefe de Sección de Medicina Tropical del Hospital Clinic de Barcelona. Director de la Iniciativa de Chagas de ISGlobal. Coordinador de NHEPACHA (Red Iberoamericana para el Desarrollo de Nuevas Herramientas para Pacientes con Enfermedad de Chagas)

.....

Entrevista realizada por HBakkali

¿Cómo actúa la enfermedad de Chagas?

Se trata de una patología que en el estadio agudo, después de que la persona se haya infectado, provoca una enfermedad febril que en muchas ocasiones pasa desapercibida, con lo cual el paciente no se trata en esta fase. En esta fase sólo un pequeño porcentage de afectados tiene complicaciones. El parásito persiste en el organismo de la persona y esto hace que la enfermedad se convierta en crónica. En esta fase crónica, y al cabo de muchos años de que la persona se haya infectado, puede haber complicaciones que hagan que el parásito afecte al corazón, al sistema digestivo o a ambos. Es entonces cuando las personas pueden tener problemas de salud.

¿Cómo se adquiere?

Se trata de una enfermedad que además de adquirirse a través de la picadura de una chinche, también puede transmitirse de madre a hijo si la madre está infectada. También es posible su transmisión a través de transfusiones de sangre y a través de trasplantes de órganos. Asimismo, es posible su transmisión oral, cuando una persona consume alguna bebida que ha estado infectada por una chinche. De hecho, cada vez hay más reportes de transmisiones orales.

¿Es una enfermedad de difícil abordaje?

Es una enfermedad compleja que precisa de un buen sistema de salud y una buena coordinación entre diversos estamentos para poderla controlar. En prácticamente todos los países de América Latina y en España, existen buenos mecanismos de control en los bancos de sangre, al igual que en los temas de trasplante. También ha habido buenos programas de control vectorial (de las chinches) en Sudamerica. En cambio, en la transmisión vertical (de madre a hijo) aún queda mucho trabajo por hacer, ya que no siempre está bien controlada en todos los países. Este es un reto importante a la hora de afrontar la enfermedad, no solo en los países endémicos, sino también en los países que hemos recibido inmigración afectada por esta dolencia.

Actualmente, ¿cuál es su incidencia?

La incidencia es difícil de concretar puesto que muchos de los nuevos casos que se dan pasan totalmente inadvertidos. Cada vez más se detectan casos de transmisión oral de la enfermedad, a través de bebidas que han sido contaminadas por las chinches. A través de estos brotes epidémicos si que sabemos el número de afectados que van surgiendo, pero no podemos concluir la incidencia mundial real.

¿A cuánta población afecta?

Se calcula que entre 8-10 millones de personas. Aunque hay zonas en las que no sabemos cuántos afectados puede haber, lo que podría hacer aumentar las cifras.

¿Qué ha supuesto la enfermedad de Chagas para la sanidad española?

Esto ha supuesto un reto importante. Se calcula que en España hay entre 50.000 y 70.000 personas afectadas. En España no tenemos la chinche que causa esta enfermedad, por lo tanto, no es un problema de control de las chinches, pero si que ha habido que poner controles en los bancos de sangre, en los bancos de tejidos, en temas de trasplantes, y en el control de la transmisión vertical de madres a hijos. En España, la transmisión de madre a hijo sigue siendo un reto, puesto que actualmente solo hay tres zonas (Cataluña, Galicia y Valencia) donde se tiene un programa oficial de control ., pero en el resto de España no existe este programa, aunque si existen hospitales que por su cuenta lo realizan. También supone un reto el hecho del conocimiento de la enfermedad. En España los profesionales de la salud no sabíamos nada de Chagas y hemos tenido que hacer un "cursillo acelerado" de conocimiento de esta enfermedad para saber cómo detectarla, cómo atender a los pacientes, etc. Hemos tenido que poner al día los protocolos, los tratamientos, etc. Ha sido un reto, pero también un aprendizaje enriquecedor. El hecho de tener que enfrentar a esta circunstancia, ha posibilitado la creación de grupos de investigación en la enfermedad de Chagas, fomentando una muy buena colaboración con grupos de América Latina, Estados Unidos, etc., que está dando sus frutos. También ha supuesto una globalización de la patología, y este es posiblemente uno de los motivos por los cuales ahora se hable más de la enfermedad de Chagas.

Desde el momento de la infección original hasta el diagnóstico, ¿cuánto tiempo puede pasar?

Pueden pasar años, esto es lo normal. Aunque siempre hay excepciones. Donde existe un buen programa de control de la transmisión vertical, cuando una mujer embarazada que tiene la enfermedad de Chagas da a luz, inmediatamente se le hacen las pruebas pertinentes al bebé. En el momento que da positivo, el tratamiento es inmediato. En las zonas donde no hay programa de control vertical o zonas rurales donde no existen medios diagnósticos, pueden pasar desde 20 hasta 40 años antes de un buen diagnóstico.

Con un diagnóstico temprano, ¿se responde bien al tratamiento?

Si. De hecho la medicación es mucho más eficaz en la fase aguda que en la fase crónica. Por lo tanto, el diagnóstico precoz de la enfermedad de Chagas es un tema esencial. Poder diagnosticar a las personas durante su fase aguda es lo óptimo.

¿Qué pruebas diagnósticas son las más habituales en la fase aguda?

En la fase aguda de la enfermedad, los métodos diagnósticos son los métodos parasitológicos, a través de los cuales podemos ver directamente el parásito en el

microscopio. Actualmente, además tenemos pruebas de biología molecular, con las cuales no vemos el parásito pero si detectamos el ADN del parásito.

¿Y en la fase crónica?

En esta fase, los métodos parasitológicos no son muy útiles porque el parásito ya está en los tejidos, y circula poco en sangre periférica. El método que se usa es la serología, es decir, medir los anticuerpos, las defensas que el organismo ha creado contra el parásito para tenerlo más o menos bajo control.

Desde el punto de vista del abordaje terapéutico, ¿con qué tratamientos se cuenta?

Tenemos dos medicamentos y son fármacos de los años 60. Se trata del benznidazol y del nifurtimox. Son medicamentos antiguos que, hoy en día, sabemos que van bien, pero que tienen muchos efectos adversos. Uno de los retos es encontrar medicamentos que vayan incluso mejor que éstos y que tengan menos efectos adversos.

¿De qué efectos adversos hablamos?

Lesiones cutáneas, picores. En ocasiones, náuseas, vómitos, problemas del sistema nervioso periférico, etc.

A nivel de prevención, ¿en qué aspectos se debe insistir?

En la prevención en los bancos de sangre. En mejorar los controles a nivel de transmisión vertical (de madre a hijo), donde no hay buenos controles. Se están haciendo controles muy interesantes a nivel entomológico, es decir, en la erradicación de las chinches de las casa afectadas. Ha habido muchos programas en este sentido muy exitosos que han logrado disminuir de manera significativa el número de hogares infectados. Pero esto requiere una persistencia en el tiempo, puesto que si no se mantiene el control hay riesgo de que las chinches vuelvan a infectar de nuevo al cabo de un cierto tiempo. Hay que tener en cuenta que estas chinches viven en las casa, pero también en la naturaleza, por lo tanto, erradicarlas es muy difícil. Otra medida importante seria aumentar el nivel de vida de las personas, que tuvieran hogares con mejores condiciones que previnieran de las picaduras de las chinches. Otro aspecto a tener en cuenta es que los animales domésticos también favorecen la aparición de las chinches. Atender a todos estos aspectos serían los métodos de control de la enfermedad de Chagas, siempre atendiendo a la mejora del nivel de vida de los individuos.

Enlaces de interés

Isglobal. Instituto de Salud Global de Barcelona
Enfermedad de Chagas: iniciativas
Memoria de la Plataforma de Atención Integral a los Pacientes con Enfermedad de Chagas

Organizaçao dos Estados Ibero-americanos para a Educaçao, a Ciência e a Cultura
Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Divulgación y Cultura Científica Iberoamericana

Opinión | Reportajes | Noticias | Entrevistas

Dr. Luna Ordoñez: "Algunas enfermedades de transmisión sexual tardan años en manifestarse"

Dr. Sergio Luna Ordoñez, especialista en oncología ginecológica del Centro Gutenberg de Málaga. Información y prevención suponen dos de las claves más importantes a la hora de tratar las Enfermedades de Transmisión Sexual. Pese a que actualmente la mayoría de éstas tienen tratamiento, la ausencia de sintomatología en algunas supone uno de los mayores inconvenientes a la hora de su detección. El Dr. Sergio Luna Ordóñez, experto en oncología ginecológica del Hospital Carlos Haya y del Centro Gutenberg de Málaga, responde a algunas de las interrogantes que se plantean sobre estas enfermedades y a su posible asociación a cánceres ginecológicos.

¿Cuáles son las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) más comunes en la mujer?

En general, y con ciertas variabilidades tanto temporales como geográficas, hablaríamos de Virus del Papiloma Humano (VPH) [1], herpes, hepatitis, SIDA (HIV), sífilis [2], chlamydias [3], tricomonas [4], etc.

¿A qué edades son más frecuentes?

Es evidente que están vinculadas a los períodos de mayor actividad sexual y aparecen más frecuentemente en mujeres jóvenes. Es ésa igualmente, una época de mayor número de parejas. Sin embargo, no hay que olvidar que algunas ETS tardan años en manifestarse desde que empiezan a incubarse.

¿Cuáles son los factores que inducen a padecer una ETS?

Evidentemente, la presencia de mayor número de compañeros sexuales y la menor protección. Sin embargo, no hay que olvidar nunca el estado inmunitario individual, que nos puede hacer más sensibles.

¿Son enfermedades sintomáticas?

No necesariamente.

¿Cuáles son sus manifestaciones más comunes?

Es variable. Desde lo llamativo y doloroso de una erupción herpética [5], las vaginitis [6] por tricomonas [7], las lesiones verrucosas [8] de VPH, hasta la absoluta falta de síntomas de una hepatitis durante mucho tiempo.

¿Qué dificultades se presentan cuando la mujer padece una ETS durante la gestación?

No hay problemas comunes. La transmisión materno-fetal sanguínea o placentaria en hepatitis, HIV o sífilis, hasta la posibilidad de afectación del canal del parto en VPH, HIV o herpes que pudieran recomendar cesárea. Siempre, por supuesto, hablando en términos muy genéricos. Son procesos importantes, pero a los que no hay que conferir ningún alarmismo. Están absolutamente contemplados y perfectamente manejados en los protocolos de control de embarazo y parto.

¿De qué modo una ETS puede complicar el parto?

En casos concretos, no siempre, se desaconseja el parto vaginal. Ésta no es en absoluto una regla universal.

¿Cómo puede verse afectado el feto?
Con los mecanismos de control actuales, la afectación fetal es poco frecuente.

¿Qué enfermedades de transmisión sexual pueden ser inductoras de cáncer?

Quizás deberíamos hablar aquí del papel de VPH, sin olvidar otros como el herpes. Sin embargo, en ningún caso es razonable transmitir un mensaje de alarmismo.

¿Las mujeres embarazadas que padezcan una ETS, son más susceptibles de desarrollar un cáncer?

No.

Respecto al cáncer de cuello de útero o cáncer de cérvix, ¿Qué es y cómo se manifiesta?

Se trata de una enfermedad tumoral importante y frecuente. Puede manifestarse con sangrados recurrentes, aunque en muchos casos cursa asintomática y sólo puede diagnosticarse en revisiones.

¿Se puede decir que el factor causal principal de este cáncer son las ETS?

Deberíamos decir que la infección, especialmente VPH, es condición necesaria pero no suficiente. Son, en cualquier caso, un factor de peso.

¿A qué edad es más frecuente su aparición?

Estaríamos hablando de mujeres adultas jóvenes, al tratarse de una afección que necesita de años para desarrollarse desde una primera lesión celular.

¿Es posible su prevención?

Absoluta y rotundamente sí.

¿Qué pronóstico presenta este cáncer en la actualidad?

Muy bueno si se diagnostica en estadios [9] incipientes o incluso preinvasivos [10]. Peor, si manejamos diagnósticos tardíos o pacientes con un estado inmunitario deficiente.

¿En qué consiste exactamente la vacuna contra el cáncer de cérvix?

Se trata de un fármaco para inmunizar a las mujeres contra determinados serotipos [11] de VPH que son los más relacionados con el cáncer de cuello y vagina, y con las verrugas genitales.

¿Qué ventajas conlleva vacunarse?

Las ventajas son actualmente muchas y serán en el futuro muchísimas cuando se complete la vacunación de niñas antes del inicio de sus relaciones sexuales.

¿En qué medida garantiza no padecer este cáncer?

En un porcentaje muy elevado. No elimina los tumores no vinculados al VPH que existen, aunque no suponen un porcentaje alto.

¿Es efectiva la vacuna para prevenir el cáncer de útero si ya se han tenido relaciones sexuales?

Sí. Puede darse el caso de que la paciente haya contactado ya con alguno de los serotipos de VPH con los que va a ser inmunizada, con lo que la protección sólo la obtendrá frente a los demás. Aún así, dicha proteccion sigue siendo rentable. En teoría, es casi imposible haber contactado con todos los serotipos del VPH.

¿Qué edades son las recomendadas para vacunarse?

En el inicio de la adolescencia, antes del inicio de relaciones sexuales.

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es la ETS que más se suele asociar a determinados cánceres ginecológicos ¿En qué consiste exactamente?

Se trata de una familia de virus muy extensa, de la que algunos de sus miembros tienen apetencia por los tejidos de cérvix y vagina en la mujer. Sin embargo, abarcan un grupo mucho más numeroso, responsable de muchas otras patologías.

¿Cómo se manifiesta?

Desde verrugas genitales hasta lesiones sólo apreciables al microscopio.

¿Cómo se contagia?

Los serotipos que nos ocupan, se transmiten mediante la relación sexual.

¿A qué edad es más frecuente?

En cualquier momento de la vida sexual activa.

¿Es sintomático?

No siempre.

¿Qué grado de incidencia presenta actualmente en la mujer?

Muy extensa, aunque en muchos casos no se diagnostica pues cursa asintomático.

¿Cuáles son los métodos de detección?

Exploración clínica genital. Citología, colposcopia [12] y determinación de la presencia del virus mediante técnicas de laboratorio cuando se sospeche su presencia.

¿Cómo se previene?

Las medidas de prevención son extensibles a cualquier otra ETS. No mantener relaciones de riesgo y extremar el uso de métodos de barrera.

¿Tiene cura?

Si.

¿Por qué el VPH causa cáncer?

El virus ataca los mecanismos normales de replicación celular, induciendo la aparición de lesiones que son precancerosas en su inicio pero que pueden desarrollar cánceres invasivos con el tiempo.

¿De qué cánceres es factor inductor este virus?

Cuello de útero, vagina y vulva.

¿Existe más riesgo de que este virus provoque cáncer en una mujer embarazada?

No.

¿Qué efectos puede tener el VPH en el feto?

No son relevantes con un control adecuado de la infección en el embarazo.

¿Cree que hoy en día existe la suficiente información acerca de la ETS y su relación con el cáncer ginecológico?

Se dispone de abundante información, aunque ningún esfuerzo debe ser considerado redundante.

por H. Bakkali \\ divulgaUNED.es

Notas

[1] Grupo extenso de virus cuya transmisión frecuente es a través del contacto sexual. También responsable de otras patologías

[2] Enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria Treponema pallidum.

[3] Enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria Chlamydia trachomatis.

[4] ETS causada por el parásito trichomonas vaginalis.

[5] Infeccion por herpes

[6] Una forma de infección vaginal.

[7] Inflamación de la vagina producida por el protozoo trichomonas vaginalis.

[8] Verrugas genitales

[9] Fase

[10] El que concentra todas las celulas malignas en el cérvix, sin romper una capa de protección llamada membrana basal.

[11] Tipología de microorganismo infeccioso.

[12] Procedimiento médico en el cual se utiliza un microscopio (colposcopio) para el examen vaginal.

Compártelo . .

Inicio

Enfermedades metabólicas hereditarias. Entrevista con la Dra. Antonia Ribes

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
«En cuanto al tratamiento, se están abriendo nuevas puertas con la terapia génica y con otras terapias más personalizadas (mutación-dependientes)»
«Nuestros objetivos están alineados con los objetivos Europeos IRDIRC, que proponen haber descifrado todas las enfermedades raras en el año 2020 y haber encontrado 200 nuevos tratamientos»

.....

Del 3 al 6 de septiembre se ha celebrado en Barcelona el Congreso Mundial de Errores Congénitos del Metabolismo. Es la primera vez que este evento es acogido en España y ha sido organizado de manera conjunta por el Dr. Jaume Campistol, del Hospital Sant Joan de Déu y la Dra. Antònia Ribes, del Hospital Clínic de Barcelona.

La Dra. Antònia Ribes, jefa de sección del Centro de Diagonóstico Biomédico – Bioquímica y Genética Molecular, nos explica algunos de los aspectos tratados en este congreso, qué líneas de investigación se están desarrollando actualmente y cuáles son los aspectos más importantes a tener en cuenta cuando nos referimos a las enfermedades metabólicas hereditarias.

.....

¿Qué son las enfermedades metabólicas hereditarias o Errores Congénitos del Metabolismo?

Son enfermedades genéticas hereditarias que dan lugar a una alteración bioquímica en nuestro metabolismo debido a que hay un malfuncionamiento de una proteína.

¿Por qué se producen estas alteraciones?

Se producen como consecuencia de una alteración (o mutación) en el DNA, esta mutación dará lugar a una proteína anómala, a su vez, dicha proteína no realizará correctamente su función en el metabolismo dando lugar a una desorganización metabólica que se traducirá en acúmulo de una sustancia o sustancias y deficiencia de otras en nuestro organismo.

¿Cuáles son las enfermedades metabólicas hereditarias más comunes?

Las más comunes son: fenilcetonuria, enfermedad de Gaucher, deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena media, adrenoleucodistrofia ligada al cromosoma X. Estas son las más frecuentemente encontradas, ahora bien todas ellas son enfermedades minoritarias.

¿Cuáles son las que comportan mayor gravedad?

Esta es una pregunta difícil de responder, ya que entre estas enfermedades hay muchas que son muy graves, podría citar algunas, pero seguro que me olvidaría de otras.

¿Es posible la detección precoz de las enfermedades metabólicas hereditarias?

Si nos referimos a los programas de cribado neonatal (prueba del talón) que se realiza a todos los recién nacidos, le diré que en Catalunya ya se está haciendo para 22 enfermedades, pero los programas no son uniformes en todas las comunidades autónomas. Estas 22 enfermedades tienen la particularidad de que se pueden detectar fácilmente en unas gotas de sangre impregnadas en papel. Por otro lado, son enfermedades que tienen tratamiento y el diagnóstico precoz y como consecuencia el tratamiento precoz pueden cambiar radicalmente el curso clínico de la enfermedad. Por lo tanto, merece la pena detectarlas lo más precozmente posible, ahora bien, tenga en cuenta que entre el numeroso grupo de las enfermedades metabólicas hereditarias (unas 700) muchas no tienen todavía un tratamiento adecuado.

¿Cuál es su incidencia actualmente en España? ¿Y a nivel internacional?

Si las consideramos todas en su conjunto afectan a 1 de cada 1.500 individuos. La incidencia global es la misma en España que a nivel internacional. Sin embargo, se puede dar el caso de que una determinada enfermedad es más frecuente en una zona que en otra o más en un país que en otro.

¿A qué grupo poblacional afectan en mayor medida?

Sin duda a la población infantil.

Las enfermedades metabólicas hereditarias, ¿pueden ser factor causal de otras patologías?

En general no, pero en algunos casos si, uno de los ejemplos más claros es la correlación entre enfermedad de Parkinson y enfermedad de Gaucher. Se ha publicado, y también discutido en este congreso, que los portadores de ciertas mutaciones del gen alterado en la enfermedad de Gaucher tiene una probabilidad más alta de sufrir Parkison.

Desde el punto de vista del tratamiento, ¿con qué opciones se cuenta actualmente?

Cada enfermedad tiene opciones distintas, así pues, algunas enfermedades se controlan muy bien con dietas bajas en proteínas u otras dietas, en cambio para otras la

mejor opción es el tratamiento con terapia enzimática sustitutiva (es decir se administra la proteína defectuosa), otras con administración de chaperonas (fármaco que consigue restablecer en un 10-15% la actividad de la proteína alterada), en otras puede funcionar bien el trasplante de médula ósea, o el trasplante del órgano afectado. Otra opción que ya está en fase avanzada para alguna enfermedad es la terapia génica.

¿Cuáles pueden ser los principales efectos adversos del tratamiento?

No se puede generalizar, ya que dependerá del tipo de tratamiento y de la enfermedad concreta.

¿De qué manera pueden afectar estas dolencias a la calidad de vida de los pacientes?

Son pacientes que viven supeditados a su enfermedad. En el mejor de los casos han de estar pendientes de una dieta concreta, en otros han de ir muy a menudo al hospital para que les suministren por vía endovenosa el medicamento.

¿Es posible la prevención de estas alteraciones?

Es posible para las 22 que he citado arriba. Como he dicho hay enfermedades que son muy graves y no tienen todavía ningún tratamiento eficaz. En estos casos la única medida preventiva para la familia es el diagnóstico prenatal en futuros embarazos o bien el preimplantacional.

En materia de investigación, ¿en qué momento estamos? ¿Cuáles son los objetivos a medio plazo?

En cuanto al tratamiento, se están abriendo nuevas puertas con la terapia génica y con otras terapias más personalizadas (mutación-dependientes). Por otro lado, gracias a la utilización de las nuevas herramientas de secuenciación masiva se está avanzando mucho en la identificación de genes que corresponden a enfermedades que durante años han carecido de diagnóstico. Nuestros objetivos están alineados con los objetivos Europeos IRDIRC, que proponen haber descifrado todas las enfermedades raras en el año 2020 y haber encontrado 200 nuevos tratamientos.

Barcelona ha acogido por primera vez en España un congreso mundial sobre enfermedades metabólicas hereditarias (del 3 al 6 de septiembre de 2013), ¿en qué ha consistido este encuentro?

En este encuentro los científicos han presentado los últimos avances en enfermedades metabólicas hereditarias. Estos incluyen: avances en terapia génica, en tratamiento con chaperonas, nuevas terapias enzimáticas sustitutivas y avances en diagnóstico. Los grupos además se reúnen para hacer guías clínicas, registros de pacientes y diseñar protocolos comunes de tratamiento.

La Dra. Ribes, jefa de sección del Centro de Diagonóstico Biomédico – Bioquímica y Genética Molecular

Inicio

Dr. Francesc Cardellach: “Cuatro de cada cinco Enfermedades Raras tendrían una transmisión genética”

Twittear
facebook

«Tanto el diagnóstico precoz de las Enfermedades Raras (ER), la investigación de las mismas en su sentido más amplio y la atención del paciente con síntomas crónicos e irreversibles (físicos y psicológicos), como el cuidado de las necesidades del entorno (familiar y sociosanitario, fundamentalmente), constituyen un reto constante para el sistema de salud público. La atención asistencial no puede obviar ninguno de los aspectos mencionados»

«La investigación a través de organismos específicamente orientados a las ER, como el Centro de Investigación Biomédica En Red de Enfermedades Raras (CIBERER), constituye un instrumento eficaz e imprescindible que permite a los investigadores implicados en estos procesos avanzar en su conocimiento, tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico»

Dr. Francesc Cardellach. Consultor Sénior de Medicina Interna del Hospital Clínic de Barcelona y Catedrático de Medicina de la Universidad de Barcelona

.....

Entrevista realizada por HBakkali

¿A qué nos referimos cuando hablamos de enfermedades raras?

Una enfermedad rara (ER), también denominada minoritaria, es aquella que no es común, es decir, que afecta a muy poca gente y que, por consiguiente, se ven pocos casos. Según la Unión Europea, una enfermedad rara es aquella cuya prevalencia es inferior a 5 casos por 10.000 habitantes.

En un sentido más amplio, podríamos definir las ER como un conjunto amplio y variado de trastornos que se caracterizan por afectar cada uno de ellos a un número reducido de individuos en la población, ser crónicos y discapacitantes, contar con una elevada tasa de morbimortalidad, y para los que los recursos terapéuticos son, en general, escasos y poco eficaces.

¿De cuántos tipos de enfermedades existen?

Precisamente por su rareza, y por la dificultad en su diagnóstico, no existen cifras exactas del número y tipos de ER diagnosticadas en todo el mundo, pero se admite que existen alrededor de unos 6.000 tipos de ER. Sin embargo, un mismo tipo puede expresarse de muy diversas maneras y, probablemente, cada una puede ser distinta; o algunas de ellas, consideradas distintas una de otra, puede que sea únicamente una expression diferenciada de un mismo proceso. Cada año se diagnostican nuevos tipos (o subtipos) de ER.

¿A qué edad es más común que se manifiesten?

Las ER son procesos muchos de ellos congénito, hasta un 80% tienen una transmisión genética, y graves, con síntomas muy diversos y a menudo discapacitantes. Muchas de ellas se manifiestan ya al cabo de poco tiempo de nacer, mientras que otras lo hacen más adelante e, incluso, en la edad adulta. Los síntomas son, o pueden ser, muy diversos (afectan a muchos órganos del individuo) e inespecíficos y por ello el diagnóstico es a veces muy difícil y a menudo sin un tratamiento eficaz. Por ello, el “cribado neonatal” (detección precoz del mayor número de procesos posible) es una medida absolutamente necesaria para establecer un diagnóstico inmediato y poner en marcha las medidas necesarias para evitar consecuencias que, de otro modo, pueden llegar a ser irreversibles o incluso producir la muerte.

En cuanto a diagnóstico, ¿cuáles son las principales dificultades que se plantean?

Las dificultades son de muy diversa índole, por la propia naturaleza de estas enfermedades. En primer lugar, por su escasa prevalencia, puesto que ello obliga a mantener un alto grado de sospecha ante cualquier síntoma inesperado o que no encaja en los procesos más habituales. En segundo lugar, por la escasa experiencia en algunos ámbitos; mientras que en la edad infantil (momento en que aparacen la mayoría de ellas, especialmente las de tipo metabólico) existen grupos de profesionales altamente sensibilizados, ello no es tanto así en la edad adulta. En tercer lugar, de tipo económico, puesto que el diagnóstico precoz es clave para evitar consecuencias irreversibles e incapacitantes pero el “cribado neonatal” precisa de medios que no siempre están al alcance de todos los sistemas sanitarios. En Cataluña se ha avanzado enormemente con la puesta en marcha, desde hace un año, de una sustancial ampliación de dicho cribado (“cribado neonatal ampliado”), que permite el diagnóstico inmmediato, al poco tiempo de nacer, de 22 enfermedades. En efecto, hasta el 2012 se realizaba el cribado para hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria y fibrosis quística, y a partir de marzo de 2013 tal ampliación incluye determinados trastornos del metabolismo de los ácidos orgánicos, aminoácidos y ácidos grasos. Finalmente, y solamente por citar cuatro dificultades, las limitaciones en los presupuestos de investigación, puesto que el ámbito de estas enfermedades puede verse más afectado por cuanto su impacto en la sociedad (numéricamente) no es tan llamativo, por ejemplo, como el cáncer, las enfermedades del corazón o los procesos neurodegenerativos.

¿Cuál es la incidencia de estas patologías a nivel nacional? ¿Y a nivel internacional?

Según los datos que se dispone en este momento, la prevalencia de ER en la Unión Europea es entre un 6-8%, y por consiguiente en Cataluña, con una población de 7 millones de habitantes, habría unos 400.000 afectados. El mismo cálculo se podría llevar a cabo para el resto del estado. En la Unión Europea, según el porcentaje anterior, se calcula que existen entre 30 y 35 millones de afectados (un número equivalente a la población conjunta de Holanda, Bélgica y Luxemburgo).

En España, ¿cuál de éstas dolencias presenta mayor incidencia? ¿Y a nivel internacional?

El tipo de dolencia y la cifra de afectados, en general, varía en función de la región del mundo donde se determine, puesto que una ER son más frecuentes en unos ámbitos que en otros. La carga genética tiene, sin duda, mucho que ver, se calcula que hasta cuatro de cada cinco ER tendrían una transmisión genética, y por consiguiente el número de afectados (y el tipo de ER) varía según el área geográfica y, sobre todo, de las características étnicas. Precisamente por ello, por ejemplo, en Europa se puede considerar un determinado tipo de ER y, en cambio, no ser así en el Japón. Y, desde luego, puede suceder también al revés.

En nuestro ámbito son relativamente “frecuentes” las enfermedades que derivan de errores congénitos del metabolismo, algunos tipos de leucemia, enfermedades

musculares, porfirias, enfermedades vasculares del pulmón y del hígado, algunos tumores, enfermedad inflamatoria intestinal, etc. Solamente para poner algunos ejemplos y con la conciencia de que la lista no es ni mucho menos completa.

Desde el punto de vista de salud pública, ¿qué suponen las enfermedades raras?

Algunas ER son muy graves y los pacientes no sobrepasan la edad infantil. Otras son crónicas y llegan a la edad adulta, pero con graves déficits (neurológicos, musculares, psicológicos). Otras se inician o desarrollan ya a esta edad. En cualquier caso, en la mayoría de ocasiones existen profundas limitaciones terapéuticas y solamente es posible tratar algunos síntomas. Por consiguiente, los pacientes pueden sufrir consecuencias irreversibles, crónicas y graves, con todo lo que puede acompañar a una situación de este tipo desde el punto de vista familiar y de impacto sociosanitario.

¿Qué atención asistencial requieren estos pacientes?

Por todo lo dicho anteriormente, tanto el diagnóstico precoz de las ER, la investigación de las mismas en su sentido más amplio y la atención del paciente con síntomas crónicos e irreversibles (físicos y psicológicos), como el cuidado de las necesidades del entorno (familiar y sociosanitario, fundamentalmente), constituyen un reto constante para el sistema de salud público. La atención asistencial no puede obviar ninguno de los aspectos mencionados.

Enfermedades raras en edad pediatrica VS edad adulta, ¿qué diferencias, particularidades y retos se advierten?

Las particularidades de la ER en la edad pediátrica se conocen bastante bien y la mayoría de esfuerzos lógicamente se abocan en este período, como lo constituye, por ejemplo, el “cribado neonatal” para llevar a cabo un diagnóstico precoz y establecer las medidas terapéuticas oportunas. Sin embargo, existen necesidades muy específicas que atañen a los padres de los niños afectados que merecen ser tenidos en cuenta a través de reuniones informativas, asociación de padres de afectados, etc.
Un punto esencial es cuando estos pacientes alcanzan la edad adulta, por cuanto deben ser atendidos por otros facultativos después de años de seguimiento por el pediatra. Este es un momento crucial y que hay que saber conciliar con la máxima precaución por tratarse de una edad clave en el desarrollo personal del paciente. La constitución de Unidades de Adultos o de Grupos de Trabajo multidisciplinares (facultativos, investigadores, trabajo social, enfermería, gestores de caso, etc.) específicamente orientados a estos procesos es muy aconsejable. Estas unidades (también llamadas “Unidades Expertas”) son las que deberían también atender a pacientes con ER diagnosticados en la edad adulta.

¿En cuáles de estas patologías se ha conseguido mayores avances?

En la mayoría de ellas se avanza continuamente. El hecho “simple” de un diagnóstico precoz gracias al “cribado neonatal” ya constituye un gran avance por lo que representa el poder establecer una actitud terapéutica determinada, especialmente en los errores congénitos del metabolismo. La investigación a través de organismos específicamente orientados a las ER, como el CIBERER (Centro de Investigación Biomédica En Red de Enfermedades Raras), constituye un instrumento eficaz e imprescindible que permite a los investigadores implicados en estos procesos avanzar en su conocimiento, tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico.

¿Considera necesaria una mayor formación y especialización en el abordaje de estas enfermedades?

Es absolutamente necesario. Precisamente la falta de formación en este ámbito conduce irremediablemente al olvido de las mismas desde todos los puntos de vista. Las distintas especialidades tienen, en su contenido, muchas ER que son de su propio ámbito. Una mayor atención sobre las mismas debería redundar sin duda en el avance en su conocimiento en su sentido más amplio. Por consiguiente, es preciso incluir ya desde el período de la formación especializada (MIR) una rotación específica en dichas ER y estimular la atención del profesional joven en este ámbito. Por otro lado, tampoco hay que olvidar la necesaria formación continua del profesional sobre las ER.

Desde el punto de vista de la información (para pacientes, familiares, medios y sociedad en general), ¿qué se debe mejorar? ¿cuáles son las asignaturas pendientes?

Existe mucho trabajo por hacer en la información sobre las ER en los medios que indica. Los pacientes, familiares y sociedad en general disponen fácilmente de muchos medios a partir de los cuales se puede obtener información sobre las ER. Obviamente, me estoy refiriendo a los sistemas electrónicos a través de Internet, de los que se puede obtener mucha información sobre cualquier enfermedad. Sin embargo, el problema es canalizar dicha información puesto que suele ser muy diversa y a menudo contradictoria o poco fundamentada. Por ello, es muy importante el papel de las asociaciones de pacientes y familiares en la labor habitual de los profesionales; su colaboración y participación en reuniones, jornadas y congresos en los que se trata las ER es fundamental para transmitir el conocimiento acorde con sus necesidades. A partir de aquí, la divulgación de estos contenidos sobre ER hacia la sociedad debería merecer mayor atención de los medios de comunicación de una forma más regular.

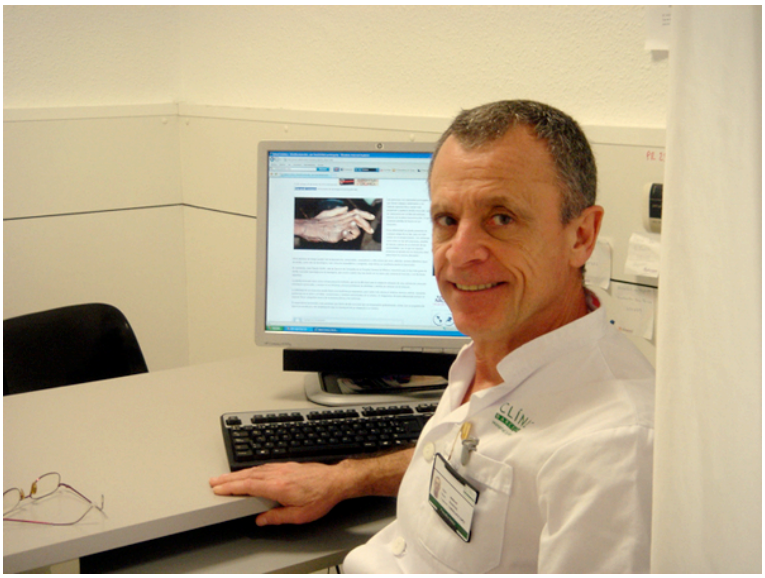
En materia de investigación, ¿en qué momento estamos? ¿cuáles son las metas y cuáles las principales dificultades para alcanzar estas metas?

En los últimos años ha habido un mayor interés en el fomento y desarrollo de la investigación, básica, clínica y epidemiológica, en ER. Como he dicho anteriormente, el CIBERER ha constituido el paradigma de dicho interés y progreso en la investigación en este ámbito. Las razones de ello son múltiples: 1) sociales, por cuanto investigar es conocer y ofrecer esperanza a los pacientes; 2) médicas, por cuanto los avances en la ER abren nuevas perspectivas para mejorar la práctica clínica; 3) de interés científico, por conocer los mecanismos de producción de las enfermedades, identificar dianas moleculares y desarrollar nuevos fármacos dirigidos hacia estas dianas.

Ahora bien, para mantener el nivel alcanzado, y sobre todo también para seguir avanzando, es preciso disponer de la financiación y estabilidad suficientes. No es posible investigar sin un entorno profesional, laboral y económico adecuado. Existe interés y voluntad por parte del capital humano involucrado en las ER, las instituciones se mueven también en sentido positivo en la ordenación asistencial de este complejo magma de las ER, y es preciso confiar en una mejora del apoyo, de todo tipo, a los organismos y grupos de investigación en estas enfermedades.

Enlaces de interés

Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER)



Dr. Francesc Cardellach es Consultor Sénior del Servicio de MI del Hospital Clínic de Barcelona (HCB), Catedrático de Medicina de la Universidad de Barcelona y Decano de la Facultad de Medicina de dicha universidad. Es Coordinador de la Unidad de pacientes adultos con errores congénitos del metabolismo y del Grupo de atención a pacientes adultos con enfermedades minoritarias del HCB. Así mismo, es Director del Laboratorio de Funcionalismo Mitocondrial del Grupo de Investigación Muscular del IDIBAPS, adscrito al CIBERER. Investigador principal de diversos proyectos de investigación y autor de números trabajos originales, la mayoría en patología mitocondrial. Secretario General de la revista Medicina Clínica y Subdirector del Tratado de Medicina Interna Farreras-Rozman. Ha recibido el Premio a la Excelencia Profesional (Medicina Hospitalaria) otorgado por el Consejo de Colegios de Médicos de Catalunya y es miembro numerario de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya.

Maestría en Gestión Hospitalaria OnLine

12 de febrero de 2014
La Maestría está orientada a que los alumnos adquieran una visión global de la gestión hospitalaria, proporcionándoles herramientas y habilidades que les capacite para gestionar y dirigir los recursos humanos y los tecnológicos sobre los que descansa un hospital. Asimismo, a través de la Maestría, se aprende a hacer un uso racional de los procesos asistenciales y a trabajar en equipo en las distintas secciones y departamentos, todo ello aplicando los parámetros de calidad aplicables en la gestión hospitalaria.

Más información [+]

Enfermedades Tropicales - Entrevista con el Dr. Joaquim Gascon

Twittear

facebook

«Lo primero que habría que indicar si se desea viajar a una zona tropical es que el viajero se informe adecuadamente sobre si necesita algún tipo de vacunas o de profilaxis contra la malaria»
«El viajero también debe saber si la zona que va a visitar es una zona palúdica o no (...) atender a aspectos más generales como tener precaución a la hora de bañarse en ríos y lagos en según qué zonas geográficas, ya que podría existir riesgo de esquistosomiasis. Atender al tipo de comida que se ingiere y a cómo se ingiere, ya que determinados alimentos podrían ser origen de determinadas infecciones»

.....

Dr. Joaquim Gascon. Jefe de Sección de Medicina Tropical del Hospital Clinic de Barcelona. Director de la Iniciativa de Chagas de ISGlobal. Coordinador de NHEPACHA (Red Iberoamericana para el Desarrollo de Nuevas Herramientas para Pacientes con Enfermedad de Chagas)

.....

Entrevista realizada por HBakkali

¿Qué entendemos por enfermedades tropicales?

Hay diversas maneras de entenderlo. La forma más lógica es aquella en la que diríamos que son las que se dan en las zonas del trópico. En la práctica, cuando hablamos de enfermedades tropicales casi siempre nos referimos a patologías infecciosas endémicas de las zonas tropicales.

¿Cómo influye la pobreza en el desarrollo de estas dolencias?

La pobreza influye en el estado de salud global de las personas, no solo en el trópico, si no en cualquier parte del mundo. La pobreza influye mucho y es uno de los factores determinantes de la salud. En términos de patología infecciosa, la influencia es aún mayor, puesto que la forma de vida de las personas puede favorecer o no que haya más contactos con vectores transmisores de distintas enfermedades, por ejemplo en la enfermedad de Chagas, que una de sus formas de transmisión es a través de chinches. Si se tiene una casa en una zona rural, , hecha con materiales poco consistentes, con las paredes mal revocadas, etc., esto favorece la aparición de la enfermedad de Chagas, entre otras, puesto que el contacto con el vector (las chinches) es mucho más fácil. Todas estas enfermedades tienen mucha relación con la pobreza. Incluso podríamos hablar del circulo vicioso de la pobreza: la pobreza provoca enfermedad, y a su vez, la enfermedad provoca pobreza, porque la gente tiene menos capacidad de trabajar, etc.

¿Y el cambio climático?

Es un tema interesante porque en estos últimos años se habla mucho del cambio climático y hoy ya sabemos que es uno de los factores que puede tener relación con las enfermedades infecciosas. Según diversos estudios y publicaciones de la OMS, el cambio climático pueden provocar, en primer lugar, eventos climáticos extremos: inundaciones, sequía, etc., lo cual puede provocar hambrunas, cambios poblacionales, ya que la gente se ve obligada a desplazarse, etc., esto tiene consecuencias directas en la salud de las personas. De forma indirecta, el cambio climático también puede provocar cambios en los vectores que transmiten enfermedades. Por ejemplo, variando el periodo de actividad anual y adelantando el periodo de aparición de adultos en algunas especies, o su expansión en altitud o latitud, como dicen algunos reportes de México o Etiopía, Los mosquitos, por ejemplo, pueden tener necesidad de picar más para favorecer su reproducción, lo que favorecería una mayor transmisión de algunas enfermedades.
Cabe destacar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene un listado sobre cuáles son las enfermedades tropicales infecciosas que potencialmente pueden sufrir variaciones importantes a causa del cambio climático. Sin embargo, dado la complejidad de los ciclos en la naturaleza, las consecuencias exactas del cambio climático sobre estas enfermedades no es fácil de predecir, ya que además del cambio climático, juegan un papel importante otros factores económicos y sociales.

¿Cuáles son las enfermedades tropicales que presentan una incidencia mayor?

Depende de la zona geográfica. En África, posiblemente, hablaríamos de infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas también muy relacionadas con la pobreza. La malaria, la tuberculosis, la infección por VIH y la fiebre amarilla serían algunas de las patologías más importantes. También la esquistosomiasis, o la enfermedad del sueño (tripanosomiasis africana) que tiene una alta incidencia en determinadas zonas africanas. Si hablamos del continente asiático, destacaríamos el dengue, la malaria, la leishmaniasis y la encefalitis japonesa, junto a infección por VIH y las cosmopolitas infecciones diarreicas y respiratorias. En Latinoamérica destacaríamos la enfermedad de Chagas, además del dengue. La enfermedad de Chagas, es posiblemente, la enfermedad parasitaria con más impacto a nivel de salud y a nivel económico en América Latina. En este continente también hay zonas de fiebre amarilla y de leishmaniasis, enfermedad muy importante y que también presenta focos en África y en la India.

¿Qué vacunas existen para estas enfermedades?

Vacunas disponibles hay muy pocas. Tenemos vacunas para algunas enfermedades provocadas por virus. Hay vacuna para la fiebre amarilla, para la encefalitis japonesa, pero no hay vacunas contra las enfermedades provocadas por parásitos. Se está investigando mucho, se está avanzando en algunas como la vacuna de la malaria. Hay grupos de investigación que tienen como objeto la enfermedad de Chagas. También se está investigando sobre la enfermedad del dengue, que es una patología muy importante. Pero en el momento actual, estamos en pleno proceso de investigación.

¿Qué principales retos se presentan las enfermedades tropicales para su abordaje?

Cada enfermedad es un mundo y cada enfermedad tiene sus propios retos. Como hay muchas enfermedades infecciosas tropicales, sería muy difícil de nombrar todos los retos que nos quedan. En primer lugar destacaría los retos en la enfermedad de Chagas. Durante mucho tiempo se tenía la teoría de que era una enfermedad autoinmune, por lo que durante décadas no se ha investigado sobre nuevos tratamientos. Asimismo, el hecho de pensar que se trataba de una enfermedad autoinmune ha provocado que muchos profesionales se hayan formado con la idea de que el Chagas no tenía tratamiento y ahora que sabemos que no se trata de una enfermedad autoinmune, si no que es la persistencia de un parásito el que provoca la enfermedad, es difícil , cambiar la mentalidad de los profesionales de la salud. Uno de los retos es hacer que los sistemas nacionales de salud creen nuevos protocolos para tratar la enfermedad de Chagas.. Otro reto en esta patología es encontrar biomarcadores de eficacia terapéutica. Es decir, cuando tratamos a las personas, ¿erradicamos el parásito o no?. En estos momentos, esta respuesta la podemos obtener al cabo de muchos años y lo que estamos buscando son biomarcadores que al cabo de poco tiempo nos indiquen si el parásito ha sido erradicado o no. Tener estos biomarcadores facilitaría mucho la atención a las personas afectadas. En estos momentos aún no podemos concluir este tema, y supone otro de los grandes retos que tiene la comunidad científica.

A aquellas personas que viajen a zonas tropicales, ¿qué recomendaciones les daría?

Hay un porcentaje de personas que viajan a países tropicales que no son conscientes del lugar a donde van. Lo primero que habría que indicar si se desea viajar a una zona tropical es que el viajero se informe adecuadamente sobre si necesita algún tipo de vacunas, o de profilaxis contra la malaria. El consejo concreto dependerá del país donde se viaje, del estado vacunal previo de la persona que viaje, del tipo de viaje que se haga y de los tipos de riesgos en los que podría incurrir durante el viaje. El viajero también debe saber si la zona que va a visitar es una zona palúdica o no. Se debe tener en cuenta si el viajero tiene algún problema de salud previo. Y, por supuesto, atender a aspectos más generales como tener precaución a la hora de bañarse en ríos y lagos en según qué zonas geográficas, ya que podría existir riesgo de esquistosomiasis. Atender al tipo de comida que se ingiere y a cómo se ingiere, ya que determinados alimentos podrían ser origen de determinadas infecciones.

Las enfermedades tropicales, siguen siendo enfermedades olvidadas, ¿cómo se puede mejorar este aspecto?

Es una realidad que muchas de estas enfermedades, al ocurrir en zonas de pobreza, no resultaban de interés. Esto ha ido cambiando poco a poco. Fue muy importante que hace unos años se hablara de las enfermedades olvidadas. Fue una iniciativa muy buena, puesto que permitió visualizar en conjunto un grupo que en aquel momento era de 17 enfermedades, de un gran impacto en salud y a nivel económico, que afectaban a países de renta baja. Y permitió dar visibilidad a estas patologías a nivel internacional, permitiendo que algunos fondos se destinaran a investigación, desarrollo, etc. No obstante, hoy en día siguen siendo enfermedades olvidadas. Si comparamos lo que se dedica a otras patologías y lo que se dedica a éstas, la diferencia es significativa. Hace falta mucha dedicación y mucho trabajo, para que sobre la mesa de quienes financian investigaciones vayan entrando este tipo de enfermedades que afectan a muchos millones de personas en todo el mundo.

Dr. Joaquim Gascon. Jefe de Sección de Medicina Tropical del Hospital Clinic de Barcelona. Director de la Iniciativa de Chagas de ISGlobal. Coordinador de NHEPACHA (Red Iberoamericana para el Desarrollo de Nuevas Herramientas para Pacientes con Enfermedad de Chagas)

grupo cts
LABJOR
CSIC Consejo Superior de Investigaciones Científicas
OEI
Junta de Andalucía Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo
sinc La ciencia es noticia
Agencia CyTA
Investigación y Desarrollo ID
asenmac

'El instrumento más eficaz para planificar y gestionar la sanidad es el sentido común. No hay milagros.'

Twittear
facebook

Entrevista con el Dr. Miguel Ángel Asenjo sobre Gestión Sanitaria realizada por HBakkali
El actual contexto económico y social invita a realizar una seria y profunda reflexión sobre la sostenibilidad del sistema sanitario. Actualmente, prima conocer y establecer las reglas del juego para que su optimización ofrezca una atención equitativa, eficaz y eficiente. Prima, por tanto, establecer las directrices que garanticen una sanidad cuya dinámica se constituya en base a la excelencia académica, a la innovación tecnológica y a la integridad ética.

El Dr. Miguel Ángel Asenjo, catedrático, doctor en medicina, profesor emérito de la Universidad de Barcelona (UB), asesor científico del Instituto de Formación Continuada (IL3) de la UB, Ex-Director del Hospital Clinic de Barcelona, comparte con nosotros un amplio análisis sobre la situación actual del modelo sanitario, haciendo balance de pasado, presente y futuro, y nos responde a cómo, desde el ejercicio de un poder responsable, se puede asumir la edificación de un sistema más cooperativo, mejor planificado y capaz atender con mayor agilidad al usuario.

Modelo sanitario y modelo social ¿cómo adaptar el uno al otro?

Se adaptan solos. Si reflexionamos brevemente observamos que en tiempos remotos la enfermedad se consideraba causada por el pecado y en consecuencia la terapéutica adecuada era la oración por lo que los enfermos acudían a los templos a rezar. Luego a los monasterios. Más tarde, con las peregrinaciones, aparecen grandes hospitales/monasterios: San Marcos en León y Reyes Católicos en Santiago, hoy excelentes paradores de turismo. Es decir, asistencia por caridad cristiana. La Revolución Francesa, de 1789, proclama como derecho la asistencia sanitaria y aparece la beneficencia, asistencia pública, que realiza su actividad en hospitales civiles que antes hacían aquellos monasterios. En 1883 Bismarck establece los seguros sociales, financiado con cuotas, y se inician los hospitales del seguro. Revolución bolchevique de 1917 se nacionaliza todo su aparato sanitario. En 1945 Beveridge en Inglaterra propone y se acepta el Servicio Nacional de Salud y se financia con impuestos y en España en 1986 el ministro Ernest Lluch propone y se aprueba la Ley General de Sanidad que crea el Sistema Nacional de Salud también financiado con impuestos. Simultáneamente, los descubrimientos sanitarios condicionan, incluso, el diseño hospitalario. Pasteur descubre los microbios como causantes de las infecciones y los hospitales se construyen en pabellones y así se aísla a los enfermos. Fleming descubre los antibióticos y se construyen en monobloque. Mejora el funcionamiento de los ascensores y, a la vez, sube el precio del suelo, se construyen en vertical. Se desarrolla la tecnología radiológica diagnostica y terapéutica, así como el laboratorio, la cirugía, la asistencia urgente y se sitúan en edificios propios. Ahora la cronicidad y las TIC´s modificarán hasta el diseño. En cambio los sentimientos de amor, padecimiento, ayuda, tristeza, alegría, solidaridad, odio, rencor, soledad etc., siguen afectando al ser humano como siempre. De ahí su desconcierto, incertidumbre e insatisfacción.

Para el modelo sanitario español, la privatización de la gestión de centros sanitarios públicos, ¿qué supondrá a medio y largo plazo?

Si no somos mal pensados y nos fiamos de quienes la proponen, será universal, gratuita, accesible e igual para todos. Lo único que ocurrirá es que a los ciudadanos, como contribuyentes, la asistencia sanitaria les saldrá algo más barata. No obstante, en las encuestas del CIS quienes proponen la privatización de la gestión o la rechazan (los políticos), quienes denuncian el desvío de sus fines (los periodistas) y quienes deben obligar a que no se desvíe (los jueces) son los tres estamentos sociales peor valorados. Menos mal que quienes la sirven (los médicos) y quienes enseñan a quienes la sirven (profesores universitarios) son los mejor valorados.

Abril Martorell durante el trabajo de la Comisión y subcomisiones que lleva su nombre nos repetía que frente a 34 millones de posibles consumidores (población española de entonces) hay que enfrentar otros 34 de seguros contribuyentes. Asusta pensar que desde la crisis económica y financiera las Comunidades Autónomas han multiplicado por tres su deuda.

Las manifestaciones antiprivatización de la gestión no deben sorprender ya que el gasto de personal del hospital llega casi al 70% del presupuesto hospitalario y si se quiere ahorrar es evidente que hay que pensar en esa partida respetando, se da por descontado, todos los derechos adquiridos. La gestión pública suele ser más laxa en la gestión de personal. En el hospital conviven muchísimas personas con formación muy diferentes. Desde famosos doctores y prestigiosos investigadores hasta sencillos, fieles y modestos conserjes. Si a ello se suman los enfermos y familiares hace que el hospital sea la institución de mayor interacción social de todas las existentes.

¿Dónde se está fallando? ¿Qué se debe exigir en su planificación para garantizar un sistema sostenible? ¿A qué agentes se debe escuchar?

Me parece que no se está fallando ni en la planificación ni en la gestión. Tenemos, en España, un sistema sanitario con unos resultados en salud excelentes. En esperanza de vida solamente nos superan Japón y Hong-Kong de entre todos los países del mundo y mientras nuestra renta es de 25.947 euros por persona y año, Japón tiene 32.545 y Hong-Kong 45.598 y hay 19 países, de entre los comparados, que superan los 30.000 euros por persona y año. Nuestro gasto sanitario es moderado. Estamos un poco por encima de la media europea de los 27 con un gasto de 2.345 euros por persona y año mientras que los extremos los ocupan Holanda con 3.890 y Rumanía con 677. La media nuestra es de 2.171 euros por persona y año.

En este momento la sociedad española está pesimista e insegura y la consecuencia es una actitud *reaccionaria*. Recientemente, ha sido optimista e insegura cuyo resultado ha sido una actitud *radical*. En alguna etapa anterior hemos sido pesimistas pero seguros y hemos pecado de *conservadores* y deberíamos ser optimistas y seguros para adoptar una actitud *prudente* de análisis, empatía y solidaridad para buscar, entre todos, la mejor solución. Hay que ponerse en situación del otro. Siempre he tenido presente, como gestor, que quien tiene derechos es el enfermo y nosotros obligaciones. Como profesor me he esforzado en recordar que el estudiante tiene derecho a aprender y yo la obligación de enseñar. Quien tiene un derecho lo ejerce, si quiere; quien tiene una obligación no tiene elección debe cumplirla. En este instante intento ponerme, mentalmente, en el lugar de la entrevistadora y espero que usted haga lo mismo conmigo. La famosa frase de Kennedy *americano no preguntes qué puede hacer América por ti sino que puedes hacer tu por América* es más oportuna que nunca para que nosotros la practiquemos ahora en España.

Me ha preguntado también que a quién hay que escuchar y la respondo que hay que escuchar a todos pero distinguiendo muy bien quién opina para ayudar y quién para beneficiarse de la situación. Hay que escuchar sobre todos al ciudadano que es dueño del sistema sanitario y es quien paga a través de los impuestos, de las tasas y copagos. ¡Lástima que sus representantes y ejecutores de su opinión, expresada con sus votos, los políticos, mientan con tanta facilidad y con tanta frecuencia. En momentos de incertidumbre como los actuales el instrumento más eficaz para planificar y gestionar es el sentido común. No hay milagros.

En este contexto de crisis y recortes ¿qué rumbo cree que tomará la investigación científica?

Para los equipos punteros habrá financiación pero con selección estricta de sus proyectos. La sociedad es consciente que gracias a investigadores como Pasteur descubriendo quiénes producían las infecciones y Fleming descubriendo cómo se curaban los infectados se vive mucho más seguro que antes de ellos y la vida es el bien más preciado de sus miembros, ahora, en mucha gente el único. En consecuencia, elegirá gobiernos que faciliten la investigación a través de financiación directa o por medio del mecenazgo. Los países que más investigan, más patentes producen y mejor soportan la crisis. Ahora bien, si hay dificultades y restricciones para pagar a los pensionistas, a los parados, a los empleados y servicios públicos es de temer que también la investigación padecerá, al menos temporalmente, dificultades y restricciones.

Es bueno recordar aquí el proverbio árabe que dice: *quién tiene salud tiene esperanza y quién tiene esperanza lo tiene todo.* La investigación es fundamental para mantener la salud y, con ello, la esperanza. Gracias al diagnostico certero y a la terapéutica adecuada alargamos nuestra condición de seres vivos. Los trasplantes, el tratamiento del SIDA, del cáncer y tantos otros logros son recientes y fruto de la investigación. No podemos renunciar a seguir avanzando.

¿Cree que las sociedades científicas tendrán voz y voto en los nuevos planes de sanidad o se optará por la política de hechos consumados?

Hay que escuchar a todos, pero estando atentos a ver cuál es el mensaje. Si es para mejorar el sistema o es para aprovecharse de él. En España lo que falta es más evaluación, hecha por gente experta, sin condicionantes de tipo alguno. El problema suele ser que la evaluación siempre llega mucho después del efecto que se evalúa.

¿Considera que tenemos una medicina lo suficientemente humana, o prima más el factor de impacto?

Antiguamente, la medicina curaba poco y, por lo tanto, tenía que cuidar mucho. Ahora, cura mucho y quizás cuida menos de lo que debería. El equilibrio entre cuidar y curar es difícil. De tal manera, que los cirujanos en general, cuidan poco pero curan mucho, porque su acción se nota mucho: un trasplante de corazón, riñón, hígado etc., hace que el paciente se encuentre tan distinto una vez que le han operado, que no le interesa tanto que le cuiden o no le cuiden, humanicen o no humanicen. Aunque no puedo negarle que sería mejor que los médicos cuidaran más. Pero humanizar más conlleva el uso abundante del único bien no se puede reponer que es el tiempo y el tiempo es muy caro.

En ocasiones los ciudadanos tenemos la impresión de que la medicina es una disciplina que puede endiosar a quienes la ejercen y que es excesivamente competitiva, ¿beneficia esta competitividad al paciente?

La medicina es una carrera muy competitiva, mucho. Beneficia a la humanidad y también al enfermo. El inconveniente es que la falta de tiempo, hace que algunos puedan ver al enfermo consumidor excesivo de su escaso tiempo que está encaminado hacia la investigación, los congresos, publicaciones etc.. La mayoría duerme muy poco y su tiempo de ocio no existe. En los hospitales públicos universitarios se corre el riesgo de que como el salario es igual atiendas a muchos o pocos enfermos es más rentable investigar y publicar que a su vez sirve para desarrollar una prestigiosa carrera universitaria. Ya se sabe que cada uno actúa según vaya a ser evaluado. Hay una frase de Hans Killian, en su libro La Biblia de directivo, que dice “desconfía de las personas que dicen que están muy ocupadas, suelen ser los que nunca hacen nada”.

¿Cree que en la actualidad las sociedades científicas se preocupan más por la divulgación o por la autopromoción?

Hay de todo. El Evangelio dice que “de lo que abunda en tu corazón habla tu boca”. La primera exigencia debe ser con uno mismo. A medida que avance la formación de los ciudadanos, menos se dejarán engañar. Si un médico no tiene ética no puede ser médico. Lo que planteas es un círculo difícil de romper, sólo se podría conseguir de tres maneras: mejorando la ética, luchando contra la corrupción y formando a la gente para que no sea engañada. Pero la condición humana seguirá existiendo. Conviene recordar que los dos motores que mueven el mundo, fundamentalmente, son el sexo y el dinero.

Me podría explicar cómo son y cuáles son las reglas del juego entre la industria farmacéutica y las asociaciones-sociedades médicas?

Es complicado. La industria farmacéutica ha ayudado mucho al desarrollo de la medicina y ha sido un gran incentivo para que la gente viaje, se comunique e investigue. La labor ha sido muy buena, pero esa persona que ha sido beneficiaria de viajes, de ayudas, etc., ¿ha sabido mantenerse lejos del benefactor para exponer lo que en la investigación aparece y no se ha silenciado o se ha informado de forma distinta a lo que realmente aparecía? Algún caso se ha denunciado y por publicaciones aparecidas en revistas del máximo nivel. Si ha sido incentivado y conscientemente luego ha recetado aquello que siendo igual de efectivo es más caro o siendo igual de caro no es tan efectivo es repudiable. No lo sé, no puedo contestar a eso. Pero ahí queda la reflexión.

La captación de socios por parte de asociaciones y sociedades médicas, puede valerse del empleo de campañas publicitarias agresivas, la llamada a la participación de líderes de opinión, el empleo de una comunicación persuasiva, incluso el empleo del telemarketing, ¿qué opinión le merecen estas prácticas?

Siempre en la vida ha habido tentaciones. Ya Moisés, bajó del monte Sinaí con las Tablas de la Ley, que aconsejan cómo comportarse para ser feliz más allá de la muerte. Hay que distinguir entre lo legítimo y lo legal. Es posible que la acción de los 72 millones que se han repartido los directivos antes mencionados sea legal pero es seguro, que en las actuales circunstancias, no es legítimo. Es decir, no es ético no es moral. Para la corrupción se necesitan al menos dos persona la que corrompe y la corrompida. Si una de ellas no lo es no hay corrupción.

¿Qué ventajas plantean las nuevas tecnologías para el sistema sanitario y para la relación médico-paciente?

La digitalización de texto, imagen y sonido ha marcado la evolución de las TIC en las últimas décadas, junto con la emergencia del mundo multimedia y el desarrollo de las telecomunicaciones. También el acceso a Internet, con abundante y accesible información médica para pacientes.

Los smartphone permiten acceder a los datos personales inmediatamente. La transmisión inmediata permite la consulta virtual. La localización en tiempo real mejora la seguridad del paciente y gestión de riesgos. El desarrollo de la telemedicina de interacción real permite el diagnóstico a distancia, teleconsultas y telecirugía. Son avances incuestionables. Mejoran la accesibilidad, transparencia, inmediatez, individualismo y velocidad. Esto genera ciudadanos más informados y exigentes, así como nuevas necesidades y situaciones. Modificará y facilitará la gestión de la cronicidad, como ya está ocurriendo. El médico no sólo realizará visitas, si no que una parte importante del tiempo lo dedica a otras actividades, por ejemplo: contestar correos electrónicos, seguir pacientes por Facebook o Twiter o por vía mensajería instantánea, llamar a pacientes o realizar videoconferencias, etc.

Hace dos años premiamos, en un tribunal nacional del que formo parte, como gestión excelente a un equipo del Hospital del Mar, que trata la insuficiencia cardiaca utilizando la telemática, y he leído en la prensa que la gestión de ese programa ha reducido la hospitalización en un 63% y la mortalidad en un 34%.

¿Cómo ha sido su relación con los pacientes?

Hay una cosa de la que estoy muy orgulloso y es que todas las quejas y protestas de los enfermos que han realizado por escrito las he contestado personalmente. Eso sí, implicando a quienes les afectaba en cada respuesta. Esto resultaba fundamental para quien había recibido la queja. Muchos la recibían con agradecimiento porque les ayudaba a mejorar. A quienes molestaba charlaba con ellos y al final conveníamos que era bueno conocerlas. A lo largo de mi carrera siempre he intentado ponerme en situación del otro. Todos los enfermos o familiares que han solicitado verme los he recibido.

El ciudadano, y sobre todo si está enfermo, es el dueño del sistema sanitario. A él es a quien hay que servir y debería ser tratado con la máxima deferencia. El enfermo es un ser indefenso que, generalmente, llega diciendo “haga lo que usted crea doctor”. A mi juicio, los médicos deberían reciclarse periódicamente en este aspecto y situarse, figuradamente en la posición del enfermo.

Una vez nos citaron y nos reunimos en Madrid, en el Ministerio, para ver cómo se podían mejorar las listas de espera y yo muy radical dije: "Sr. Ministro, esta comisión no lo arreglará porque nadie de nosotros hemos esperado y nuestra sensibilidad al respecto es escasa". Es muy difícil organizar las cosas si uno no las ha padecido. En estos somos responsables todos.

¿Cómo se corrige esta circunstancia?

Son necesarias dos cosas: capacidad y motivación. La capacidad se adquiere con el conocimiento previa información. La motivación por medio de los incentivos: positivos o negativos. A su vez pueden ser activos o pasivos. Activo sería similar a encender un fuego, una vez que comienza ya continúa sólo. El pasivo sería como llenar un recipiente. El positivo es el de la famosa zanahoria el negativo el del palo. Hay que incentivar, destacando los méritos, la calidad, la excelencia. Incentivar para que los buenos cada vez sean más buenos y los que no son tan buenos traten de imitar a los que lo son. Los buenos profesionales deben hacer de profesores de los otros.

¿Se atrevería a prescribir tres fórmulas para ser un buen paciente? ¿Y para ser un buen médico?

Para ambos la primera consistiría en ser buena persona: responsable, solidario, empático, generoso…

Para el médico, la segunda, estar muy bien preparado, estar al día, en su especialidad. La tercera, que sea consciente de sus limitaciones y sus errores. En suma, que cumpla con los principios de la bioética: beneficencia, autonomía, no maleficencia y justicia.

El enfermo puede hacer lo que quiera, porque para eso es el enfermo, excepto aquello que esté prohibido por las leyes y las buenas costumbres.

En el panorama que tenemos actualmente ¿cree que puede existir alguna posibilidad de que esta crisis se pueda convertir oportunidad?

De eso no tengo ninguna duda. En la historia no recuerdo importantes retrocesos, sí enlentecimientos. He convivido, a lo largo de mi vida profesional, con tres crisis económicas y de ellas hemos salido reforzados. Es verdad que la actual está siendo más larga y más profunda que cualquiera de las anteriores pero nos está ayudando mucho a ganar en eficiencia y productividad. Ha aparecido mucha gente solidaria, empática y generosa que se pregunta cada mañana ¿qué puedo hacer por los demás sin descuidarme de mí mismo? Ellos nos ayudarán a salir de la crisis vacunados contra crisis para que la siguiente, tarde muchos años en llegar.

Los casos de corrupción y los supersueldos molestan más que nunca y parece que se persiguen con más ahínco. Se exige más transparencia. Todos hemos sido culpables de esta crisis aunque no todos con el mismo grado y no todos sufriéndola igual. Es indignante que hoy nos enteremos que los directivos de un banco al que se ha salvado con dinero público con más de 20.000 millones de euros y que ha llevado a la ruina a muchísimos pequeños ahorradores se han repartido 72 millones de euros. Es que incluso al escribirlo sube la tensión arterial. No obstante, hay que conservar la calma, denunciar y perseguir esas injusticias, mejorar la eficiencia y productividad, repartir las cargas equitativamente y acostumbrarse a convivir con la incertidumbre que ha llegado para quedarse y que tenemos que aprender a gestionarla mejor. Este es el signo de nuestro tiempo sabiendo que gestionar consiste *en que los demás hagan lo que tú quieres porque ellos quieren.* También sirve para uno mismo.

Profesor Miguel Ángel Asenjo Sebastián

Catedrático, doctor en medicina, profesor emérito de la Universidad de Barcelona (UB), asesor científico del Instituto de Formación continuada (IL3) de la UB y Ex Director del Hospital Clinic de Barcelona. Inició su actividad gestora en 1965 como Director–Gerente de los Hospitales de la Diputación de Jaén. En 1968 en los de la Diputación de Asturias y en 1971 asumió la Dirección del Clínic de Barcelona donde ejerció como Director Técnico y profesor de la Facultad de Medicina desde 1984 hasta 2010. El Dr. Asenjo, ha sido Asesor de la OPS/OMS y del Banco Interamericano de Desarrollo, así como de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

Miembro numerario de la Real Academia de Medicina de Cataluña desde 1995 y socio de honor de SEDISA, la dilatada carrera profesional del Dr. Miguel Ángel Asenjo le han hecho merecedor de múltiples galardones, entre los que destaca el premio Internacional E. Crosby a la innovación en gestión, la Medalla Josep Trueta al mérito sanitario de la Generalitat de Cataluña, el Premio Nacional a la Excelencia en Gestión Sanitaria, la Insignia de Oro del Hospital Clínic, la Orden Civil de Sanidad.

Artífice del Máster de Gestión Hospitalaria de la UB del que ha sido director y continua siendo docente, el Profesor Asenjo ha dirigido 20 tesis doctorales, es autor de varias monografías, su nombre firma más de 400 artículos científicos, nacionales e internacionales y ha escrito cinco libros sobre gestión sanitaria, el último de ellos Gestión Diaria del Hospital, editado por Elsevier.

FECYT
FUNDACIÓN ESPAÑOLA PARA LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA
CSIC
LABJOR

Inicio

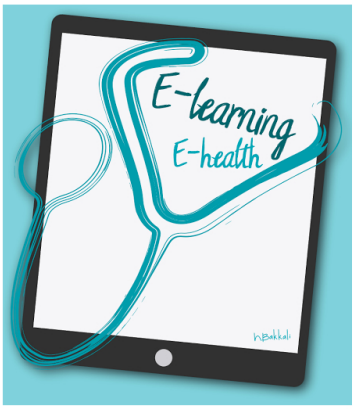
Formación y salud: el entorno e-learning

22 de junio de 2017

Twittear

facebook

Un artículo de HBakkali para IberDivulga
La necesidad de una mayor y mejor especialización de los informadores de la salud, así como la escasez de oferta formativa en este campo, son asignaturas aún pendientes hoy en día. Es evidente que la información sobre salud exige una serie capacitaciones que hace necesario crear planes pedagógicos que doten a los informadores de las herramientas, destrezas y conocimientos necesarios para divulgar de manera eficaz, responsable y participativa.



Divulgación de la salud: formación especializada

La formación específica en el área de la salud es uno de los pilares más importantes a la hora de tratar contenidos médicos. La especialidad en la materia debe significar un requisito ineludible a la hora de acceder a la información sobre salud y a la hora de gestionar, organizar y diseñar su divulgación. En ese camino, habría que abordar distintas líneas como:

• Informar con responsabilidad.
• Crear información que fomente actitudes saludables.
• Atender a la actualidad.
• No crear falsas expectativas.
• No crear alarma social.
• Asegurar la calidad de las fuentes.
• Asegurar la calidad y la comprensión del mensaje.
• Ser capaces de seleccionar lo noticiable.
• Ser capaces de entender y explicar el lenguaje especializado.
• Evitar la difusión de contenidos y titulares sensacionalistas.
• Exponer de manera clara, sencilla y secuenciada los hechos.

E-learning

Las nuevas posibilidades tecnológicas ayudan a crear nuevos entornos virtuales adaptados para promover el conocimiento y para desarrollar planes formativos que cuentan con la ventaja de no estar limitados ni por barreras espaciales, ni por barreras temporales. El concepto de **e-learning** ha supuesto un antes y un después para el aprendizaje, ya que apuesta por la aplicación de herramientas comunicativas que capacitan al alumno para un estudio autónomo, a través de una metodología pensada para compartir y generar recursos de manera guionizada, práctica y comunitaria.

Aspectos de interés del entorno e-learning

• Combinación de medios sincrónicos y asincrónicos en la comunicación.
• Aprendizaje flexible, dinámico y abierto.
• Creación de modelos pedagógicos colaborativos, interactivos y pragmáticos.
• Ruptura de limitaciones espaciales y temporales.
• Mayor practicidad pedagógica.
• Plataformas adaptadas a nuevos dispositivos que facilitan el acceso a la información en cualquier lugar y momento (tablets, smart phones, etc.).
• Creación de espacios y recursos más atractivos: campus virtuales más eficientes, ejercicios y tests interactivos, elementos multimedia, medios gráficos y audiovisuales, etc.
• Combinación de herramientas que fomentan una mayor participación e implicación del alumnado, intercambio de ideas y recursos, etc., (foros, blogs, wikis, chats, videoconferencias, etc.).
• Autonomía del alumno a la hora de adquirir conocimiento.
• Fomento de la participación individual y grupal.
• Inmediatez en la comunicación e intercambio de ideas y recursos.
• Mayor facilidad a la hora de ampliar, modificar y generar contenidos.
• Mayor diversidad en las fuentes y documentos de referencia para el aprendizaje.
• Mayor posibilidad de seguimiento del alumno por parte de los tutores.
• Posibilidad estructurar la información de manera más atractiva visualmente.
• Posibilidad de ampliar la oferta formativa.
• Posibilidad de uso de canales propios de la Web 2.0.
• El contenido es la base de cualquier trabajo, más aún cuando éste tiene una finalidad educativa y didáctica, por este motivo la calidad de los contenidos debe primar sobre cualquier aspecto superfluo.
• La autenticidad de las fuentes que firman el contenido y el respeto a los derechos de autor debe ser una base inviolable en el abordaje de cualquier obra, más aún si ésta tiene finalidad pedagógica y educativa.

Web 2.0 para la formación: promover el aprendizaje colaborativo

Los canales de la **Web 2.0** son herramientas cada día más necesarias y evidentes en los procesos formativos, tanto online como tradicionales. Su uso es ideal para **fomentar la participación, el intercambio de conceptos y recursos, la gestión de contenidos de manera inmediata y práctica,** así como para facilitar la búsqueda y recuperación de información.

El empleo adecuado de medios como Wikipedia, Youtube, Flickr, Slideshare, Scribd, Facebook, Twitter, marcadores sociales o los propios blogs personales o temáticos de alumnos y de docentes, son excelentes a la hora de **compartir, encontrar y difundir información**, materializando la posibilidad de aprender de manera interactiva y participativa, sin limitaciones espaciales ni temporales, y pudiendo, al mismo tiempo, compartir los mismos intereses con otros usuarios, **ampliar fuentes y redes de contacto, generar contenidos propios, actualizar datos, debatir e intercambiar ideas, etc.**

Palabras clave:

- Salud
- TIC y Educación

Organizaçao dos Estados Ibero-americanos para a Educaçao, a Ciência e a Cultura — Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura — Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Divulgación y Cultura Científica Iberoamericana

Opinión | Reportajes | Noticias | Entrevistas

Dr. Xavier Forns: "Un paciente curado de Hepatitis C está curado al 100%"

Twittear
facebook

Día Mundial Contra la Hepatitis C - 2013
Entrevista realizada por HBakkali
«La promiscuidad sexual y, sobre todo, mantener relaciones sexuales anales son factores que incrementan el riesgo de Hepatitis C»
«La incidencia de Hepatitis C España es de un 2%»
«E tratamiento de la Hepatitis C es eficaz, pero puede tener efectos adversos importantes»
«En el plazo de cinco o diez años, casi todas las Hepatitis C serán curables»
«En el trasplante hepático el problema número uno hoy en día es la Hepatitis C»

.....

¿Qué población es la que tiene mayor riesgo de padecer Hepatitis C?

Los pacientes de riesgo son aquellos que recibieron transfusiones de sangre antes de los años 90. Pacientes adictos a drogas por vía parenteral. Pacientes que tengan promiscuidad sexual o pacientes que realicen prácticas de riesgo como pueden ser tatuajes, piercings, etc., en centros que no reúnan las condiciones higiénicas adecuadas.

¿Es lo mismo tener anticuerpos que tener el virus?

No. Habitualmente van asociados, Hay pacientes que tienen anticuerpos y que no desarrollan el virus. Hay pacientes que pueden curarse espontáneamente.

¿Qué diferencia hay entre los pacientes que tiene el genotipo 2 y pacientes que tienen el genotipo 3?

Básicamente la diferencia está en el virus. El virus es muy variable, y su material genético es distinto en el genotipo 2 y en el genotipo 3. A efectos prácticos, es que la respuesta a antivirales no sea la misma en ambos genotipos. Es más fácil de curar un paciente con genotipo 2 que un paciente con genotipo 3.

¿Qué sintomatología puede alertar de que el paciente tiene Hepatitis C?

Muchas veces, la Hepatitis C no se manifiesta con ningún síntoma. Aunque en algunos casos los pacientes pueden aquejarse de cansancio, dolor de barriga, falta de concentración. Pero en la mayoría de las veces se detecta por un análisis de sangre.

¿En qué momento se suele diagnosticar?

La Hepatitis C cada vez se diagnostica antes. Anteriormente, el paciente ya venía con una cirrosis hepática y en los últimos años, como la gente se hace más análisis se diagnostica con anterioridad. No obstante, como no da síntomas puede pasar que haya gente que lleve años con la infección y no se haya dado cuenta.

¿Cuál sería la incidencia del virus en España?

La incidencia de Hepatitis C España es de un 2%.

¿Y a nivel mundial?

Es variable. Hay países como en el norte de África que puede ser muy frecuente. Egipto, por ejemplo, puede tener incluso un 15% de prevalencia. Y en países del norte de Europa menos de un 0,5%. Se calcula que hay unos 150 millones de infectados por el virus de la Hepatitis C en todo el mundo.

¿A qué edad es más frecuente la detección?

La gente mayor tiene más prevalencia de Hepatitis C, porque los productos de sangre antes de los 90 no se controlaban. En la gente joven se diagnostica antes, porque hoy en día es más común realizarse analíticas de sangre.

¿Es más común en varones o en mujeres?

Prácticamente igual. Quizás un poco más en varones, dependiendo de la zona geográfica.

¿A qué pruebas diagnósticas debe someterse el paciente?

Simplemente una analítica de sangre. Una vez que se diagnostica el material genético, lo que se hace es ver cómo afecta este virus al hígado, si existe una enfermedad avanzada o no. Antes esto se hacía por biopsia hepática y hoy en día ya contamos con técnicas no invasivas que permiten ver qué tipo de daño tiene el hígado.

En poblaciones de riesgo, ¿cada cuánto tiempo se recomienda realizar una analítica?

Se recomienda que se hagan una analítica anualmente.

Una vez diagnosticada la Hepatitis C, ¿a qué tratamiento debe someterse el paciente? ¿qué seguimiento médico se requiere?

Los pacientes que tienen enfermedad leve, con que se hagan un control anual es suficiente. Si los pacientes tiene una enfermedad más avanzada deberán realizar un tratamiento para radicar la infección. Hoy en día, el tratamiento de la Hepatitis C es eficaz, pero puede tener efectos adversos importantes. En pacientes con una cirrosis hepática se deberán someter a controles cada seis meses, ecografía y análisis.

¿Cuáles serían las principales contraindicaciones del tratamiento?

Efectos sobre las células sanguíneas, bajada de defensas, bajada de plaquetas. Tiene también efectos neuro-psiquiátricos: ansiedad, depresión, irritabilidad. Otros efectos importantes pueden afectar al tiroides, sobre todo en las mujeres. También puede provocar anemia, molestias gástricas, etc. Otros fármacos pueden tener efectos cutáneos como erupciones, bajada de defensas que obligan a transfundir a los pacientes, etc.

A corto plazo, ¿podremos hablar de fármacos que disminuyan estos efectos adversos?

Sí, hay estudios que demuestran que fármacos orales pueden aportar una gran tasa de curación con muy pocos efectos secundarios.

¿Qué duración tiene el tratamiento?

El tratamiento no es de por vida. Dura entre 24 y 48 semanas. Los pacientes o se curan o no se curan. En pacientes que no responden a tratamiento puede ser más breve porque se advierte pronto. En pacientes que en cuatro u ocho semanas no presentan una buena respuesta, se puede parar porque no se van a curar. Pero en pacientes que presentan una buena respuesta, el tratamiento dura entre 24 y 48 semanas. En el futuro es posible que el tratamiento sea más corto y con 12 semanas sea suficiente.

En los casos en los que el paciente no responde al tratamiento o no se trate, ¿qué ocurre?

La Hepatitis C, por lo general, tiene una progresión muy lenta. Se calcula que sobre un 20% de los pacientes van a desarrollar cirrosis en un plazo de 20 años desde el momento de la infección. Es evidente que habrá gente que se morirá con una infección leve que no le provoque nada, y hay gente que tendrá una progresión más rápida y desarrollarán una cirrosis en menos años. De ahí la importancia de controles anuales.

Los pacientes que se curan, ¿pueden volver a recaer?

No. Un paciente curado de Hepatitis C está curado al 100%. Además, la curación, especialmente en pacientes con la enfermedad avanzada, se asocia a una mejoría del hígado. En casos de cirrosis hay una regresión y la cirrosis desaparece.

¿De qué factores depende que la respuesta al tratamiento sea buena?

Depende de varios factores, por ejemplo del tipo de virus. Los virus del genotipo 2 y 3 se curan más que los del genotipo 1. Depende del grado de cirrosis, los pacientes con cirrosis responden menos que los pacientes con menos cirrosis. La gente obesa o con grasa en el hígado se cura menos que la gente que no presente estos factores. La gente diabética se cura menos que la no diabética. Existen, pues, una serie de factores que dependen o bien del huésped o bien del virus que hacen que el paciente se cure o no.

¿Podríamos garantizar que a corto plazo el virus de la Hepatitis C será totalmente controlable?

Yo diría que sí. En el plazo de cinco o diez años, casi todas las Hepatitis C serán curables con poco fármacos, más seguros que los actuales y con mucha mejor tolerancia para el paciente.

¿Vacunarse de la Hepatitis A y de la Hepatitis B, previene de la Hepatitis C?

No. No tiene nada que ver, puesto que son entidades diferentes, causadas por diferentes virus y la vacunación no garantiza ni mucho menos que no se pueda padecer una Hepatitis C.

¿Es la Hepatitis C la primera causa de trasplante de hígado?

Sí. La Hepatitis C es la primera causa de trasplante hepático en España, ya que la cirrosis y el cáncer de hígado están causados mayoritariamente por esta infección.

En estos pacientes, ¿es posible controlar el virus?

En los pacientes que se trasplantan con el virus detectado en la sangre todos van recaer. Y en una tercera parte de estos pacientes, la infección, en el contexto de la inmunosupresión, va mucho más rápido y puede llegar a provocar una cirrosis en tan solo tres o cuatro años. Por tanto, en el trasplante hepático el problema número uno hoy en día es la Hepatitis C.

¿Tienen más posibilidades de rechazar el órgano?

No. El índice de rechazo es bastante similar en pacientes con Hepatitis C que en otros pacientes trasplantados por cirrosis alcohólica, o por otras causas.

¿Tienen más posibilidades de desarrollar otras patologías o de desarrollar cáncer de hígado?

En pacientes trasplantados no es frecuente que les dé tiempo a desarrollar cáncer de hígado. Sí se puede producir en algunos casos cirrosis, pero no es lo frecuente. Hay que tener en cuenta que, por lo general, los pacientes se trasplantan a edades un poco avanzadas, porque para que se tenga una cirrosis y se haya descompensado, es raro que se produzca antes de los 55 años, no es imposible, pero sí es raro.

En pacientes sometidos a hemodiálisis, ¿es común esta infección?

Cada vez lo es menos. Hace una década era bastante común, pero la incidencia ha ido bajando con los años. Sí que es cierto que aún hay un porcentaje significativo de pacientes en hemodiálisis o trasplantados de riñón que tiene Hepatitis C.

En la convivencia diaria con una persona con Hepatitis C, ¿se debe tener algún tipo de precaución?

Únicamente no compartir útiles que puedan tener sangre como, por ejemplo, maquinillas de afeitar.

Y en lo referente a tatuajes y piercings, ¿qué medidas de precaución se deben seguir?

Acudir a centros que utilicen material desechable y que reúnan las condiciones higiénicas necesarias que debe reunir cualquier centro que emplee material punzante que rompa la barrera cutánea.

¿Y en lo referente a acupuntura?

Acudir a centros reconocidos por las autoridades sanitarias que utilicen agujas desechables.

En relación a prácticas sexuales, ¿cuáles son las que se consideran de riesgo para la transmisión de la Hepatitis C?

La promiscuidad sexual y, sobre todo, mantener relaciones sexuales anales son factores que incrementan el riesgo de Hepatitis C. No es un virus que se transmita mucho por vía sexual, pero la promiscuidad sexual, sexo anal, sexo con lesiones en la mucosa con personas que tengan enfermedades venéreas, puede favorecer la transmisión. Los trabajadores del sexo y la población homosexual puede tener mayor facilidad a la hora padecer la infección.

¿Una persona que padezca alguna Enfermedad de Transmisión Sexual, es más vulnerable a la infección por Hepatitis C?

Sin duda, porque tiene lesiones en las mucosas y puede tanto transmitir como ser receptora de la Hepatitis C.

¿Compartir juguetes sexuales puede favorecer la transmisión?

No si no hay lesiones en las mucosas. La transmisión es por vía sanguínea, si hay lesiones en órganos genitales que favorezcan que se puedan producir pequeñas heridas con sangre, hay riesgo de infección.

¿En qué medida es común la infección en pacientes drogodependientes?

La drogadicción es una vía de infección muy frecuente. De hecho, el 90% de pacientes drogodependientes adquieren la infección el primer año de drogadicción. Además, en pacientes que adquirieron la infección HIV por drogadicción es mucho más frecuente la infección por Hepatitis C.

¿Es común la transmisión de la Hepatitis C de madres a hijos?

Es poco común, menos de un 5%, con excepción de madres portadoras del VIH en las que es un poco superior, pero la transmisión materno-fetal es baja, no es un hecho que deba producir ansiedad en las madres.

Cuando a un paciente se le comunica que tiene Hepatitis C, ¿cuáles son las principales dudas y preocupaciones que le traslada al especialista?

El miedo fundamental es desarrollar una cirrosis o un cáncer de hígado. También les produce mucha ansiedad la transmisión a la familia, hijos, esposa, etc.

¿Cómo afecta la Hepatitis C a la calidad de vida de los pacientes?

Es variable. Algunos pacientes les produce déficit de concentración, cansancio, molestias en el abdomen y que tiene peor calidad de vida. Hay gente que le produce mucha ansiedad tener un virus. Otros pacientes no presentan ningún tipo de síntomas y, por lo tanto, hacen una vida totalmente normal.

Un paciente con hepatitis C, ¿puede hacer una vida normal?

Completamente normal.

Inicio

Organizaçao dos Estados Ibero-americanos para a Educaçao, a Ciência e a Cultura — Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura — Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Divulgación y Cultura Científica Iberoamericana

Opinión | Reportajes | Noticias | Entrevistas

Dr. Xavier Forns: "Un paciente curado de Hepatitis C está curado al 100%"

Twittear
facebook

Día Mundial Contra la Hepatitis C - 2013
Entrevista realizada por HBakkali
«La promiscuidad sexual y, sobre todo, mantener relaciones sexuales anales son factores que incrementan el riesgo de Hepatitis C»
«La incidencia de Hepatitis C España es de un 2%»
«E tratamiento de la Hepatitis C es eficaz, pero puede tener efectos adversos importantes»
«En el plazo de cinco o diez años, casi todas las Hepatitis C serán curables»
«En el trasplante hepático el problema número uno hoy en día es la Hepatitis C»

.....

¿Qué población es la que tiene mayor riesgo de padecer Hepatitis C?

Los pacientes de riesgo son aquellos que recibieron transfusiones de sangre antes de los años 90. Pacientes adictos a drogas por vía parenteral. Pacientes que tengan promiscuidad sexual o pacientes que realicen prácticas de riesgo como pueden ser tatuajes, piercings, etc., en centros que no reúnan las condiciones higiénicas adecuadas.

¿Es lo mismo tener anticuerpos que tener el virus?

No. Habitualmente van asociados, Hay pacientes que tienen anticuerpos y que no desarrollan el virus. Hay pacientes que pueden curarse espontáneamente.

¿Qué diferencia hay entre los pacientes que tiene el genotipo 2 y pacientes que tienen el genotipo 3?

Básicamente la diferencia está en el virus. El virus es muy variable, y su material genético es distinto en el genotipo 2 y en el genotipo 3. A efectos prácticos, es que la respuesta a antivirales no sea la misma en ambos genotipos. Es más fácil de curar un paciente con genotipo 2 que un paciente con genotipo 3.

¿Qué sintomatología puede alertar de que el paciente tiene Hepatitis C?

Muchas veces, la Hepatitis C no se manifiesta con ningún síntoma. Aunque en algunos casos los pacientes pueden aquejarse de cansancio, dolor de barriga, falta de concentración. Pero en la mayoría de las veces se detecta por un análisis de sangre.

¿En qué momento se suele diagnosticar?

La Hepatitis C cada vez se diagnostica antes. Anteriormente, el paciente ya venía con una cirrosis hepática y en los últimos años, como la gente se hace más análisis se diagnostica con anterioridad. No obstante, como no da síntomas puede pasar que haya gente que lleve años con la infección y no se haya dado cuenta.

¿Cuál sería la incidencia del virus en España?

La incidencia de Hepatitis C España es de un 2%.

¿Y a nivel mundial?

Es variable. Hay países como en el norte de África que puede ser muy frecuente. Egipto, por ejemplo, puede tener incluso un 15% de prevalencia. Y en países del norte de Europa menos de un 0,5%. Se calcula que hay unos 150 millones de infectados por el virus de la Hepatitis C en todo el mundo.

¿A qué edad es más frecuente la detección?

La gente mayor tiene más prevalencia de Hepatitis C, porque los productos de sangre antes de los 90 no se controlaban. En la gente joven se diagnostica antes, porque hoy en día es más común realizarse analíticas de sangre.

¿Es más común en varones o en mujeres?

Prácticamente igual. Quizás un poco más en varones, dependiendo de la zona geográfica.

¿A qué pruebas diagnósticas debe someterse el paciente?

Simplemente una analítica de sangre. Una vez que se diagnostica el material genético, lo que se hace es ver cómo afecta este virus al hígado, si existe una enfermedad avanzada o no. Antes esto se hacía por biopsia hepática y hoy en día ya contamos con técnicas no invasivas que permiten ver qué tipo de daño tiene el hígado.

En poblaciones de riesgo, ¿cada cuánto tiempo se recomienda realizar una analítica?

Se recomienda que se hagan una analítica anualmente.

Una vez diagnosticada la Hepatitis C, ¿a qué tratamiento debe someterse el paciente? ¿qué seguimiento médico se requiere?

Los pacientes que tienen enfermedad leve, con que se hagan un control anual es suficiente. Si los pacientes tiene una enfermedad más avanzada deberán realizar un tratamiento para radicar la infección. Hoy en día, el tratamiento de la Hepatitis C es eficaz, pero puede tener efectos adversos importantes. En pacientes con una cirrosis hepática se deberán someter a controles cada seis meses, ecografía y análisis.

¿Cuáles serían las principales contraindicaciones del tratamiento?

Efectos sobre las células sanguíneas, bajada de defensas, bajada de plaquetas. Tiene también efectos neuro-psiquiátricos: ansiedad, depresión, irritabilidad. Otros efectos importantes pueden afectar al tiroides, sobre todo en las mujeres. También puede provocar anemia, molestias gástricas, etc. Otros fármacos pueden tener efectos cutáneos como erupciones, bajada de defensas que obligan a transfundir a los pacientes, etc.

A corto plazo, ¿podremos hablar de fármacos que disminuyan estos efectos adversos?

Sí, hay estudios que demuestran que fármacos orales pueden aportar una gran tasa de curación con muy pocos efectos secundarios.

¿Qué duración tiene el tratamiento?

El tratamiento no es de por vida. Dura entre 24 y 48 semanas. Los pacientes o se curan o no se curan. En pacientes que no responden a tratamiento puede ser más breve porque se advierte pronto. En pacientes que en cuatro u ocho semanas no presentan una buena respuesta, se puede parar porque no se van a curar. Pero en pacientes que presentan una buena respuesta, el tratamiento dura entre 24 y 48 semanas. En el futuro es posible que el tratamiento sea más corto y con 12 semanas sea suficiente.

En los casos en los que el paciente no responde al tratamiento o no se trate, ¿qué ocurre?

La Hepatitis C, por lo general, tiene una progresión muy lenta. Se calcula que sobre un 20% de los pacientes van a desarrollar cirrosis en un plazo de 20 años desde el momento de la infección. Es evidente que habrá gente que se morirá con una infección leve que no le provoque nada, y hay gente que tendrá una progresión más rápida y desarrollarán una cirrosis en menos años. De ahí la importancia de controles anuales.

Los pacientes que se curan, ¿pueden volver a recaer?

No. Un paciente curado de Hepatitis C está curado al 100%. Además, la curación, especialmente en pacientes con la enfermedad avanzada, se asocia a una mejoría del hígado. En casos de cirrosis hay una regresión y la cirrosis desaparece.

¿De qué factores depende que la respuesta al tratamiento sea buena?

Depende de varios factores, por ejemplo del tipo de virus. Los virus del genotipo 2 y 3 se curan más que los del genotipo 1. Depende del grado de cirrosis, los pacientes con cirrosis responden menos que los pacientes con menos cirrosis. La gente obesa o con grasa en el hígado se cura menos que la gente que no presente estos factores. La gente diabética se cura menos que la no diabética. Existen, pues, una serie de factores que dependen o bien del huésped o bien del virus que hacen que el paciente se cure o no.

¿Podríamos garantizar que a corto plazo el virus de la Hepatitis C será totalmente controlable?

Yo diría que sí. En el plazo de cinco o diez años, casi todas las Hepatitis C serán curables con poco fármacos, más seguros que los actuales y con mucha mejor tolerancia para el paciente.

¿Vacunarse de la Hepatitis A y de la Hepatitis B, previene de la Hepatitis C?

No. No tiene nada que ver, puesto que son entidades diferentes, causadas por diferentes virus y la vacunación no garantiza ni mucho menos que no se pueda padecer una Hepatitis C.

¿Es la Hepatitis C la primera causa de trasplante de hígado?

Sí. La Hepatitis C es la primera causa de trasplante hepático en España, ya que la cirrosis y el cáncer de hígado están causados mayoritariamente por esta infección.

En estos pacientes, ¿es posible controlar el virus?

En los pacientes que se trasplantan con el virus detectado en la sangre todos van recaer. Y en una tercera parte de estos pacientes, la infección, en el contexto de la inmunosupresión, va mucho más rápido y puede llegar a provocar una cirrosis en tan solo tres o cuatro años. Por tanto, en el trasplante hepático el problema número uno hoy en día es la Hepatitis C.

¿Tienen más posibilidades de rechazar el órgano?

No. El índice de rechazo es bastante similar en pacientes con Hepatitis C que en otros pacientes trasplantados por cirrosis alcohólica, o por otras causas.

¿Tienen más posibilidades de desarrollar otras patologías o de desarrollar cáncer de hígado?

En pacientes trasplantados no es frecuente que les dé tiempo a desarrollar cáncer de hígado. Sí se puede producir en algunos casos cirrosis, pero no es lo frecuente. Hay que tener en cuenta que, por lo general, los pacientes se trasplantan a edades un poco avanzadas, porque para que se tenga una cirrosis y se haya descompensado, es raro que se produzca antes de los 55 años, no es imposible, pero sí es raro.

En pacientes sometidos a hemodiálisis, ¿es común esta infección?

Cada vez lo es menos. Hace una década era bastante común, pero la incidencia ha ido bajando con los años. Sí que es cierto que aún hay un porcentaje significativo de pacientes en hemodiálisis o trasplantados de riñón que tiene Hepatitis C.

En la convivencia diaria con una persona con Hepatitis C, ¿se debe tener algún tipo de precaución?

Únicamente no compartir útiles que puedan tener sangre como, por ejemplo, maquinillas de afeitar.

Y en lo referente a tatuajes y piercings, ¿qué medidas de precaución se deben seguir?

Acudir a centros que utilicen material desechable y que reúnan las condiciones higiénicas necesarias que debe reunir cualquier centro que emplee material punzante que rompa la barrera cutánea.

¿Y en lo referente a acupuntura?

Acudir a centros reconocidos por las autoridades sanitarias que utilicen agujas desechables.

En relación a prácticas sexuales, ¿cuáles son las que se consideran de riesgo para la transmisión de la Hepatitis C?

La promiscuidad sexual y, sobre todo, mantener relaciones sexuales anales son factores que incrementan el riesgo de Hepatitis C. No es un virus que se transmita mucho por vía sexual, pero la promiscuidad sexual, sexo anal, sexo con lesiones en la mucosa con personas que tengan enfermedades venéreas, puede favorecer la transmisión. Los trabajadores del sexo y la población homosexual puede tener mayor facilidad a la hora padecer la infección.

¿Una persona que padezca alguna Enfermedad de Transmisión Sexual, es más vulnerable a la infección por Hepatitis C?

Sin duda, porque tiene lesiones en las mucosas y puede tanto transmitir como ser receptora de la Hepatitis C.

¿Compartir juguetes sexuales puede favorecer la transmisión?

No si no hay lesiones en las mucosas. La transmisión es por vía sanguínea, si hay lesiones en órganos genitales que favorezcan que se puedan producir pequeñas heridas con sangre, hay riesgo de infección.

¿En qué medida es común la infección en pacientes drogodependientes?

La drogadicción es una vía de infección muy frecuente. De hecho, el 90% de pacientes drogodependientes adquieren la infección el primer año de drogadicción. Además, en pacientes que adquirieron la infección HIV por drogadicción es mucho más frecuente la infección por Hepatitis C.

¿Es común la transmisión de la Hepatitis C de madres a hijos?

Es poco común, menos de un 5%, con excepción de madres portadoras del VIH en las que es un poco superior, pero la transmisión materno-fetal es baja, no es un hecho que deba producir ansiedad en las madres.

Cuando a un paciente se le comunica que tiene Hepatitis C, ¿cuáles son las principales dudas y preocupaciones que le traslada al especialista?

El miedo fundamental es desarrollar una cirrosis o un cáncer de hígado. También les produce mucha ansiedad la transmisión a la familia, hijos, esposa, etc.

¿Cómo afecta la Hepatitis C a la calidad de vida de los pacientes?

Es variable. Algunos pacientes les produce déficit de concentración, cansancio, molestias en el abdomen y que tiene peor calidad de vida. Hay gente que le produce mucha ansiedad tener un virus. Otros pacientes no presentan ningún tipo de síntomas y, por lo tanto, hacen una vida totalmente normal.

Un paciente con hepatitis C, ¿puede hacer una vida normal?

Completamente normal.

Inicio

Joaquim Roqueta: “El uso del lenguaje es fundamental para terminar con el rechazo y la discriminación social” VIH-SIDA

Twittear

facebook

VIH-SIDA
Iniciamos una serie de entrevistas de nuestra colaboradora especialista en tema de salud H. Bakkali sobre tema del VIH SIDA con motivo del Día Mundial de la Lucha Contra el SIDA, que se conmemora el próximo día 1 de diciembre

Entrevista HBakkali

¿Cuáles son las principales metas que centran la acción de Gais Positius?

Nuestra asociación tiene como objetivos promover el apoyo, actividades y servicios que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de hombres gais seropositivos y la defensa de los derechos y la no discriminación. Hemos ido transformando nuestra entidad en la medida que ha evolucionado el conocimiento del VIH y su impacto social, por tanto incorporando aspectos adecuados a cada momento como fueron sobre todo al inicio los grupos de auto apoyo, la atención psicológica, asesoramiento jurídico, y posteriormente la información sobre tratamientos, ITS, co-infecciones con la hepatitis víricas, la orientación laboral, asesoramiento social, y el último proyecto sobre reducción de daños asociados al consumo de drogas en el colectivo gay.

En España se está viendo como aumenta la incidencia de tasas de infección por VIH entre hombres gais y otros HSH, ¿a qué se debe este hecho?

España es un país en que generalmente se niega en las escuelas el derecho a la educación sexual de calidad y mayoritariamente ofrece una sanidad inadecuada a un grupo de población vulnerable cómo el colectivo gay en alto riesgo de contraer infecciones como el VIH, y se desconocen o ignoran a menudo nuestras necesidades, problemáticas y desigualdades. En muchos problemas de salud del colectivo LGTB tiene un papel muy importante los prejuicios y el odio hacia nuestro colectivo, así la homofobia social pero también institucional que ha jugado un papel muy importante en este aumento. La homofobia, el estigma y la discriminación pueden poner a los hombres homosexuales en riesgo de múltiples problemas de salud físicos y mentales, y afectan las probabilidades de que busquemos y podamos obtener servicios de salud de alta calidad. Somos un grupo muy importante en la sociedad y hay una inexistencia general de protocolos. Finalmente las prácticas sexuales de riesgo representan la mayoría de las infecciones por el VIH en los hombres homosexuales y bisexuales. La mayoría de los hombres homosexuales y bisexuales nos infectamos del VIH a través de las relaciones sexuales anales, la cual es la práctica sexual de mayor riesgo para contraer o transmitir el VIH.

¿Qué medidas para la prevención del VIH existe hoy en día para esta población?

En nuestro país el preservativo sigue siendo aún el rey de la prevención pero sin una visión clara. Yo plantearía la siguiente reflexión ¿más allá del condón hemos avanzado? Es evidente que sí. Existen estrategias como facilitar el acceso y promoción del uso continuado de preservativos y lubricantes, los servicios comunitarios y confidenciales de detección, atención, tratamiento y apoyo del VIH. El colectivo LGTB y de lucha contra el Sida estamos valorando y discutiendo las nuevas estrategias emergentes como la Profilaxis pre-exposición, el tratamiento como prevención y el TEST & TREAT. Las diferentes clases de vacunas y los microbicidas son valorados de forma esperanzadora por nuestra comunidad.

¿Qué acciones considera que se deben llevar a cabo para abordar este aumento del VIH entre hombres gais y otros HSH?

Deberían de ofrecerse intervenciones para la prevención del VIH diseñadas a la medida de las necesidades específicas de los hombres gais, bisexuales y personas trans, y que contemplaran sus derechos. Todavía hoy no siempre se trabaja desde la reducción de riesgos y la visión de los derechos sexuales. También facilitar el acceso a servicios sanitarios conocedores y sensibles con la realidad de nuestro colectivo, contemplando la detección y tratamiento de las Infecciones de Transmisión sexual. Es muy necesario desarrollar programas de reducción de riesgos asociados al consumo de drogas dirigidos al colectivo LGTB.

¿Cómo y por qué surgió la idea de crear la “Guía sobre los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA” que firma Gais Positius?

La guía pretende dar respuesta a ciertas preguntas que son habituales y comunes en los casos que constantemente nos encontramos en la asociación y recopilar determinadas situaciones que recurrentemente se venían repitiendo y facilitar recursos prácticos donde dirigirse en caso de vulneración de los derechos para facilitar su ejercicio o bien denunciar.

¿Podría comentarnos alguno de los objetivos se recogen en ella y que aún supongan un reto para nuestra sociedad?

Situaciones como la discriminación laboral, la violación del derecho a la intimidad y confidencialidad o la dificultad de contratar un seguro médico, son hechos que aún sufren muchas personas que viven con VIH y el Sida. Por tanto, un reto pendiente es que los avances sociales y la igualdad de trato y la no discriminación fueran en paralelo a los avances científicos.

Mayor información sobre otras ITS y detección precoz, ¿las mejores armas para luchar contra esta circunstancia?

La información sobre sexo más seguro y la detección son importantes pero también lo es contemplar el abordaje desde los programas de reducción de riesgos y fomentar un entorno adecuado para alcanzar a las poblaciones diana afectadas de manera desproporcionada por estas infecciones, en este caso el colectivo gay i bisexual a través de la promoción, la creación de capacidades y la promoción y la participación de la propia comunidad.

¿Qué papel considera que debe jugar la comunicación y la información a la hora de abordar el VIH-SIDA?

La comunicación y la información para el abordaje del VIH son fundamentales especialmente para llegar con los mensajes preventivos a través de las nuevas tecnologías de la información, pero también debe contemplar el uso del lenguaje para evitar que sea estigmatizador. Considero que una información mediática adecuada favorece la prevención del VIH, debemos recordar el tratamiento informativo del VIH en el pasado que ha perpetuado el estigma social y la discriminación.

¿Qué se debe mejorar en este aspecto?

Para mí el uso del lenguaje es fundamental para terminar con el rechazo y la discriminación social.

Normalizar la palabra SIDA, ¿por qué resulta necesario?

Hay determinadas acciones que hemos trabajado en nuestra asociación para normalizar la palabra sida desde el principio de epidemia, como ha sido la visibilidad de los hombres gais seropositivos, incluso el nombre de nuestra entidad Gais Positius (Gais Positivos) ya es una acción política y fue transgresora hace 20 años cuando se creó.

¿Cree que se ha superado la "era del tabú"?

No sabría decir si se ha superado la era del tabú pero creo que ahora más que nunca es necesario seguir informando y educando para dar respuesta al VIH. Parece increíble después de tantos años de lucha contra el VIH, que todavía sea un problema hablar de sexo en muchas partes del mundo. Y esa situación, entre otras, sigue retrasando la prevención de la infección.

Tener una actitud positiva ante la enfermedad, ¿qué supone?

Ante la enfermedad, lo importante es cómo nos enfrentamos a ella, podemos seguir disfrutando de la vida y seguir informándose y empoderándose para luchar con las complicaciones físicas en caso que aparezcan, mejorar la calidad de vida y tener recursos por si aparecen actitudes discriminatorias.

Un mensaje esperanzador cuando hablemos y pensemos en VIH-SIDA...

Para mí un mensaje esperanzador al margen de lo biomédico, es la esperanza de que las nuevas generaciones se formen en valores y cuando hablemos del VIH y el Sida deje de tener connotaciones negativas, estigmatizadoras, educar en valores es educar para la vida.

JOAQUIM ROQUETA MANEN
Actualmente es Presidente de la Asociación GAIS POSITIUS y miembro de la Junta Directiva del Comité 1r de desembre (Plataforma Unitària ONG SIDA de Catalunya). Ha sido uno de los impulsores de *la Llei per a garantir els drets de lesbianes, gais, bisexuals, transgèneres i intersexuals i per a eradicar l'homofòbia, la bifòbia i la transfòbia* aprovada recentment per el Parlament de Catalunya. Ex-Secretario en la Comisión Ejecutiva de CESIDA (Coordinadora Estatal de VIH / Sida) de 2006 hasta 2010.Ex-Vicepresidente del Consell Municipal de Lesbianes, Gais i Homes i Dones Transexuals (2008-2012).También ha sido Vice-coordinador del "Área de Salud, VIH y Sida" de la FELGTB (Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales). (2010-2012).Ex-Secretario General de la Coordinadora LGTB de Catalunya. (2012 a 2013).
Gais Positius es una Entidad declarada de Utilidad Pública, la única asociación gestionada integramente por homosexuales afectados por el VIH y el Sida del Estado español.
Enlaces de interés: http://www.gaispositius.org

Encuentro digital con David Paricio - VIH-SIDA

18 de noviembre de 2014
Con motivo del Día Mundial de la Lucha Contra el SIDA, que se conmemora el próximo día 1 de diciembre, David Paricio, director de la ONG SIDASTUDI, responderá a nuestros usuarios.
Traslade su pregunta hasta el 26/11/2014

Más información [+]

grupo cts
LABJOR
CSIC Consejo Superior de Investigaciones Científicas
OEI
Junta de Andalucía Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo
sinc La ciencia es noticia
Agencia CyTA
Investigación y Desarrollo iD
asenmac

Juanse Hernández: “Nos encontramos en un momento muy prometedor en el campo del tratamiento de la hepatitis C”

Twittear

facebook

Coinfección VIH-VHC

«Los grandes avances que se han producido en el ámbito médico han permitido que las personas con VIH hoy día puedan tener una esperanza de vida similar a la del resto de la población y puedan plantearse retos y planes vitales que hasta hace unos años eran impensables»

Entrevista HBakkali

¿Cuáles son los principales objetivos y metas que centran la acción de gTt?

El Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt) dirige todos sus esfuerzos en intentar que las personas con VIH, o en riesgo de adquirirlo, puedan vivir el mayor tiempo posible con la mejor calidad de vida. Para ello proporcionamos atención, información y acompañamiento en temas relacionados con la infección por VIH, las hepatitis víricas y sus tratamientos, con el fin de que las personas afectadas sean capaces de tomar, junto con sus médicos, sus propias decisiones referentes a su salud e implicarse, de manera más activa, en el proceso de autocuidado.

¿Qué es el VHC? ¿Cómo puede producirse esta infección?

La hepatitis C es una infección vírica causada por el virus de la hepatitis C (VHC), un virus que se transmite únicamente por contacto directo con la sangre o tejidos que lo contienen. Cualquier práctica que implique una exposición a sangre contaminada supone un riesgo potencial de infección. Entre las vías de transmisión más frecuentes se incluyen haber recibido una transfusión sanguínea, un trasplante de órgano o haberse sometido a diálisis antes de 1991 (año en el que se introduce el cribado universal del VHC); el uso de material no esterilizado para el consumo de drogas inyectables; el uso de material no esterilizado para la realización de tatuajes, piercings o acupuntura; la transmisión ocupacional por accidentes en el ámbito laboral; y la transmisión accidental en el ámbito sanitario.

El VHC provoca un inflamación del hígado como consecuencia de la replicación del virus en las células de este órgano. Tras la infección inicial, en aproximadamente un 20% de las personas infectadas, su propio sistema inmunitario podrá controlar y eliminar por sí solo el virus del organismo. Dado que la infección es principalmente asintomática en esa fase inicial, en la mayoría de ellas se cronifica si no se trata. La replicación del virus en las células hepáticas y la consiguiente respuesta del sistema inmunitario tratando de eliminar y reparar el tejido dañado provoca una cicatrización (fibrosis). Con el tiempo, el volumen de tejido cicatrizado puede hacerse cada vez mayor (cirrosis) lo que hace que, poco a poco, el hígado tengan más dificultad para realizar sus funciones básicas. Cuando el hígado deja de funcionar de forma correcta la única solución es el trasplante. Además, en esa fase avanzada, existe un riesgo potencial de desarrollar un cáncer de hígado, como consecuencia de la degeneración que se ha producido en las células hepáticas, que requerirá también un trasplante de hígado.

¿Qué medidas de prevención existen?

El VHC es un virus cuyas vías de transmisión son bien conocidas; por lo tanto se puede prevenir de manera apropiada. De hecho, en España, desde principios de los años 90 se logró reducir de manera drástica la incidencia de la hepatitis C gracias al cribado universal del VHC en la sangre y hemoderivados y trasplantes; y a la introducción de programas de reducción de daños en el uso de drogas (programas de intercambio de jeringuillas; el uso de teparias para la deshabituación de los opiáceos; la puesta en marcha de salas de inyección segura; etc.).

La implantación de medidas de prevención universales encaminadas a la esterilización del material utilizado en todos los dispositivos sanitarios y en los estudios de tatuajes, piércing o acupuntura, etc. resulta esencial y de obligado cumplimiento para evitar la transmisión del VHC.

Aunque hasta ahora el riesgo de transmisión sexual ha sido bajo, se sabe que, determinadas prácticas sexuales que implican la presencia de sangre y en las que se dan también el uso de otros factores de riesgo (presencia de infecciones de transmisión sexual, drogas recreativas, alcohol, desinhibición de la conducta, sexo en grupo…), favorecen la transmisión del VHC.

¿Es común que ambas infecciones (VIH-VHC) se produzcan de manera simultánea?

Ambos virus comparten vías de transmisión similares por lo que en el pasado fue bastante frecuente la coinfección por hepatitis C en personas diagnosticadas de VIH, sobre todo entre usuarios y usuarias de drogas inyectables. En la actualidad, sin embargo, la coinfección es menos frecuente entre los nuevos diagnosticados de VIH en parte debido a la menor prevalencia de uso de drogas inyectables y a su uso más seguro, y en parte al cambio que se ha producido en la transmisión del VIH que, actualmente, es fundamentalmente sexual.

Con todo cabe subrayar los nuevos casos de hepatitis C aguda transmitida por vía sexual que se están observando en hombres gais y bisexuales con VIH de grandes ciudades de España, Europa, EE UU y Australia que suponen un nuevo reto en el manejo clínico y en las intervenciones preventivas dirigidas a este colectivo.

En España, ¿cuál es la situación actual de la coinfección VIH-VHC?

Se estima que en un 30% del total de personas con VIH (130.000 – 160.000) están coinfectadas por VIH. Si bien la gran mayoría de estas personas tienen su infección por

VIH controlada gracias al uso del tratamiento antirretroviral, no sucede lo mismo con su infección por VHC. De hecho, las complicaciones asociadas con la enfermedad hepática terminal por VHC se han convertido en la actualidad en una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en pacientes coinfectados por VIH.

Mención aparte merece la situación actual de la hepatitis C y la coinfección por VIH y VHC en los centros penitenciarios españoles. De acuerdo con los datos más recientes, un 22% de las personas privadas de libertad en España padecen hepatitis C de las cuales un 40% está coinfectada por VIH. Es decir, que un 10% de la población penitenciaria en España está coinfectada por VIH y VHC. Un problema grave que necesita una solución urgente.

¿Cómo afecta a la progresión de la Hepatitis C el VIH?

Aunque no se conocen del todo bien los factores implicados, la infección por VIH modifica la historia natural de la hepatitis C acelerando la progresión de la fibrosis hepática, aumentando el riesgo de la descompensación de la cirrosis y disminuyendo la supervivencia después del primer episodio de descompensación.

¿Tener hepatitis C empeora el pronóstico del VIH?

De igual forma, según los expertos, existiría un efecto del VHC sobre el VIH por el cual el primero aceleraría la progresión del segundo. Esto se ha podido constatar a través de ensayos clínicos que pudieron mostrar que los pacientes coinfectados por VIH y hepatitis C que lograban erradicar el VHC gracias al tratamiento no sólo mejoraban su enfermedad hepática sino que progresaban menos a sida y tenían una menor mortalidad por causas diferentes a las hepáticas y a las debidas a sida que los pacientes coinfectados que no habían logrado eliminar el VHC. Esto puede ser debido a que, a pesar de que el VHC es un virus hepático, su acción impacta en otros órganos y sistemas. De ahí la importancia de su erradicación.

¿Qué tratamiento necesitan **estos pacientes?**

Por un lado necesitan tratamiento diario para el VIH que les permite controlar la infección aunque sin eliminar el virus del organismo. Consiste en la combinación de, por lo general, tres medicamentos que actúan impidiendo que el virus se replique dentro de sus células dianas (linfocitos T CD4, principalmente). Por otro lado, los pacientes necesitarán en algún momento tratar la hepatitis C. Estos tratamientos suelen tener una duración determinada. Hasta el 2011, el tratamiento de la hepatitis C consistía en la combinación de dos fármacos un medicamento inyectable (interferón pegilado) y un fármaco oral (ribavirina). Esta combinación ofrecía tasas de respuesta muy bajas, especialmente en personas coinfectadas, y provocaba importantes efectos secundarios. Desde 2011, están apareciendo nuevos antivirales que actúan directamente contra el virus, de manera que el futuro paradigma de tratamiento de la hepatitis C será muy similar al del VIH: combinaciones de fármacos sólo orales que actúan impidiendo la

replicación del VHC en las células hepáticas. Esto posibilita abandonar interferón pegilado y ribavirina y obtener tasas de respuesta mucho más elevadas y con una gran tolerabilidad. La duración de las nuevas pautas de tratamiento podrán oscilar entre 8, 12 o 24 semanas de acuerdo con las características de cada paciente.

¿Cómo suele ser la respuesta al tratamiento?

Con el tratamiento estándar anterior (interferón pegilado y ribavirina), la tasa de respuesta en pacientes coinfectados ha sido tradicionalmente muy baja, especialmente en aquellas personas con el genotipo 1 del VHC. Por ello, se ha considerado siempre a las personas coinfectadas pacientes ‘difíciles de tratar’. Sin embargo, con este nuevo paradigma de tratamiento de la hepatitis C, con pautas de antivirales de acción directa, la respuesta de los pacientes coinfectados es similar a la observada en personas que sólo tienen hepatitis C (pacientes monoinfectados). De hecho, la categoría de pacientes ‘difíciles de tratar’ otorgada a los pacientes coinfectados ya no tiene razón de ser en este nuevo escenario de tratamiento de la hepatitis C. Con todo, se debe prestar especial atención en seleccionar los medicamentos del VIH que no presenten interacciones con los antivirales del VHC, un aspecto que los médicos conocen y manejan bien en la práctica clínica.

¿Es posible la cura del VHC en pacientes con VIH?

Sí. A día de hoy y en los próximos años, será posible curar la hepatitis C en un número cada vez mayor de pacientes, incluidos los pacientes coinfectados. A diferencia del VIH, el tratamiento de la hepatitis C consigue eliminar completamente el virus del organismo. Y ese es el objetivo del tratamiento, es decir que el VHC no pueda ser detectado tres meses después de haber finalizado el tratamiento, lo que se conoce como respuesta virológica sostenida. El beneficio a largo plazo de una respuesta virológica sostenida es la disminución del cáncer de hígado asociado al VHC y la mortalidad general de los pacientes. Esta premisa también es aplicable para los pacientes coinfectados por VIH en los que la respuesta virológica sostenida se ha asociado también a una disminución de la mortalidad relacionada y no relacionada con el hígado. Diversos estudios realizados en personas coinfectadas han mostrado que, a los cinco años de tratar y eliminar el VHC, la mitad de los pacientes que tenían una precirrosis o cirrosis presentaron una fibrosis nula o leve

Actualmente, en España, ¿qué pronóstico presentan los pacientes con esta coinfección?

En general, en España, aproximadamente un 45% de los pacientes con hepatitis C cumplirían los criterios para recibir tratamiento lo que significa que tienen una fibrosis lo suficientemente significativa como para ser tratada. En el caso de las personas con VIH, dada la evolución más rápida de la hepatitis C, un número importante de ellos también cumpliría los criterios para recibir tratamiento. Resulta importante frenar la progresión de la enfermedad hepática antes de que puedan aparecer complicaciones que dificulten el manejo apropiado del tratamiento.

Desde el punto de vista terapéutico, ¿en qué momento estamos? ¿Qué metas son las más prometedoras?

Nos encontramos en un momento muy prometedor en el campo del tratamiento de la hepatitis C. Desde este año, contamos con nuevos antivirales que permiten crear combinaciones de fármacos de acción directa sin el uso de interferón pegilado y ribavirina. Es el comienzo de una nueva era en el tratamiento de la hepatitis C, especialmente para los pacientes con genotipo 1, con tasas muy elevadas de curación, con mayor tolerabilidad y con pautas de menor duración. El futuro se vislumbra esperanzador: en los próximos años se irán incorporando nuevas combinaciones de fármacos antivirales orales que permitirán tratar a un número cada vez mayor de pacientes de una manera más sencilla, especialmente a personas con enfermedad hepática avanzada y aquellas con genotipos distintos al genotipo 1. Sin embargo, no será un camino fácil: el precio elevado de los nuevos antivirales contra el VHC y la ausencia de una estrategia nacional de salud pública para hacer frente a la hepatitis C en España son dos de los obstáculos más importantes para que los pacientes puedan acceder a la innovación terapéutica y, en definitiva, para erradicar la hepatitis C en nuestro país.

¿Qué papel considera que debe jugar la comunicación y la información a la hora de abordar este tipo de infecciones?

La información en salud contrastada, fiable y basada en resultados científicos permite el empoderamiento de los pacientes capacitándolos para tomar decisiones respecto a su propia salud e implicarse en el proceso de autocuidado. Los medios de comunicación deberían contribuir a la labor de educar y divulgar en temas relacionados con la salud en lugar de ‘infoxicar’ con noticias alarmistas y sensacionalistas que sólo buscan impresionar a base de titulares.

¿Qué se debe mejorar en este aspecto?

Al hilo de lo que acabo de decir, considero que es necesario mejorar la calidad de la información que los medios de comunicación generalistas proporcionan en sus

secciones de salud. Muchas de las noticias publicadas están repletas de imprecisiones, exageraciones y de sesgos por diferentes causas (tiempo, espacio, publicidad encubierta…). Todo ello provoca una sensación de infoxicación en el ciudadano (y el paciente) que se ve incapaz de filtrar los contenidos que resultan más fiables y relevantes para el abordaje de su propia salud.

Normalizar la palabra sida, ¿por qué resulta necesario?

Normalizar la palabra sida (escribirla en minúscula es un paso hacia la normalización) supone superar el estigma y la discriminación al que todavía se asocia la enfermedad. En España y otros países de nuestro entorno, el VIH/sida se ha construido socialmente como una enfermedad moral vinculada a prácticas ilícitas (consumo de drogas por vía intravenosa) y comportamientos sexuales desviados (homo- y bisexualidad, prostitución o promiscuidad). Estos estereotipos negativos, que se han difundido en buena medida por los medios de comunicación desde el inicio de la epidemia, se han perpetuado con el tiempo y continúan suponiendo un menoscabo para el bienestar y la calidad de vida de las personas con VIH.

¿Cree que se ha superado la "era del tabú"?

Es cierto que se observan cambios en la percepción que tiene la sociedad española respecto a la enfermedad y las personas que la padecen. Sin embargo, los grandes avances que han tenido lugar en la respuesta frente al VIH/sida en el terreno científico no siempre se han visto acompañados de un progreso semejante en la esfera de los derechos humanos y sociales. Las consecuencias del estigma y la discriminación por VIH son tanto psicológicas (sentimiento de culpa, pérdida de autoestima, depresión, etc.) como de orden práctico (denegación de servicios y violación de derechos laborales, sanitarios, sociales, etc.). Su efecto es aún más perverso al reforzar y solaparse con otras discriminaciones preexistentes (género, orientación sexual, consumo de sustancias ilegales, etc.). Una sociedad que estigmatiza y discrimina por razón del estado serológico al VIH no sólo atenta contra los derechos y la calidad de vida de las personas afectadas, sino que, además, menoscaba el bienestar y la justicia de la sociedad en su conjunto, así como su capacidad para hacer frente a la epidemia. Por lo tanto, queda mucho camino todavía por recorrer.

Tener una actitud positiva ante la enfermedad, ¿qué supone?

Contribuye a evitar que el estigma se interiorice y, por lo tanto, que una persona se autoexcluya y aísle a causa de su estado serológico al VIH. Desarrollar habilidades y estrategias, por uno mismo o con ayuda de profesionales, para afrontar el estigma y el estigma interiorizado contribuye a una mejora del bienestar y la calidad de vida de las personas afectadas.

Un mensaje esperanzador cuando hablemos y pensemos en VIH-sida...

Los grandes avances que se han producido en el ámbito médico han permitido que las personas con VIH hoy día puedan tener una esperanza de vida similar a la del resto de la población y puedan plantearse retos y planes vitales que hasta hace unos años eran impensables. El tejido asociativo seguiremos trabajando por que las personas con VIH puedan disfrutar de los mismos derechos que el resto de la población y por la normalización de la infección y de las personas que la padecen.

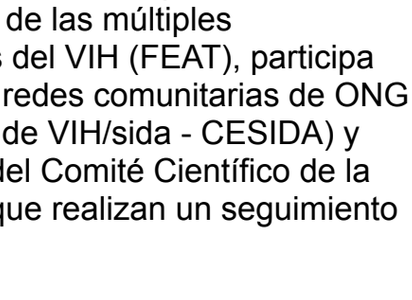
Juanse Hernández

Juanse Hernández es licenciado en Filología Clásica y Diplomado en Estudios Avanzados (DEA) en Retórica y Teoría Política en el Mundo Antiguo por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Como activista y defensor de los derechos de las personas con VIH y/o hepatitis víricas, su labor profesional se desarrolla en el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH), una ONG con sede en Barcelona que, desde 1997, proporciona atención, información y acompañamiento, desde una perspectiva comunitaria, sobre la infección por VIH, las hepatitis virales y sus tratamientos, con el fin de que las personas afectadas sean capaces de tomar, junto con sus médicos, sus propias decisiones referentes a su salud. Además, es editor científico sénior de gTt-VIH tanto del portal web (www.gtt-vih.org) como de las múltiples publicaciones y recursos divulgativos que la entidad edita de forma regular.Cofundador y miembro del Foro Español de Activistas en Tratamientos del VIH (FEAT), participa de forma activa en la defensa y promoción de los derechos de las personas con VIH, especialmente de los relacionados con la salud, a través de redes comunitarias de ONG de ámbito autonómico (Comitè 1r de Desembre – Plataforma Unitaria de ONG de VIH/sida en Cataluña), nacional (Coordinadora Estatal de ONG de VIH/sida - CESIDA) y europeo (European AIDS Treatment Group – EATG). En representación de las ONG y de los pacientes con VIH, Juanse Hernández es miembro del Comité Científico de la Cohorte PISCIS y del Comité Científico de la Cohorte de la Red de Investigación en Sida (CoRIS). CoRIS y PISCIS son dos estudios de cohorte que realizan un seguimiento epidemiológico y clínico de pacientes con VIH a nivel estatal y catalán, respectivamente.

Enlaces de interés :www.gtt-vih.org

Encuentro digital con David Paricio - VIH-SIDA

18 de noviembre de 2014
Con motivo del Día Mundial de la Lucha Contra el SIDA, que se conmemora el próximo día 1 de diciembre, David Paricio, director de la ONG SIDASTUDI, responderá a nuestros usuarios.
Traslade su pregunta hasta el 26/11/2014



Más información [+]

asenmac

VIH-SIDA Vacunas y nuevas tecnologías de la prevención

Twittear

facebook

Entrevista a Laia Ruiz
«Antes pensábamos que llevar el tratamiento a países en desarrollo era una utopía y ahora hemos demostrado que es una realidad. Si nos ponemos todos a trabajar, las utopías se vuelven realidad»

Laia Ruiz. Imagen: Photocities BCN

_____

Entrevista HBakkali

¿Cuáles son los principales objetivos y metas que centran la acción de Planeta Salud?

Planeta Salud trabaja para tener mejores herramientas de salud, que sean eficaces, seguras y universalmente accesibles. Fomentamos la investigación y desarrollo de vacunas, microbicidas y otras tecnologías de prevención que ayuden a detener la epidemia global del VIH. También trabajamos para tener nuevos tratamientos, diagnósticos y métodos de prevención para la tuberculosis –primera causa a nivel mundial de mortalidad entre personas que viven con VIH. Nuestro trabajo se centra en la incidencia política, la movilización social y la sensibilización.

¿En qué momento estamos de la lucha contra el VIH-SIDA?

A nivel científico, y desde una perspectiva de prevención, estamos en una buena situación. Hay numerosos ensayos en marcha y varias estrategias se han mostrado eficaces –aunque se necesiten nuevos ensayos y productos para mejorar el impacto. Tanto los microbicidas vaginales como las vacunas preventivas han mostrado eficacia parcial frente a la infección por VIH. Si bien esa eficacia mostrada no es suficiente, demuestran que vamos en el buen camino. Otras tecnologías de prevención, como la circuncisión masculina voluntaria y la profilaxis pre-exposición, han mostrado ser muy eficaces en la prevención del VIH –por lo que ya se están expandiendo. Además, la ciencia ha demostrado que una persona con VIH en tratamiento no sólo tiene un beneficio personal, sino que ayuda a prevenir la transmisión.

El problema que tenemos actualmente es el económico. Necesitamos más fondos para la I+D, y sin embargo muchos gobiernos están recortando su apoyo: España, por ejemplo.

¿Qué supone una detección precoz del VIH?

A nivel personal, la detección precoz es muy importante porque ahora sabemos que cuanto antes se empiece el tratamiento menos reservorios se pueden crear. Además, los primeros meses de infección –cuando la viremia es elevada y no está controlada- puede haber más riesgo de transmisión. Sin embargo, se ha de tener en cuenta que es una decisión de cada persona –y ha de ser tomada con toda la información y libremente. No olvidemos que aunque el tratamiento es bueno y cómodo, es medicación de por vida. La persona ha de ser consciente de esto y aceptarlo… lo cual a largo plazo también tendrá un impacto en la adherencia. Si la persona no está convencida, la adherencia puede verse afectada –teniendo consecuencias para la propia salud.

¿Por qué los tratamientos que existen actualmente no consiguen erradicar el VIH?

El virus actúa de forma muy rápida, y en seguida crea reservorios: zonas donde el virus penetra, pero el tratamiento no. Sabemos que si una persona se expone al virus y, de forma inmediata, recibe tratamiento puede no infectarse (profilaxis post-exposición). Actualmente, la investigación se está centrando en “despertar” el virus escondido en los reservorios y luego tratarlo, para intentar erradicar por completo la infección.

Tratamiento antiretroviral como medio de prevención, ¿de qué eficacia hablamos?

Estamos hablando de una eficacia muy alta. Al beneficio para la persona se une que, si la carga viral es indetectable la transmisión puede evitarse. Ya se había observado en mujeres embarazadas –que con el tratamiento adecuado, se reducía la carga viral y se evitaba la transmisión a sus bebés. Estamos hablando de una eficacia para evitar la transmisión entorno al 96%.

Vacunas terapéuticas y vacunas preventivas, ¿qué se ha conseguido y qué queda por conseguir?

Hemos conseguido la prueba de concepto de una vacuna preventiva (estudio RV 144, o vacuna de Tailandia). Era una combinación de inmunización + refuerzo. El ensayo contó con la participación de 16.000 hombres y mujeres de Tailandia, que recibieron una serie de seis inyecciones – ALVAC HIV como inmunización y AIDSVAX B/E como refuerzo. Las personas que recibieron las vacunas tuvieron un 31% menos de riesgo de infección frente a las personas que recibieron placebo. Durante el primer año tras la vacunación, el efecto protector fue aún mayor.

En el caso de la terapéutica, todos los estudios han sido en fase I, muy pronto para aventurarnos a decidir si una candidata es o no efectiva.

En ambos casos, eso sí, se ha avanzado mucho. Sobre todo en la investigación de anticuerpos ampliamente neutralizantes, que podrían tanto evitar la infección como en

caso de ocurrir, controlar la replicación del virus.

Los tratamientos con los que actualmente contamos para la lucha frente al VIH-SIDA, ¿qué calidad de vida le garantizan al paciente?

Una calidad muy elevada, con una menor cantidad de comprimidos y menos efectos secundarios. Aún así, hay que continuar trabajando. Algunos efectos secundarios tienen un enorme impacto en la vida de personas con VIH –como la lipodistrofia. Además, se está avanzando en medicamentos inyectables que permitirían a la persona recibir el tratamiento cada cierto tiempo y no de forma diaria. El tratamiento actual es muy efectivo, pero siempre podemos y debemos mejorar.

En España, ¿cómo están afectando los recortes a la lucha contra el VIH-SIDA?

En el área de cooperación, mucho. España era un importante aliado en la lucha contra el sida, como financiador del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria; y como financiador de la Iniciativa Internacional por la Vacuna del Sida (IAVI) y el Partenariado Internacional por los Microbicidas (IPM). Con la excusa de la crisis, ha reducido su apoyo a estos organismos a cero. En el caso del Fondo Mundial, implica menos tratamientos para muchas personas en países en desarrollo. En el caso de IAVI e IPM, una falta total de visión de futuro. Sin herramientas de prevención que se añadan a las actuales, no podremos tener un mundo sin sida.

¿Cómo y cuándo se logrará acabar con el VIH-SIDA?

Cuando haya acceso universal a tratamientos, una vacuna preventiva accesible, una cura y otras herramientas que se adapten a las personas –y no al revés. Hay que luchar contra las inequidades, y hay que contar con herramientas que nos lo permitan.

En países en vías de desarrollo sigue habiendo una importante barrera en el acceso al tratamiento, métodos de prevención y formación sobre el VIH-SIDA, ¿qué estrategias considera que son necesarias para lograr mitigar este hecho?

Aquellas estrategias donde las personas estén en el centro, que nazcan de las mismas comunidades afectadas. No podemos seguir aceptando que las estrategias se creen en despachos y no tengan en cuenta las necesidades reales de las personas. Y esto es una necesidad en todo el mundo.

¿Pensar en un acceso universal al tratamiento del VIH-SIDA es pensar en una utopía?

Antes pensábamos que llevar el tratamiento a países en desarrollo era una utopía y ahora hemos demostrado que es una realidad. Si nos ponemos todos a trabajar, las utopías se vuelven realidad.

Métodos y tecnologías preventivas, ¿qué tenemos y qué necesitamos?

Necesitamos un compromiso real a largo plazo. La I+D de una vacuna es más larga que una legislatura, el compromiso político debería serlo también. Necesitamos fondos, necesitamos apoyo, y necesitamos que nuestro gobierno sea consciente.

¿Podemos considerar la educación sexual como mejor forma de prevenir el VIH-SIDA?

Educación sexual, empoderamiento, lucha contra las inequidades, contra la pobreza… hemos de trabajar de forma holística y con impacto real. Cuando hablas con las personas, muchas saben cómo se transmite el VIH –pero no tienen el poder real de elegir. Así que la educación sexual es clave, pero en conjunto con otras estrategias de lucha contra la desigualdad.

¿Qué papel cree que debe jugar la comunicación y la información a la hora de abordar el VIH-SIDA?

Es clave. Para mostrar los retos a los que nos enfrentamos, pero también los logros. También es importante porque nos ayuda a luchar contra el estigma, que aún existe.

¿Qué se debe mejorar en este aspecto?

La estacionalidad, básicamente. Parece que el sida sólo existe el 1 de diciembre o durante las conferencias. Y también es importante educar a las personas en la ciencia: en qué implican los ciclos de investigación; la importancia de un estudio Fase I y de uno Fase III; la importancia de los y las voluntarias…

Normalizar la palabra SIDA, ¿por qué resulta necesario?

Porque aún se utiliza con miedo, con el miedo al otro. Escuchar sida es, para muchas personas, un miedo irracional. Normalizar la palabra nos ayuda a luchar contra el estigma. Nos ayuda a seguir actuando.

¿Cree que se ha superado la "era del tabú"?

A veces lo creo. Otras muchas no. Cuando digo en lo que trabajo, muchas personas reaccionan con buenismo, que es otra forma de tabú. "Pobrecitos", "debe ser duro"… siguen sin ver a las personas que viven con VIH como personas más allá de su seroestatus.

Tener una actitud positiva ante la enfermedad, ¿qué supone?

Significa fortaleza, significa no rendirse. Ser positivo en momentos duros, en cualquier enfermedad, es darte alas. Y por supuesto, eso tiene un impacto real en el desarrollo de la enfermedad. El optimismo es clave, para el día a día pero sobre todo para momentos duros. *Con un poco de azúcar…*

Un mensaje esperanzador cuando hablemos y pensemos en VIH-SIDA...

Siguiendo la pregunta sobre la utopía… nosotros decidimos si lo dejamos en utopía o en un sueño cumplido.

Laia Ruiz. Activista y periodista, especializada en información científica. Diseña e implementa en equipo actividades de sensibilización, trabajo comunitario e información. Se encarga de llevar a cabo las relaciones con redes comunitarias y ONG con quien colabora Planeta Salud. Asimismo, gestiona la información científica de la entidad y lleva a cabo el trabajo de desarrollo institucional. Anteriormente trabajó en diversos medios elaborando temas socio- científicos y participó en varios movimientos por la paz, la

cooperación al desarrollo y el bienestar social.

Imagen Laia Ruiz: Photocities BCN

Enlaces de interés: www.planetasalud.org

Encuentro digital con David Paricio - VIH-SIDA

18 de noviembre de 2014
Con motivo del Día Mundial de la Lucha Contra el SIDA, que se conmemora el próximo día 1 de diciembre, David Paricio, director de la ONG SIDASTUDI, responderá a nuestros usuarios.
Traslade su pregunta hasta el 26/11/2014

Más información [+]

grupo cts
LABJOR
CSIC Consejo Superior de Investigaciones Científicas
OEI
Junta de Andalucía Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo
sinc La ciencia es noticia
Agencia CyTA
Investigación y Desarrollo ID
asenmac

Organizaçao dos Estados Ibero-americanos para a Educaçao, a Ciência e a Cultura
Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Divulgación y Cultura Científica Iberoamericana

Opinión | Reportajes | Noticias | Entrevistas

Dra. Cristina Quero Blanco: "El pronóstico del linfoma de Hodgkin es muy bueno en general"

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
«Al no disponer de una causa conocida del linfoma de Hodgkin, no va a ser posible su prevención»
«Se conoce que la edad mayor de 45-50 años (según el estadio) es un factor pronóstico desfavorable en el linfoma de Hodgkin»
«Existe una línea de investigación en inmunotoxinas que ha mostrado unos resultados muy favorables en el tratamiento del linfoma de Hodgkin en recaída»
«Los síntomas con los que se manifiesta el linfoma de Hodgkin van a depender de la localización del mismo»

La incidencia del linfoma de Hodgkin se estima en 2,5 casos por cada 100.000 habitantes hombres y 2,1 casos detectados en mujeres. Este cáncer aparece con mayor frecuencia en personas jóvenes, aunque se advierten dos picos de prevalencia que se desarrollan entre los 15 y 40 años y a partir de los 55 años. Con maotivo del Día Mundial del Linfoma, Dra. Cristina Quero Blanco, especialista en Oncología Médica y miembro de la unidad de tumores urológicos y linfomas de Xanit Hospital Internacional, nos responde a cuáles son las características principales que definen esta neoplasia.

¿Qué es el linfoma?

Podríamos definir el linfoma como un cáncer del sistema linfático, el cual se encuentra constituido por la linfa, los vasos y los ganglios linfáticos, el bazo, el timo, las amígdalas y la médula ósea.

¿Qué tipos existen?

Existen 2 grandes grupos de linfomas, los linfomas no Hodgkin y los linfomas de Hodgkin.

¿Cómo se produce el linfoma de Hodgkin?

El linfoma de Hodgkin (LH) se produce por la alteración de los genes de los linfocitos que le confieren la capacidad de escapar al control de las células encargadas de la vigilancia inmunológica y así proliferar de forma incontrolada.

¿Qué tipos de linfoma de Hodgkin existen?

Existen dos grandes subtipos, el linfoma de Hodgkin clásico y el linfoma de predominio linfocítico nodular. Dentro del subtipo clásico existen 4 variedades: el linfoma de Hodgkin esclerosis nodular, celularidad mixta, depleción linfocítica y rico en linfocitos.

¿Cómo es el mecanismo de actuación de este cáncer?

Los linfocitos alterados crecen de forma descontrolada al no tener o no responder a mecanismos de regulación de la proliferación.

¿Con qué síntomas se manifiesta?

Los síntomas con los que se manifiesta el linfoma de Hodgkin van a depender de la localización del mismo. Habitualmente el paciente acude al médico por la aparición de adenopatías (ganglios aumentados de tamaño), generalmente a nivel cervical o axilar.

Aproximadamente el 25% de los pacientes presentan una serie de síntomas generales llamados síntomas B, que son la pérdida de peso, la fiebre persistente o la sudoración nocturna.

¿A qué edad es más común su diagnóstico?

El linfoma de Hodgkin aparece fundamentalmente en personas jóvenes. Existen dos picos de incidencia: uno entre los 15 y 40 años y otro a partir de los 55 años.

¿Cuál es su incidencia actualmente en España?

La incidencia del linfoma de Hodgkin es de 2,5 casos por cada 100000 habitantes en varones y 2,1 casos en mujeres. La incidencia del linfoma de Hodgkin ha disminuido ligera pero significativamente a lo largo de los 20 últimos años.

¿A qué factores causales puede deberse esta enfermedad?

No existe una causa claramente conocida del linfoma de Hodgkin. Se postula la influencia de determinados virus en su etiología (virus de Epstein-Barr) aunque esto no ha podido demostrarse de forma definitiva.

¿Existen factores genéticos en su desarrollo? ¿Se trata de un cáncer hereditario?

Se ha observado cierta agregación familiar de pacientes con linfoma de Hodgkin. Los familiares de primer grado de los pacientes con esta enfermedad presentan un riesgo hasta cinco veces mayor de sufrir el linfoma y los gemelos monocigóticos de una persona con linfoma de Hodgkin tienen una probabilidad casi 100 veces mayor de padecer la enfermedad en relación a los gemelos dicigóticos.

¿Tener el VIH-SIDA incrementa el riesgo de padecer este cáncer?

No está claro que las personas que tengan infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tengan un mayor riesgo de presentar un linfoma de Hodgkin. Sin embargo se sabe que los pacientes VIH positivos que presentan un LH, debido a la supresión inmunológica, el linfoma puede progresar más rápido y ser más difícil de tratar.

¿Es un cáncer más agresivo cuando se manifiesta en adultos o cuando se manifiesta en niños?

Existen una serie de factores llamados pronósticos que nos aportan información de la probabilidad de curación de un paciente. Se conoce que la edad mayor de 45-50 años (según el estadio) es un factor pronóstico desfavorable en el linfoma de Hodgkin.

¿Cuáles son los métodos diagnósticos habituales de esta enfermedad?

Para el diagnóstico del linfoma de Hodgkin es necesario el estudio histológico (biopsia) del tumor, preferiblemente la resección de un ganglio entero.

¿En qué estadios suele detectarse?

El 70% de los pacientes con un linfoma de Hodgkin va a presentar estadios iniciales (I y II) y el 30% estadios avanzados (III y IV).

¿En qué consiste el tratamiento del linfoma de Hodgkin?

El tratamiento del linfoma de Hodgkin consiste habitualmente en la administración de quimioterapia intravenosa, a la que se asocia radioterapia en casos concretos. Sólo en determinados casos se administra radioterapia como tratamiento exclusivo.

¿Qué efectos adversos puede tener?

La quimioterapia que se administra para el tratamiento del linfoma de Hodgkin habitualmente es bien tolerada. Como efectos más significativos tenemos la alopecia (caída del pelo) y las náuseas y vómitos.

¿Cuál es el pronóstico de este cáncer actualmente?

El pronóstico del linfoma de Hodgkin es muy bueno en general. Existen una serie de factores pronósticos que los clasifican en subgrupos en función de los cuales vamos a conocer la probabilidad de curación de cada paciente. En general, la tasa de curación de los pacientes con linfoma de Hodgkin oscila entre un 90-95% en los estadios iniciales y entorno al 80% en los estadios avanzados.

¿Es posible la prevención del linfoma de Hodgkin?

Al no disponer de una causa conocida del linfoma de Hodgkin, no va a ser posible su prevención**.**

En materia de investigación, ¿cuáles son los avances más esperanzadores?

Existe multitud de nuevos fármacos que se están investigando en ensayos clínicos, algunos de los cuales ya han mostrado su eficacia. Las líneas de investigación van dirigidas hacia el campo de la inmunoterapia y otras son moléculas antidiana dirigidas contra genes o proteínas específicas.

¿Cuáles son las nuevas alternativas de tratamiento?

Se están ensayando combinaciones de quimioterapia clásica con estas nuevas moléculas que han ido mostrando su eficacia en monoterapia. Existe una línea de investigación en inmunotoxinas que ha mostrado unos resultados muy favorables en el tratamiento del linfoma de Hodgkin en recaída.

Dra. Cristina Quero Blanco, especialista en Oncología Médica y miembro de la unidad de tumores urológicos y linfomas de Xanit Hospital Internacional

Más sobre linfoma

- Linfoma y sida
- Linfoma infantil
- Linfoma no Hodgkin

Inicio

Organizaçao dos Estados Ibero-americanos para a Educaçao, a Ciência e a Cultura
Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Divulgación y Cultura Científica Iberoamericana

Opinión | Reportajes | Noticias | Entrevistas

Dra. Elena Cela: "El linfoma ocupa el tercer lugar en la incidencia de cáncer en los niños"

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
«Los linfomas más frecuentes en los niños son los llamados de alto grado, principalmente el tipo Burkitt y el linfoblástico»
«En general, se puede hablar de una curación por encima del 70%, y por encima del 90% en formas localizadas»
«Los estudios genéticos permitirán un tratamiento más dirigido, más específico a cada linfoma»

.....

El linfoma diagnosticado en niños se manifiesta, habitualmente, entre los 5 y los 15 años, siendo la tercera neoplasia de mayor incidencia entre los más pequeños por detrás de tumores del sistema nervioso central y de las leucemias.

Con motivo del Día Mundial del Linfoma, la Dra. Elena Cela, especialista del Servicio de Hematología Oncológica Pediátrica del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid., nos responde a cuáles son las cracterísticas principales de esta enfermedad cuando se manifiesta durante la infancia.

.....

¿Qué es el linfoma? ¿Cómo es su mecanismo de actuación?

Es una proliferación maligna de células llamadas linfocitos, las cuales se localizan en el tejido linfoide del organismo (que está, por ejemplo, en ganglios, intestino y bazo). Se origina en algún órgano con este tejido linfoide y luego puede diseminarse a otros órganos.

¿Qué tipo de linfomas son los más habituales en niños?

Los linfomas más frecuentes en los niños son los llamados de alto grado, principalmente el tipo Burkitt y el linfoblástico. Se les conoce como Linfomas No Hodgkin, para diferenciarlos de la Enfermedad de Hodgkin, que se origina también en localizaciones parecidas.

¿Qué sintomatología es la más frecuente?

Los síntomas dependen de la localización inicial del tumor, y pueden ser muy variados. La mayoría de ellos se originan en abdomen, produciendo dolor, síntomas digestivos, obstrucción del intestino con vómitos, masa que se palpa, aumento del hígado y del bazo. Si se originan en los ganglios del cuello, se produce aumento de los mismos, notándose bultos llamativos. En el espacio que hay entre los pulmones, llamado mediastino, pueden provocar obstrucción de los vasos sanguíneos grandes que pasan por ahí (vena cava superior), produciendo dificultad respiratoria e impedimento para retorno de la sangre de la cabeza y cuello.

¿A qué causas puede deberse el desarrollo de esta enfermedad en estas edades?

En la mayoría de los casos se desconoce la causa del desarrollo del linfoma. Algunos casos son relacionados con infección por un virus, el Epstein Barr, y también son más frecuentes en niños infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Uno de los tipos de linfoma, el Burkitt, es muy frecuente en África. Otras inmunodeficiencias genéticas (heredadas) pueden predisponer a la aparición de linfomas, así como la inmunosupresión generada por fármacos administrados tras los transplantes. El tratamiento con quimioterapia o radioterapia previo por otro tumor puede aumentar el riesgo de linfoma.

¿Existen causas genéticas en su desarrollo?

Aunque las alteraciones genéticas son características en la mayoría de las células de los linfomas, no se encuentran habitualmente causas hereditarias que los causen. Las alteraciones genéticas heredadas que causan inmunodeficiencias sí se asocian con el desarrollo de estos tumores.

¿A qué edad es más habitual que se diagnostique la enfermedad?

Entre los 5 y 15 años.

Actualmente, ¿cuál es la incidencia de la enfermedad entre esta población?

El linfoma ocupa el tercer lugar en la incidencia de cáncer en los niños, por detrás de tumores del sistema nervioso central y leucemias (7% de las enfermedades malignas de los niños).

¿Qué métodos diagnósticos son los más habituales?

El diagnóstico definitivo lo proporciona la biopsia del tumor, donde se realizan estudios anatomopatológicos y genéticos. Se toman muestras también de la médula ósea, el líquido cefaloraquídeo y pruebas de imagen (resonancia magnética, escáner, gammagrafías) para definir si el tumor está localizado o afecta a más órganos (metástasis a distancia).

¿En qué consiste el abordaje terapéutico en estos casos?

En niños, el arma fundamental es la quimioterapia.

¿Qué efectos adversos pueden derivarse del tratamiento?

Lo de todos los tratamientos quimioterápicos, ya que afectan a todas las células del organismo que se dividen rápidamente y no solo a las cancerosas. Por ello, se afectan las células del sistema digestivo, las sanguíneas (células rojas, blancas y plaquetas), se cae el pelo, y puede haber toxicidad en otros órganos como hígado, riñón y corazón.

Hoy en día en España, ¿qué pronóstico presenta el linfoma en niños?

Depende del estadio y del tipo de linfoma, pero en general se puede hablar de una curación por encima del 70%, y por encima del 90% en formas localizadas. En España se siguen protocolos internacionales con tasas de curación equiparables al resto de Europa y norteamérica, cuya coordinación se realiza a través de la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas (SEHOP). Los casos se registran en el Registro Nacional de Tumores Infantiles.

¿Son frecuentes las recaídas?

Depende del estadio inicial, del tipo de tumor, y de si existe enfermedad de base, pero en general son raras.

¿Es mejor o peor el pronóstico de la enfermedad cuando se diagnostica en edades tempranas?

No está totalmente definido.

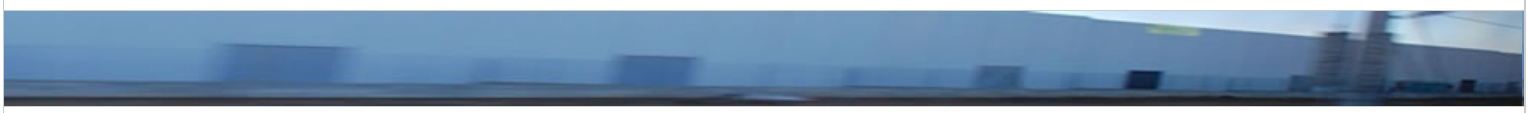
Desde el punto de vista del tratamiento, ¿cuáles son los avances más prometedores hoy en día?

Los estudios genéticos permitirán un tratamiento más dirigido, más específico a cada linfoma, y los anticuerpos monoclonales han abierto una puerta también a tasas más altas de curación.

Dra. Elena Cela. Especialista del Servicio de Hematología Oncológica Pediátrica del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

Más sobre linfoma

- **Linfoma y sida**
- **Linfoma Hodgkin**
- **Linfoma no Hodgkin**



Organizaçao dos Estados Ibero-americanos para a Educaçao, a Ciência e a Cultura
Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Divulgación y Cultura Científica Iberoamericana

Opinión | Reportajes | Noticias | Entrevistas

Dra. Cristina Quero Blanco: "El linfoma no Hodgkin ocupa el séptimo lugar en incidencia por tipo de cáncer"

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
«Dentro de los linfomas no Hodgkin existen linfomas potencialmente curables y otros linfomas que son incurables de entrada»
«La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un factor etiológico muy importante en el desarrollo de los linfomas no Hodgkin»
«La participación en ensayos clínicos es altamente recomendable para poder dar respuesta a muchas de las cuestiones que nos planteamos en nuestra práctica diaria»
«Existen multitud de nuevos agentes terapéuticos dirigidos contra dianas específicas que se están investigando en el tratamiento del linfoma no Hodgkin»

Se estima que en España la incidencia del linfoma no Hodgkin es de 12,3 casos por cada 100.000 varones/año, mientras que en las féminas la cifra es del 10,8. La gran variedad de subtipos existentes dentro de este cáncer, hacen que sus causas puedan deberse a diferentes factores en función del subtipo del que se trate.

Sobre su etiología, los síntomas más comunes con los que puede cursar y los últimos avances clínicos en su abordaje, nos responde la Dra. Cristina Quero Blanco, especialista en Oncología Médica y miembro de la unidad de tumores urológicos y linfomas de Xanit Hospital Internacional.

¿Qué es el linfoma no Hodgkin?

El linfoma no Hodgkin (LNH) es una neoplasia de las células del sistema inmune (linfocitos y células NK y sus precursores).

¿Qué tipos de linfoma no Hodgkin existen?

Existen 2 grandes grupos de linfomas no Hodgkin: los linfomas B y los linfomas T. Dentro de estos 2 grupos existen múltiples subtipos de linfomas muy diferentes entre sí en cuanto a su biología, presentación clínica, pronóstico y tratamiento.

¿Cómo es el mecanismo de actuación de este cáncer?

A partir de una serie de factores de señalización, las células de un determinado compartimento celular proliferan sin control desarrollándose el linfoma.

¿Con qué síntomas se manifiesta?

La clínica que presentan los pacientes con linfomas no Hodgkin va a depender de la localización en la que se haya desarrollado el linfoma así como de la velocidad de crecimiento del tumor. En la mayoría de los casos, el linfoma debuta con la aparición de adenopatías (ganglios aumentados de tamaño). En otras ocasiones, el linfoma se desarrolla en diferentes órganos ocasionando síntomas específicos de dicha localización. Es frecuente que el paciente presente lo que se llaman síntomas B (pérdida de peso, sudoración y fiebre) y que constituyen factores pronósticos importantes.

¿A qué edad es más común su diagnóstico?

Debido a la gran diversidad de linfomas no Hodgkin, el rango de edad de aparición de los mismos es muy amplio. El aumento de la incidencia observada en los últimos años de los LNH se ha producido en pacientes mayores de 60 años.

¿Cuál es su incidencia actualmente en España y a nivel internacional?

Se calcula que la incidencia en España es de 12,3 casos por cada 100.000 varones/año y 10,8 en el caso de las mujeres. El linfoma no Hodgkin ocupa el séptimo lugar en incidencia por tipo de cáncer tanto en hombres como mujeres, permaneciendo estable en los últimos años.

¿A qué factores causales puede deberse esta enfermedad?

No se conoce mucho acerca de la etiología de los linfomas no Hodgkin. En cualquier caso, dada la gran variedad de subtipos que existen, no se puede establecer una causa común a todos ellos, ya que existen múltiples factores que pueden contribuir al desarrollo de los linfomas según los subtipos. Entre estos factores se encuentran las infecciones (virus de la inmunodeficiencia humana, Helicobacter pylori, HTLV-1 VEB,...), la radiación, factores genéticos, agentes inmunosupresores, pesticidas y herbicidas, diversos productos químicos, etc.

¿Existen factores genéticos en su desarrollo? ¿Se trata de un cáncer hereditario?

Se ha descrito agrupación familiar de pacientes con LNH. Parece existir un aumento del riesgo en familiares de primer grado de pacientes afectos de linfoma, aunque no puede descartarse la influencia de factores ambientales existentes en el ámbito familiar.

¿Tener el VIH-SIDA incrementa el riesgo de padecer este cáncer?

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un factor etiológico muy importante en el desarrollo de los linfomas no Hodgkin, sobre todo de los linfomas agresivos (linfoma difuso de células grandes y linfoma de Burkitt). Pero es cierto que desde la introducción de la terapia antirretroviral, la incidencia de linfomas no Hodgkin en pacientes con infección con VIH ha disminuido de forma considerable.

¿Es un cáncer más agresivo cuando se manifiesta en adultos o cuando se manifiesta en niños?

La agresividad de los LNH depende, fundamentalmente, del subtipo histológico diagnosticado más que de la edad de aparición.

¿Cuáles son los métodos diagnósticos habituales de esta enfermedad?

Para el diagnóstico de un linfoma no Hodgkin es necesario el estudio histológico, es decir, una biopsia. Muchos de los LNH suelen sospecharse por la aparición de una adenopatía (ganglio aumentado de tamaño), pero para poder establecer un diagnóstico concreto y poder pautar un tratamiento, es imprescindible la toma de una muestra para su análisis.

¿En qué estadios suele detectarse?

Muchos de los linfomas no Hodgkin suelen detectarse en estadios avanzados, pero existen otros subtipos que se presentan de forma más frecuente en estadios iniciales.

¿En qué consiste el tratamiento del linfoma no Hodgkin?

El tratamiento de los LNH es muy variado y va a depender del tipo de linfoma ante el que nos encontremos y el estadio en el que se presente. Para el tratamiento de la mayoría de los linfomas no Hodgkin empleamos la quimioterapia. Según el tipo de linfoma asociaremos a la quimioterapia (o bien como tratamiento único) un tratamiento dirigido hacia dianas específicas como son los anticuerpos monoclonales o bien la radioterapia. Existen determinados casos, como es el caso del linfoma MALT gástrico con positividad para Helicobacter pylori, en el que el tratamiento establecido en primera línea son antibióticos. En ocasiones (linfomas indolentes o de bajo grado), se contempla la posibilidad de realizar un seguimiento estrecho sin tratamiento activo.

¿Qué efectos adversos puede tener?

Los efectos adversos del tratamiento de los LNH van a depender del tipo de terapia empleada. Con la quimioterapia los efectos secundarios son muy diversos: el paciente puede presentar alopecia (caída del pelo), mucositis (úlceras en la boca), náuseas o vómitos, etc. Pero es cierto que existen opciones de tratamiento poco tóxicas que podemos emplear en ocasiones concretas.

¿Cuál es el pronóstico de este cáncer actualmente?

Dentro de los linfomas no Hodgkin existen linfomas potencialmente curables y otros linfomas que son incurables de entrada.

¿Es posible la prevención del linfoma no Hodgkin?

La mayoría de las personas diagnosticadas de LNH no tiene factores de riesgo que se puedan cambiar, por lo que no existe forma de prevenir su aparición. El mejor modo de reducir el riesgo de padecer un linfoma no Hodgkin es tratar de prevenir los factores de riesgo conocidos.

En materia de investigación, ¿cuáles son los avances más esperanzadores?

Existen multitud de nuevos agentes terapéuticos dirigidos contra dianas específicas que se están investigando en el tratamiento del linfoma no Hodgkin dentro de ensayos clínicos y, algunos de ellos, van demostrando su mayor eficacia frente a los tratamientos disponibles hasta el momento.

¿Cuáles son las nuevas alternativas de tratamiento?

La participación en ensayos clínicos es altamente recomendable para poder dar respuesta a muchas de las cuestiones que nos planteamos en nuestra práctica diaria. En los últimos años han aparecido moléculas antidiana que se han ido incorporando a nuestro arsenal terapéutico, mostrando un aumento de supervivencia de nuestros pacientes.

Dra. Cristina Quero Blanco, especialista en Oncología Médica y miembro de la unidad de tumores urológicos y linfomas de Xanit Hospital Internacional.

Más sobre linfoma

- **Linfoma y sida**
- **Linfoma infantil**
- **Linfoma Hodgkin**

Organizaçao dos Estados Ibero-americanos para a Educaçao, a Ciência e a Cultura
Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Divulgación y Cultura Científica Iberoamericana

Opinión | Reportajes | Noticias | Entrevistas

Dr. Miguel Canales: “Es relativamente frecuente que un paciente con SIDA pueda desarrollar un linfoma”

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
«Los linfomas no Hodgkin agresivos y los linfomas cerebrales son enfermedades definitorias de SIDA»
«Habitualmente, los linfomas en estos pacientes aparecen cuando la situación de inmunosupresión es más profunda»
« (…) El pronóstico de estos pacientes ha mejorado en los últimos años, principalmente asociado a los nuevos tratamientos antirretrovirales. Ello se traduce en aumento de las respuestas y en mayor supervivencia global»

……

Las situaciones de inmunosupresión pueden facilitar la aparición de diferentes tumores malignos, haciendo que cáncer se convierta en una de las principales complicaciones de la infección por el VIH. En los pacientes afectados por este virus, el sarcoma de Kaposi y los linfomas son dos de las neoplasias más comunes.

Con motivo del Día Mundial del Linfoma, el Dr. Miguel Canales, Jefe de Sección de Hematología del Hospital Universitario La Paz de Madrid, nos responde a los aspectos más comunes que relacionan el VIH-SIDA con este cáncer.

……

¿Qué relación existe entre el linfoma y el VIH-SIDA?

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), como cualquier situación de inmunosupresión puede predisponer a la aparición de linfomas. En este sentido, tanto la carga viral del VIH como la cifra de linfocitos CD4 son factores fundamentales en el desarrollo y evolución de los linfomas.

¿Es frecuente que un paciente con VIH-SIDA desarrolle un linfoma? ¿Por qué?

Es relativamente frecuente que un paciente con SIDA pueda desarrollar un linfoma, sobre todo en aquellas situaciones en las que la infección no está controlada y la carga viral es alta. De hecho, los linfomas no Hodgkin agresivos y los linfomas cerebrales son enfermedades definitorias de SIDA. También es más frecuente la aparición de linfomas de Hodgkin, aunque este tipo de linfomas no se incluyen como enfermedad definitoria de SIDA, a pesar de que su incidencia es 11 veces superior a la observada en la población general.

¿Con qué sintomatología cursa el linfoma en estos pacientes?

No existen diferencias entre los signos y los síntomas de los linfomas en estos pacientes; la presentación clínica es similar. Como en cualquier paciente con linfoma, es la aparición de una adenopatía palpable el signo que nos hace sospechar la enfermedad. La aparición de síntomas B, es decir, pérdida de peso, sudores nocturnos y fiebre parece ser también más frecuente.

Actualmente en España, ¿cuál es la incidencia de pacientes que presentan ambas enfermedades? ¿Y a nivel internacional?

No se conoce con exactitud, ni a nivel nacional ni internacional. En cuanto a cifras podemos comentar que, previo a la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), los linfomas no Hodgkin constituían el 3-5% de las enfermedades definitorias de SIDA y el riesgo de desarrollar un linfoma no Hodgkin era de 60 a 150 veces superior al de los pacientes no inmunodeprimidos. Tras la introducción del TARGA, según datos del registro francés, se estima que la incidencia se redujo de 86 por 10000 personas-año al 43 por 10000 personas-año.

¿A qué métodos diagnósticos debe someterse el paciente?

Los métodos diagnósticos son idénticos a los de cualquier paciente con linfoma. Junto a los análisis habituales es importante conocer la carga viral y el recuento de linfocitos CD4, pues esto determina el pronóstico. El resto de estudios, como la TC o la PET-TC, y la biopsia de médula ósea, son necesarios para conocer la extensión de la enfermedad y comunes a los realizados en el resto de pacientes

¿En qué momento se suele diagnosticar este cáncer en personas con VIH-SIDA? ¿Cuál es el estadio más habitual en el que se manifiesta la enfermedad?

Habitualmente, los linfomas en estos pacientes aparecen cuando la situación de inmunosupresión es más profunda, es decir, cuando el recuento de linfocitos es más bajo. En cuanto a la presentación del linfoma, es frecuente su diagnóstico en estadios avanzados y la afectación extraganglionar.

¿Es más agresivo el linfoma en estos pacientes?

Los linfomas no Hodgkin asociados a la infección por VIH son principalmente linfomas de tipo B agresivos. El 90% son linfomas de alto grado de malignidad, siendo el subtipo más frecuente el linfoma difuso de células grandes. La incidencia del linfoma de Burkitt, un subtipo de linfoma muy agresivo, es también mayor en esta población de pacientes.

¿Qué abordaje terapéutico se lleva a cabo en estos casos? ¿Con qué tratamientos contamos hoy en día?

Los tratamientos en estos pacientes pueden ser idénticos a los pacientes no inmunodeprimidos, siempre que su situción clínica lo permite. A los tratamientos de quimioterapia o de inmunoquimioterapia, debemos añadir la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA).

¿Cómo responden los pacientes al tratamiento? ¿Qué complicaciones pueden manifestarse?

En buena situación inmunológica los resultados son superponibles a los obtenidos en el resto de pacientes. Sin embargo, el riesgo de complicaciones infecciosas es mayor en pacientes con VIH, sobre todo con determinados tratamientos y en aquellos pacientes con recuentos más bajos de linfocitos.

¿Qué pronóstico presentan hoy en día estos pacientes?

Es evidente que el pronóstico de estos pacientes ha mejorado en los últimos años, principalmente asociado a los nuevos tratamientos antirretrovirales. La introducción del TARGA no solo ha reducido la incidencia sino mejorado también el pronóstico. Ello se traduce en aumento de las respuestas y en mayor supervivencia global.

¿Es más común la diseminación de células cancerosas en estos pacientes?

Es habitual, que en el momento del diagnóstico la enfermedad se diagnostique en estadios más avanzados y sea más frecuente la afectación extraganglionar.

¿Existe algún otro cáncer que se diagnostique de manera frecuente en pacientes con VIH-SIDA?

Sí, las situaciones de inmunosupresión predisponen a la aparición de diferentes tipos de cáncer. De hecho, los tumores malignos son una de las complicaciones más importantes de la infección por el VIH. Los linfomas y el sarcoma de Kaposi son los tumores más frecuentes en estos pacientes.

Desde el punto de vista del tratamiento para pacientes que padecen linfoma y VIH-SIDA, ¿qué avances se han conseguido hasta el momento? ¿qué queda por hacer?

Fundamentalmente, ha sido la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad lo que ha mejorado el pronóstico de estos pacientes. Por otro lado, los avances de los linfomas no Hodgkin se han ido aplicando también a los pacientes con SIDA, sobre todo en aquellos casos con mejor situación inmunológica.

Dr. Miguel Canales. Jefe de Sección de Hematología del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

Más sobre linfoma

- **Linfoma infantil**
- **Linfoma Hodgkin**
- **Linfoma no Hodgkin**

Malaria | Alfred Cortés

Twittear

facebook

«Existen numerosas estrategias efectivas para prevenir la malaria, incluyendo el uso de mosquiteras impregnadas de insecticida, fumigación con DDT, quimioprofilaxis para viajeros, gestión del agua estancada, etc. Ninguna de estas medidas previene el riesgo de infectarse con el parásito de la malaria al cien por cien, pero combinadas reducen el riesgo muy notablemente»

.....

Alfred Cortés. Profesor ICREA en el Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal)

.....

Entrevista Houda Bakkali

¿Qué es la malaria?

La malaria es una enfermedad producida por protozoos del género *Plasmodium*. Existen cinco especies de *Plasmodium* capaces de producir malaria en humanos, pero la mayoría de episodios son debidos a infección por *Plasmodium falciparum* o *Plasmodium vivax*. Casi todos los casos graves de malaria y muertes son debidos a *P. falciparum*, aunque recientemente se ha visto que *P. vivax* también puede producir estas complicaciones.

¿Cómo actúa sobre el organismo?

El parásito entra en el cuerpo a través de la picada de un mosquito infectado, viaja por la sangre hasta el hígado y allí se reproduce durante aproximadamente una semana. Entonces el parásito se libera al torrente sanguíneo y empieza un ciclo de multiplicación asexual dentro de los glóbulos rojos. Esta fase del parásito es responsable de todos los síntomas clínicos de la malaria. En el caso de *P. falciparum*, este ciclo asexual en sangre dura unas 48h y se va repitiendo indefinidamente a no ser que nuestro sistema inmunitario o medicamentos consigan acabar con el parásito. El número de parásitos en la sangre puede subir de manera exponencial en cada ciclo.

¿Cuáles son sus síntomas más comunes?

Los síntomas más comunes de la malaria son fiebre, escalofríos, dolor de cabeza y náuseas. Estos síntomas coinciden más o menos con el momento al final de cada ciclo de multiplicación asexual, en que el parásito destruye los eritrocitos que habita, se libera al torrente sanguíneo e invade nuevos eritrocitos. Además, en un pequeño porcentaje de los casos de malaria se producen síntomas más graves como anemia severa o coma, que pueden llevar a la muerte del paciente.

¿A qué edad es más común su detección? ¿Existen más complicaciones si se diagnostica a edades más tempranas?

La infección por malaria puede ocurrir a cualquier edad. Sin embargo, con repetidas infecciones se adquiere de manera progresiva una cierta protección contra los síntomas de la enfermedad. Por eso, en zonas donde la malaria es muy común, normalmente sólo sufren episodios clínicos de malaria los niños, y la malaria grave o la muerte por malaria se dan principalmente en niños de menos de cinco años. En estas zonas, muchos adultos tienen parásitos de la malaria en su sangre pero no les producen ningún síntoma clínico, es lo que llamamos una infección asintomática.

Eso sí, lo que ayuda a que la malaria sea menos grave no es la edad, sino el número de malarias que se han pasado antes. Un adulto que sufra una malaria por primera vez está tan expuesto a tener complicaciones graves como un niño pequeño.

¿De qué manera se transmite esta enfermedad?

La malaria se transmite mediante mosquitos del género *Anopheles*. En cada ciclo de multiplicación asexual en la sangre, unos pocos parásitos abandonan este ciclo y se convierten en formas sexuales macho o hembra, que llamamos gametocitos. Los gametocitos son las únicas formas del parásito que pueden infectar a un mosquito que los adquiere como parte de su ingesta de sangre al picar a un humano infectado. Después de un complicado proceso de transformación dentro del mosquito, el parásito estará en las glándulas salivares del insecto a punto para infectar a un nuevo humano a través de otra picada del mosquito.

¿Qué papel juega la proteína AP2-G en la enfermedad?

AP2-G es una proteína que hemos identificado recientemente, en colaboración con diversos laboratorios de varios países, que controla la formación de los gametocitos que son necesarios paras transmitir la enfermedad de humanos a mosquitos. Los pocos parásitos en que se activa el gen que codifica AP2-G se transforman en gametocitos, mientras que la mayoría de parásitos siguen multiplicándose de manera asexual porque tienen este gen silenciado (“apagado”) por mecanismos epigenéticos. Si lográramos interferir con la activación de AP2-G, frenaríamos la transmisión de la enfermedad.

¿A qué áreas geográficas afecta más esta dolencia?

La mayoría de casos de malaria se producen en África, pero en algunas áreas de Asia, Oceanía y América la incidencia también es alta. En África el principal problema es *P. falciparum*, mientras que en algunas otras zonas, por ejemplo de Sudamérica, *P. vivax* es más común.

¿Podemos hablar de poblaciones más vulnerables a esta dolencia?

Los humanos hemos co-evolucionado con la malaria durante miles de años, y esta enfermedad ha tenido un gran impacto sobre nuestro genoma. Algunas mutaciones que son muy comunes en algunas zonas del mundo han sido seleccionadas porque confieren una cierta resistencia a la malaria. Muchos humanos que viven en zonas endémicas de malaria tienen mutaciones que les hacen un poco menos vulnerables a las formas graves de la malaria o incluso a la infección por algunas especies de parásitos de la malaria.

A nivel de incidencia, ¿qué datos tenemos hoy en día?

Es muy difícil saber de manera precisa el número de casos de malaria que se producen cada año en el mundo, pero las últimas estimaciones por parte de la OMS hablan de más de 200 millones de casos y más de seiscientas mil muertes cada año. Unas cifras inaceptables teniendo en cuenta que es una enfermedad que en gran medida puede ser prevenida y tratada.

¿Cómo se diagnostica la enfermedad?

Habitualmente examinando una gota de sangre, en el microscopio o mediante un test de diagnóstico rápido. El diagnóstico de la malaria basado sólo en los síntomas clínicos es poco preciso.

¿Cuál es el abordaje terapéutico disponible actualmente?

Existen numerosos fármacos que son eficientes en el tratamiento de la enfermedad. El mejor tratamiento ahora mismo consiste en combinar un derivado de la artemisinina con un segundo fármaco antimalárico.

¿En que medida el paciente puede presentar resistencia al tratamiento?

Lamentablemente, hay parásitos resistentes a casi todos los fármacos antimaláricos, incluidos los derivados de la artemisinina. Por suerte, la resistencia a estos está todavía restringida geográficamente a algunas zonas del sudeste asiático, y no es una resistencia completa. Puede ocurrir lo que ocurrió en el pasado con otros fármacos antimaláricos: que los parásitos resistentes se expandan a casi todo el mundo. Algunos fármacos como la cloroquina, que durante muchos años funcionó de maravilla, ahora prácticamente no se utilizan porque en muchas zonas del planeta la mayoría de parásitos son resistentes.

¿Podremos hablar pronto de una vacuna contra la malaria?

Hay una sola vacuna, la RTS,S, que está en ensayos clínicos de fase III. Este año se sabrán los resultados finales de estos ensayos clínicos, y en función de los resultados en 2015 la OMS emitirá una recomendación sobre su uso. Por lo que sabemos hasta ahora esta vacuna puede ser una herramienta importante en la lucha contra la malaria, reduciendo su incidencia entre un 30 y un 50%, pero no será como muchas de las vacunas a las que estamos acostumbrados, que confieren una protección casi total contra otras enfermedades. Se necesita más investigación básica para diseñar una vacuna que proteja al cien por cien contra la malaria.

¿Puede ser la malaria factor inductor de otras enfermedades?

Si, se sabe de interacciones por ejemplo entre malaria y un tipo de cáncer llamado linfoma de Burkitt, o entre malaria y algunos tipos de infecciones bacterianas. En ambos casos la malaria aumenta el riesgo asociado a estas otras enfermedades.

¿Es posible su prevención?

Existen numerosas estrategias efectivas para prevenir la malaria, incluyendo el uso de mosquiteras impregnadas de insecticida, fumigación con DDT, quimioprofilaxis para viajeros, gestión del agua estancada, etc. Ninguna de estas medidas previene el riesgo de infectarse con el parásito de la malaria al cien por cien, pero combinadas reducen el riesgo muy notablemente.

Actualmente, ¿cuál es el pronóstico de esta enfermedad?

La malaria es una enfermedad tratable, la mayoría de pacientes que acuden a un hospital poco después del inicio de los síntomas se curan. Casi todas las muertes por malaria son por falta de atención sanitaria, por falta de antimaláricos adecuados o por llegar a un centro hospitalario cuando la enfermedad está ya muy avanzada y se han producido complicaciones como malaria cerebral.

¿Qué herramientas se requieren para la eliminación de la malaria?

Se necesitarían fármacos que fueran eficientes con una sola dosis, y contra los que el parásito no pueda desarrollar resistencia. Idealmente, estos fármacos deberían no sólo eliminar a los parásitos en la fase asexual, como hacen la mayoría de fármacos antimaláricos, sino también destruir las formas sexuales o gametocitos, y unas formas latentes en el hígado llamadas hypnozoitos que no existen para *P. falciparum* pero si para *P. vivax*. Además, una vacuna con una efectividad cerca del cien por cien contra las dos principales especies de *Plasmodium* sería la herramienta definitiva para asegurar el éxito de futuras campañas de eliminación.

Para conseguir diseñar, producir e implementar estas nuevas herramientas se necesitan dos cosas: un mejor conocimiento de la biología del parásito, que sólo se puede adquirir mediante la investigación básica, y un financiamiento sólido para asegurar que estas herramientas pueden producirse y llegar a todas las zonas donde se necesitan.

¿Qué retos son los que más urgen en el abordaje de esta dolencia?

A nivel general, seguramente desarrollar las herramientas descritas arriba que se requieren para abordar la eliminación de la enfermedad. A nivel de conocimiento del parásito, cada investigador seguramente tendrá una opinión distinta sobre cuáles son los principales retos. En mi opinión particular, naturalmente sesgada, creo que uno de los mayores retos es entender las bases de la plasticidad del parásito que le permiten adaptarse a cambios en su entorno y desarrollar resistencia a fármacos, a respuestas inmunológicas desarrolladas de manera natural, y potencialmente a respuestas inmunológicas inducidas por vacunas. Creo que entender estos mecanismos, controlados en gran parte a nivel epigenético, nos permitirá diseñar aproximaciones terapéuticas contra las que el parásito no pueda generar resistencia, y también identificar algún talón de Aquiles del parásito.

Enlaces de interés

Eliminación de la malaria - IsGlobal: http://goo.gl/QF7Ua2

grupo cts
LABJOR
CSIC Consejo Superior de Investigaciones Científicas
OEI
Junta de Andalucía Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo
sinc La ciencia es noticia
Agencia CyTA
Investigación y Desarrollo iD
asenmac

Dr. Alfredo Mayor: "La malaria ha condicionado la historia de la humanidad"

1ro de marzo de 2017

Twittear

facebook

Enfermedades de la pobreza: Malaria
Según datos de la Organización Mundial de la Salud, se registraron unas 429.000 muertes en 2015 a causa de la malaria, localizándose la mayoría de ellas en el continente africano. Esta enfermedad supone una realidad grave, no sólo por el número de fallecimientos que puede generar, si no por ser un claro condicionante del desarrollo laboral, escolar y social en los países en los que deja su huella. Para entender mejor qué es y qué supone esta patología, nos responde el Dr. Alfredo Mayor, experto en Epidemiología Molecular de la Malaria y especialista del Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal).

Entrevista de HBakkali para IBERDIVULGA.

¿Qué enfermedades son las que en mayor grado afectan a países en vías de desarrollo?

Enfermedades respiratorias, la malaria, la tuberculosis, la malnutrición y enfermedades de transmisión sexual, como el VIH, son las principales causas de mortalidad en los países en vías de desarrollo. Sin embargo, en los últimos años se ha ido notando un aumento de las enfermedades no transmisibles como el cáncer, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias crónicas, probablemente debido a cambios en los hábitos que están experimentando las sociedades africanas.

¿En qué medida ayudan los países ricos a los pobres en materia de asistencia e investigación?

La ayuda es limitada, especialmente durante los últimos años de crisis económica en los que hemos sufrido una reducción en la financiación europea para investigar en enfermedades relacionadas con la pobreza. Reducciones similares se esperan en EUA durante la era Trump. Gran parte de la financiación depende del impulso filantrópico de individuos como Bill Gates.

¿Podemos hablar de enfermedades en las que no es rentable investigar?

No creo que la investigación en salud deba ser rentable. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano y no debería estar sometido a las leyes del mercado.

¿Qué relación existe entre malaria y pobreza?

La malaria ha condicionado la historia de la humanidad y sigue condicionando el desarrollo de las sociedades. La malaria es la principal enfermedad que causa pobreza al impedir el desarrollo. No solo impacta de forma directa la salud de las personas, sino que también afecta gravemente el rendimiento laboral y escolar, al ser la causa de que muchos adultos no puedan trabajar y de que los niños no puedan ir a la escuela. Por tanto, significa un lastre económico para los países.

¿Cómo podríamos definir esta enfermedad?

El paludismo es causado por parásitos del género *Plasmodium* que se transmiten al ser humano por la picadura de mosquitos hembra del género *Anopheles*. Hay cinco especies de parásitos causantes del paludismo en el ser humano, si bien dos de ellas - *Plasmodium falciparum* y *Plasmodium vivax* - son las más peligrosas. *P. falciparum* es el parásito causante del paludismo más prevalente en el continente africano. Es responsable de la mayoría de las muertes provocadas por el paludismo en todo el mundo. *P. vivax* es el parásito causante del paludismo dominante en la mayoría de los países fuera del África subsahariana. Después de la infección, los parásitos (llamados esporozoítos) viajan a través del torrente sanguíneo hasta el hígado, donde maduran y producen otra forma, llamada merozoítos. En el torrente sanguíneo los merozoitos infectan a los glóbulos rojos, donde se multiplican, provocando su ruptura y la liberación de nuevos merozoitos que infectan más eritrocitos.

¿A qué países afecta en mayor medida? ¿Qué población está en riesgo de padecer malaria?

Casi la mitad de la población mundial corre el riesgo de padecer el paludismo. La mayoría de los casos y de las muertes se registran en el África subsahariana, pero también se ven afectadas Asia Sudoriental, Latinoamérica y Oriente Medio. Algunos grupos de población corren un riesgo considerablemente más elevado que otros de contraer la enfermedad y presentar manifestaciones graves: los niños menores de cinco años, las embarazadas y los pacientes con VIH/sida, así como los emigrantes no inmunes de zonas endémicas, los viajeros y los grupos de población itinerante.

En cuanto a las vías de transmisión, ¿cuáles son más comunes?

La picadura del mosquito hembra Anopheles es la principal vía de transmisión. Se han reportado casos de transmisión vía transfusiones sanguíneas.

Actualmente, ¿cuál está siendo el abordaje terapéutico del problema?

La malaria se puede tratar de una forma relativamente eficaz gracias a los antipalúdicos. Sin embargo, aproximadamente un 20% de las personas que contraen la enfermedad acaba muriendo, debido a diagnósticos incorrectos y tratamientos tardíos. El tratamiento combinado recomendado incluye artemisinina y otro fármaco.

¿Es común la resistencia a los antipalúdicos? ¿Qué puede suponer esta circunstancia?

La resistencia a los antipalúdicos es un problema recurrente. Las resistencias en *P. falciparum* a generaciones anteriores de fármacos como la cloroquina y la sulfadoxina-pirimetamina se generalizaron durante las décadas de 1950 y 1960, lo cual afectó negativamente la lucha contra el paludismo.

A nivel de prevención, ¿qué acciones se exigen? ¿qué acciones y en qué medida se están adoptando?

La lucha antivectorial es el medio principal de reducir la transmisión del paludismo. Si la cobertura de las intervenciones de esta índole es suficiente en una zona determinada, se protegerá a toda la comunidad.

Hay dos métodos de lucha contra los vectores que son eficaces en circunstancias muy diversas: los mosquiteros tratados con insecticidas y la fumigación de interiores con

insecticidas de acción residual. Además, se recomienda el uso del tratamiento preventivo intermitente en mujeres embarazadas para reducir los efectos adversos de la malaria en este grupo especialmente afectado.

Cuando hablamos de mortalidad, ¿qué cifras nos deja la malaria?

No se sabe con exactitud cuántas muertes produce la malaria. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud en su malaria report del 2016, 429 000 muertes en el 2015 se debieron a la malaria, la mayoría de ellas (92%) en la región africana. Pero ésa estimación puede ser conservadora. Resulta difícil ser exacto en estas estimaciones porque el grueso de estas muertes ocurre en África, donde hay pocos registros exhaustivos de la gente que muere y nace. Además, un porcentaje altísimo no tiene acceso a la atención médica y la mayor parte de las muertes ocurren en casa. Además, estas estimaciones no contabilizan la mortalidad indirecta, porque la malaria agrava otras enfermedades.

¿Es posible erradicar esta patología? ¿Qué estrategias exige cumplir este objetivo?

La eliminación del paludismo se define como la interrupción local de la transmisión por parásitos específicos causantes de la enfermedad en una zona geográfica definida gracias a los esfuerzos encaminados a conseguirlo. Es necesario seguir aplicando medidas para evitar la reaparición de la transmisión. Erradicación hace referencia a la reducción absoluta y permanente de la infección palúdica por las especies de parásitos causantes de la enfermedad, de modo que una vez se ha logrado la erradicación no es necesario seguir aplicando medidas. Existen diferentes estrategias para acelerar el camino hacia la eliminación, desde la intensificación de medidas de control vectorial hasta la administración masiva de antimalaricos a una población. Cada país puede avanzar en esta dirección a un ritmo que dependerá de su sistema nacional de salud, el nivel de inversión financiera y otros factores como los aspectos medioambientales, sociales, demográficos y políticos. En los últimos años, la Organización Mundial de la Salud ha certificado la eliminación del paludismo en siete países: Emiratos Árabes Unidos (2007), Marruecos (2010), Turkmenistán (2010), Armenia (2011), Maldivas (2015), Sri Lanka (2016) y Kirguistán (2016).

IsGlobal está fuertemente implicado en la lucha contra la malaria, ¿qué acciones está desarrollando? ¿A qué retos se enfrenta?

ISGlobal, en colaboración con el Centro de Investigaçao em Saúde de Manhiça (CISM) y el Ministerio de Salud de Mozambique, a través de financiación de la Fundación Gates y La Caixa, está implementando un plan de eliminación en el Sur de Mozambique. Para ello, se están intensificando las medidas de control vectorial y se están efectuando varias rondas de administración masiva de antimaláricos. Datos preliminares muestran que ha habido una reducción sustancial en la prevalencia de malaria en la población. Sin embargo, uno de los retos principales a los que nos enfrentamos es mantener la iniciativa para evitar la reintroducción de la malaria.

Instituto IsGlobal de Barcelona.

Palabras clave:

- Enfermedades de la pobreza
- Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS
- Salud

VIH-SIDA. Abordaje psicológico

Twittear

facebook

María Luisa García Berrocal

«Los determinantes sociales de salud son aquellos crean situaciones que hacen que las personas sean más vulnerables a infectarse del VIH. Estos determinantes sociales se sustentan en la desigualdad a la información, a los recursos en salud y están íntimamente ligados a la vulneración de los derechos humanos»

_____

Entrevista HBakkali

¿Cuáles son los principales objetivos y metas que centran la acción de Creación Positiva?

Creación Positiva centra actualmente la acción siguiendo la misión y la visión propuesta en su plan estratégico. Así, tiene actualmente como misión: “Queremos dar una atención holística a las personas afectadas por el VIH, sensibilizar a la sociedad desde una perspectiva de género velando por el respeto de los derechos humanos y la promoción de la salud desde el modelo ecológico”. Como visión: “Queremos ser una asociación experta en intervenciones desde la perspectiva de género y la defensa de los derechos humanos que den respuestas a la epidemia del VIH, priorizando la atención integral a las personas afectadas, en especial a las mujeres, con capacidad de anticiparnos a las nuevas necesidades y retos de la sociedad”. Los objetivos que nos planteamos como asociación y que guían nuestras acciones son: Promover la eliminación de cualquier discriminación y estigmatización hacia las personas que viven con el VIH y/u otras ITS y/o VHB/C; Abordar la epidemia del VIH desde una perspectiva integral, que afronte las causas al tiempo que atienda las consecuencias, que facilite reducir el impacto negativo de esta infección; Afrontar la epidemia del VIH, poniendo especial énfasis en aquellos aspectos relacionados con la vulnerabilidad y necesidades de las mujeres, que favorezca la prevención como la atención de mujeres, especialmente aquellas que viven con VIH y/u otras ITS y/o VHB/C; Afrontar la epidemia del VIH poniendo especial énfasis en aquellos aspectos relacionados con la vulnerabilidad de las personas que pertenecen a los diversos colectivos LGTBIQ; así como de las personas migradas; personas en situación de exclusión social, personas jóvenes; personas que usen o hayan usado drogas drogas, hombres heterosexuales, personas privadas de libertad tanto en la prevención como en la atención de aquellas que viven con VIH o otras ITS y/o VH o estén en riesgo de adquirirlas por su especial vulnerabilidad; Ofrecer servicios y actividades desde una perspectiva de derechos humanos y con perspectiva de género, en los que prevalezca la confidencialidad, la calidad y el respeto a la diversidad, desde un idea holística de la salud con el fin de cubrir las necesidades de carácter sanitario, sociales, laborales y emocionales de las personas que viven con VIH o con otras ITS y/o VH; Crear y llevar a la práctica modelos de prevención del VIH, VHB/C, y otras ITS desde una perspectiva feminista basado en la promoción de la salud y los derechos sexuales; Promover y ofrecer actuaciones de carácter comunitario que contribuyan a la calidad de vida de las personas que viven con el VIH y/u otras ITS y/o VH, y que contribuyan a romper los diversos estigmas asociados; Ofrecer asesoramiento técnico, de sensibilización y formación a profesionales sobre la salud sexual y reproductiva, sobre la promoción de la salud, los derechos sexuales, la prevención de las violencias sexuales y de la violencia de machista y VIH, y la lucha contra cualquier tipo de discriminación y estigma; Contribuir a la sensibilización de la población general ante las realidades del VIH favoreciendo así la prevención, al tiempo que ofrecer información, formación y canales de participación a las personas que viven con el VIH; Promover y realizar acciones de defensa de los derechos y, especialmente, de los derechos sexuales y reproductivos en el marco de la cooperación internacional; Trabajar en incidencia política para su mejora en los entornos sociales, económicos y de los derechos de las personas, que contribuya a construir una sociedad justa, ética, igualitaria y democrática.

Cuando hablamos de SIDA, ¿qué trastornos psicológicos puede manifestar el paciente?

Al hablar de Sida, estamos hablando de un síndrome asociado a un cuadro médico, en el que pueden incluir algunas infecciones o patologías que afectan al sistema nervioso central y que dan lugar a un deterioro psiconeurológico importante u que a veces deja secuelas.

Los aspectos o la dimensión psicológica que se manifiesta en la infección por VIH tiene que ver con la significación que cada personas da al hecho de estar infectada, el contexto y la redes sociales con las que cuenta, los recursos personales y sociales, el acceso a los recursos sanitarios…, son muchos factores los que hacen psicosociales que inciden en la aparición de alteraciones psicológicas.

Otro aspecto a tener en cuenta es que el VIH se ha convertido en un enfermedad crónica, por tanto pueden aparecer diferentes impactos psicológicos en el proceso de convivir con la infección y en las diferentes crisis o etapas vitales.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, cabe decir que son la depresión y la ansiedad las dos alteraciones más frecuentes.

La depresión o el estado de ánimo deprimido suele aparecer en relación a la pérdida o la percepción de las posibles pérdidas que pueden producirse por el hecho de estar infectado (a la salud, a la relaciones, a la tranquilidad, a la “certidumbre”, de la identidad)

La ansiedad está más bien ligada al miedo (al rechazo, a no ser aceptado, a no saber, a no poder, a lo que vendrá..) y al impacto en el momento del diagnóstico.

¿Qué trastorno suele ser el más común? ¿Qué pronóstico presenta actualmente?

Me gusta hablar más de las consecuencias psicológicas en la persona que vive con el VIH, dentro desde una visión holística de la persona, en las que el malestar psicológico está asociado a la percepción que se tiene del VIH y de las posibles consecuencias para sus vida en un sentido muy amplio, lo corporal (la vivencia del cambio

en la percepción de su cuerpo, los cambios corporales el deterioro, el cansancio, la medicación, la sintomatología, la enfermedad, ,..) la dimensión psicológica ligada a las emociones , a la identidad , a la autopercepción, a cómo se siente y cómo se relacionan con las otras personas, ligada a la sexualidad a las posibilidad de vivirla desde el placer o desde el miedo, al sentido de su vidas, y la dimensión social; el estigma y la discriminación relacionado con el VIH. a las redes, al acceso a los recursos, a sentirse acompañadas, respectadas…, todos estos factores conllevan la aparición de una determinada reacción emocional y psicológica frente al malestar.

Los pronósticos dependen de las habilidades y de los recursos personales de cada persona , de ahí que el trabajo en este ámbito es posibilitar que las personas sea consciente de su capacidades y competencias para hacerse cargo de si misma y pueda ir adquiriendo aquellas recursos que les ayude afrontar esta situación

¿Cómo es y cómo debe ser el proceso adaptativo del paciente a la enfermedad?

Solo puedo responder al cómo es el proceso adaptativo de las personas: es un proceso individual porque a cada persona estar infectada por el VIH le resuena, le afecta de una determinada manera a tenor de los diferentes factores y dimensiones que le da un significado individual. Poder ser consciente de este proceso y respetar los tiempos y las formas de ir atendiendo a las diferentes situaciones que se vayan dando. Es un proceso vital es decir se da en el tiempo, vivir con el VIH supone recolocar el hecho de estar enferma/ infectada en cada situación que se vaya dando, en cada aprendizaje, en cada momento vital. No creo que haya un cómo debe ser.

¿Qué intervenciones son las que se suelen llevar a cabo?

Desde nuestra concepción e ideología, el tipo de intervención que realizamos es la abrir espacios y posibilidades para que cada persona pueda hacerse cargo de sí misma, pueda tomar decisiones sobre sus vidas que les permita percibirse y vincularse con los otros de otras maneras más vivibles y respetuosa con ellas mismas. Estas intervenciones dentro de un contexto de relación de ayuda pueden ser de carácter individual o grupal se dirigen a reconocerse como sujetos de derechos con capacidades para reconocer, ser conscientes de si mismas y abordar las diferentes situaciones que puedan ir produciéndose en los transcursos de eso que se llama vivir.

La filosofía/técnica que creemos útil es la del cousenlling, que tomando las palabras de Ernesto López y Miguel Costa, deviene en un *encuentro biográfico*, solo posible desde el respecto al otro. Un acompañamiento en el un momento de proceso vital del individuo en el que es importante, en esa relación de ayuda, apoyar y validad lo que le pasa y posibilitar el aprendizaje y el cambio.

La otra pata de la intervención ha de ir encaminada a la incidencia política, a la defensa de los derechos humanos, entre los que destacamos los derechos sexuales y reproductivos. Trabajo imprescindible para abordar el estigma y la discriminación asociados al VIH, así como visiblizar aquellos factores sociales y estructurales que hacen

que las personas estén en situaciones de mayor vulnerabilidad para infectarse por VIH y/o que los efectos de la infección tengan un mayor impacto (violencias de género, vulneración de los derechos, homo-lesbo-transfobia, y aquellos otros factores que generan desigualdad social)

Respecto a la década de los 80, ¿qué avances se han conseguido y qué queda por conseguir en esta materia?

Desde luego, desde los 80 hasta ahora, el avance más explícito está relacionado con el conocimiento médico del virus y del curso de la infección y del desarrollo de los fármacos para contener la infección (antirretrovirales). Esto ha posibilitado que las personas que viven con el VIH, al menos en este contexto europeo de primer mundo, puedan acceder un tratamiento eficaz que en la mayoría de los casos ha conllevado un aumento de las esperanza de vida y con una mejor calidad.

Lo que queda por conseguir está en el ámbito de lo social/estructural, son las desigualdades las que conlleva las vulnerabilidades en la salud de las personas. La vulneración de los derechos humanos, el estigma y la discriminación relacionados con el VIH, forma parte de ello, coloca a las personas en situaciones que las fragiliza, que las despoja de su competencia y las pone en riesgo de infectarse por VIH, en definitiva generar mayor sufrimiento a la personas.

Desde el punto de vista del entorno del paciente, ¿qué atención se precisa?

La que demande. Es necesario poder escuchar a la persona, en tanto que la mayoría sabemos que es lo que necesitamos y como nos sentimos con respecto a lo que nos pasa. Poder escucharla, dar cuenta de esas necesidades y validarlas, hace posible que las personas se sientan apoyadas y le permite la competencia y el empoderamiento. Esta atención ha de estar ajustada a los tiempos, ritmos y los procesos que cada persona necesite y pueda gestionar

¿Qué papel considera que debe jugar la comunicación y la información a la hora de abordar el VIH-SIDA?

La información es necesaria pero no suficiente. En este aspecto, que la información sea veraz es fundamental, y no debe ser estigmatizadora. La mayoría de la información y de los mensajes dirigidos a la población no tiene en cuenta a las personas que viven con el VIH.

La comunicación y la información pueden o están reforzando discursos que perpetúan las desigualdades sociales y los factores de vulnerabilidad asociados al VIH.

¿Qué se debe mejorar en este aspecto?

Desde luego, creo que debemos hacer una mayor incidencia en los cambios estructurales y sociales que generen esa desigualdad y sufrimiento.

Creo que la información y la comunicación en temas de VIH han de estar englobados en la promoción de la salud sexual, en la medida que a través de esta promoción podemos hablar de aspectos como placer, derechos, tomar decisiones, relaciones, posibilidades, respeto, vínculos, cuerpos, emociones, sexualidades,... aspecto que nos dan otra dimensión sobre nuestras vidas y relaciones, más allá del riesgo y la enfermedad.

¿Cómo inciden los factores sociales en el proceso de la enfermedad?

Mucho, los determinantes sociales de salud son aquellos crean situaciones que hacen que las personas sean más vulnerables a infectarse del VIH. Estos determinantes sociales se sustentan en la desigualdad a la información, a los recursos en salud y están íntimamente ligados a la vulneración de los derechos humanos.

Aumenta los efectos dela infección, aumenta el estigma y la discriminación, por lo que pueden influyen negativamente en la recuperación de la persona.

Normalizar la palabra SIDA, ¿por qué resulta necesario?

La palabra SIDA, todavía genera respeto. De hecho, se han ido construyendo diferentes categorías/identidades que han posibilitado salir de la dureza que esa palabra ha representado socialmente. Seropositivo/a (o ser portador/a del VIH) han sido intentos de adaptarse a la realidad social estigmatizadora, generando una nueva categoría (tengo el VIH pero no tengo SIDA)

El SIDA está relacionado con la enfermedad, el deterioro físico, psicológico y social, con la muerte, también la social, con la irresponsabilidad de no haberse cuidado, con el fracaso frente a la infección…

Creo que se necesita un análisis y buscar aquella terminología que facilite eliminar el estigma y la discriminación asociada al VIH.

¿Cree que se ha superado la "era del tabú"?

Se habla más del VIH, está presente en programas educativos sin embargo, en la mayoría de las persona se sienten ajenas al VIH, ya sea porque no se siente concernidas, interpeladas. Porque la formas de enfocar el VIH es desde el riesgo, el error inadecuado e inaceptable. Hablamos del VIH, hablamos de sexualidad, hablamos de drogas, hablamos de enfermedades, pero falta que hablemos de respecto, de diversidad, de derechos, de estar al lado, de igualdad y equidad para superar el tabú.

En el impacto de un diagnóstico de VIH, está incorporado el cómo desvelar esta situación al entorno social. Es un elemento que tiene un peso importante en la angustia de las personas, el miedo al rechazo, hace que muchas veces esta situación esté silenciada, lo cual también genera angustia y dolor. De lo que no se habla, de lo que no se puede hablar es lo que nutre a la vergüenza, de la culpa.

Tener una actitud positiva ante la enfermedad, ¿qué supone?

Creo que hay que salir del concepto dicotómico enfermedad/salud. Las categorías generan etiquetas, roles y juicios de valor,

La salud y la enfermedad se dan en un continuo, la promoción de la salud permite el tránsito en este continuo que posibilita ajustase psicológicamente, percibirse como alguien competente con su vida.

Por lo que sería tener una actitud positiva ante la propia vida, dándose la posibilidad de otras maneras de vivir más respetuosas con una misma y con los otros

Un mensaje esperanzador cuando hablemos y pensemos en la palabra SIDA...

Compromiso, dignidad y derechos.

María Luisa García Berrocal

Psicóloga. Ha ejercido profesionalmente en diversas entidades del ámbito de la salud y ha venido desempeñando intervenciones de counselling y atención psicológica a personas con VIH, en diferentes procesos de salud. Desde el 2002, viene desarrollando su labor profesional en la asociación Creación Positiva, en donde compagina la coordinación del área de atención con la atención directa a las personas que viven con VIH.

Asimismo, ha llevado a cabo actividades en torno a la planificación y desarrollo de talleres de prevención primaria, secundaria y terciaria en torno al VIH/SIDA y de coordinación con otros equipos de profesionales en el campo del VIH (hospitalarios, salud pública, entidades, ONGs, otras profesionales). Ha coordinado y participado en proyectos y estudios tales como "Análisis de las conductas sexuales de riesgo y de la prevalencia de infección por VIH en hombres con prácticas homo/bisexuales de la Comunidad de Madrid", en la investigación AMAS, aproximación multidisciplinar para el abordaje del SIDA, promovida por las Escuela Universitaria de Enfermería Sta Matrona de la Fundación "la Caixa", y en el "Estudio FIPSE sobre discriminación arbitraria de las personas que viven con VIH o Sida", realizado por el Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas de la Universidad Carlos III de Madrid con la colaboración de Cruz Roja Española, 2005, en el en el equipo de investigación sobre las prácticas cotidianas. También ha participado en la elaboración de materiales de prevención y de promoción de la salud y en diversas actividades docente dirigida a la formación a profesionales socio sanitario. Ha colaborado activamente en asociaciones de defensa de los derechos LGBT, tanto en los grupos de prevención del VIH como en la atención psicología de las personas usuarias de estas asociaciones.

Enlaces de interés: http://www.creacionpositiva.org

Encuentro digital con David Paricio - VIH-SIDA

18 de noviembre de 2014
Con motivo del Día Mundial de la Lucha Contra el SIDA, que se conmemora el próximo día 1 de diciembre, David Paricio, director de la ONG SIDASTUDI, responderá a nuestros usuarios.
Traslade su pregunta hasta el 26/11/2014

Más información [+]

CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE ECONOMÍA, INNOVACIÓN, CIENCIA Y EMPLEO

La ciencia es noticia

asenmac

Dr. Emilio Alba: "El 80% de los casos de cáncer de mama se curan"

Twittear
facebook

Cáncer de mama: la mastectomía preventiva
Entrevista realizada por HBakkali
«El cáncer de mama es hereditario en solo el 5% de los casos»
«La mastectomía disminuye el riesgo de cáncer de mama desde un 60-80%, según los casos, a menos de un 5%»
«(La mastectomía preventiva) no es especialmente difícil desde el punto de vista técnico»
«La aceptación de esta cirugía tan agresiva tiene un componente cultural importante»

.....

La **neoplasia de mama es la más común en mujeres occidentales**. Se estima que cada año son diagnosticados **25.000 nuevos casos en España**. Este cáncer **puede prevenirse con hábitos de vida más saludables** como llevar una **dieta equilibrada**, **evitar el tabaco**, hacer **ejercicio físico** de manera regular, **no tomar alcohol** o **evitar la obesidad**. No obstante, **existen factores genéticos que pueden incrementar el riesgo de sufrir este tumor.** En estos casos, pueden valorarse otras **medidas preventivas como la quimioprevención** o **la mastectomía profiláctica.**

Sobre la **mastectomía profiláctica**, el **Dr. Emilio Alba**, Jefe del Instituto Oncológico del **Hospital Xanit Internacional de Benalmádena** y Jefe del Servicio de Oncología del **Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga**, nos aclara cuáles son sus **principales riesgos**, **en qué medida previene el desarrollo del cáncer de mama** y en qué grado es común esta intervención.

.....

¿Cuál es la incidencia del cáncer de mama actualmente, tanto a nivel nacional como internacional?

La incidencia **en España es de alrededor de 25.000 nuevos casos cada año,** con una tendencia a la estabilización en el número de nuevos diagnósticos**. A nivel internacional la incidencia es más alta en Estados Unidos, Inglaterra, los países nórdicos y el norte de Europa.** La frecuencia es intermedia a nivel de los países mediterráneos y Sudamérica, y es más baja en Asia y África subsahariana.

¿En qué medida el cáncer de mama es un tumor hereditario?

El cáncer de mama **es hereditario en solo el 5% de los casos.** En un 10% adicional hay una fuerte agregación familiar.

¿Qué es el gen BRCA1 y el gen BRCA2? ¿Qué relación tienen con el cáncer de mama?

Los genes **BRCA1** y **BRCA2 son dos genes encargados de reparar los daños que sufre el ADN cuando la célula se divide.** Cuando alguno de estos 2 genes está mutado y, por tanto, no funciona el ADN no se repara bien y ocurren muchas mutaciones que dan lugar a la aparición de tumores. En concreto, **cuando uno de estos dos genes está mutado hay una alta incidencia de tumores de mama y de ovarios.**

¿En qué consiste el examen para detectar la mutación genética vinculada al desarrollo de cáncer de mama?

La mutación de estos dos genes se detecta por un **simple análisis de sangre**. Se lleva a cabo un procedimiento complejo que se llama secuenciación en el que se detectan dichas mutaciones.

¿En qué casos se solicita este test?

Se solicita **cuando hay una fuerte sospecha de que haya mutaciones.** Esta sospecha se basa **en una historia familiar de frecuentes casos de cáncer de mama y de ovario.** Especialmente, cuando ocurren casos de cáncer bilateral o a edades muy tempranas.

¿Qué es la mastectomía profiláctica o preventiva?

Consiste **en la extirpación del tejido de la glándula mamaria**, con o sin la piel y el complejo areola-pezón. Y, en la mayoría de los casos, colocación de una prótesis.

¿Cómo es el proceso al que debe someterse la paciente?

Es un proceso similar a cualquier otra intervención mamaria. **No es especialmente difícil desde el punto de vista técnico**, aunque se necesita una experiencia adecuada por parte del cirujano.

¿Garantiza esta intervención no padecer cáncer de mama?

No totalmente. Pero **la mastectomía disminuye el riesgo de cáncer de mama desde un 60-80%,** según los casos, a menos de un 5%.

¿Cuándo es posible la reconstrucción de mama?

¿Cuándo es posible la reconstrucción de mama?

Habitualmente, **la reconstrucción se realiza en el mismo acto quirúrgico.**

¿Es común este tipo de mastectomías preventivas en España?

No es muy frecuente. **La aceptación de esta cirugía tan agresiva tiene un componente cultural importante.** Es más aceptada en el mundo anglosajón que en el mundo mediterráneo.

En el caso de que la mujer con alto riesgo de padecer cáncer de mama no opte por la mastectomía preventiva, ¿existen otras medidas para prevenir el desarrollo del tumor?

Existen varias alternativas. Está **el seguimiento estrecho con resonancia magnética con el objeto de detectar tumores pequeños.** También existe **la prevención con antihormonas,** como el tamoxifen ó el exemestano y **la ovariectomía bilateral** (tras finalizar la vida reproductiva) que disminuye el riesgo de aparición de cáncer a la mitad**.**

¿Qué pronóstico presenta el cáncer de mama hoy en día?

Es uno de los tumores en los que el pronóstico más ha mejorado. En la actualidad, prácticamente el 80% de los casos de cáncer de mama se curan. **El objetivo de la próxima década es llegar a una tasa de curaciones del 90%.**

Desde el punto de vista de investigación, ¿qué avances son los más esperanzadores en la lucha contra el cáncer de mama?

Los avances más esperanzadores se producen a dos niveles**:** unas **mejores técnicas diagnósticas** que permiten detectar tumores cada vez más pequeños y, por tanto, con mejor pronóstico y unas **mejoras técnicas** de tratamiento que hacen que las recaídas tras la cirugía sean cada vez más infrecuentes.

Dr. Emilio Alba

Con una dilatada carrera académica y profesional a sus espaldas, el **Dr. Emilio Alba** es una de las personalidades más relevantes en el campo de la oncología a nivel nacional e internacional. Presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (**SEOM**) en 2010-2011 y ex Presidente de la Sociedad Andaluza de Cancerología (**SAC**), Emilio Alba es, actualmente, **Jefe del Servicio de Oncología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, Jefe del Instituto Oncológico del Hospital Xanit Internacional de Benalmádena y profesor titular de Oncología de la Universidad de Málaga**. Asimismo, el **Dr. Alba** es vocal del Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (**GEICAM**), patrono de la Fundación para la Excelencia y la Calidad de la Oncología (**FundaciónECO**), y miembro de la Sociedad Andaluza de Cuidados Paliativos.

Emilio Alba, suma a su amplia experiencia en el terreno de la investigación en cáncer, una extensa labor docente y divulgativa en material oncológica. **Miembro de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO) y de la Asociación Americana de Oncología Médica (ASCO),** su trabajo está avalado por múltiples estudios recogidos en las revistas científicas más prestigiosas siendo, asimismo, **miembro del comité editorial** de distintas publicaciones especializadas como **The Lancet**, **Seminars in Oncology**, **Cancer & Chemotherapy Reviews** o **Translational Oncology Reviews**, entre otros.

Inicio

Dr. Josep Malvehy: "La principal causa ambiental del melanoma es la radiación ultravioleta"

Twittear
facebook

Día Europeo de la Prevención del Cáncer de Piel
«En España los casos de melanoma son más avanzados de lo deseable»
«Algunos de los avances más espectaculares se refieren a nuevos tratamientos que consiguen mejorar los resultados de respuesta y alargar la supervivencia»
«Todos los melanoma requieren cirugía que puede incluir la piel o también los ganglios linfáticos»
«Cada vez las técnicas quirúrgicas consiguen mejores resultados con menores riesgos y secuelas para el paciente»

.....

Entrevista realizada por HBakkali

El **melanoma** es el cáncer de piel más agresivo y pese a que su incidencia en España y el resto de países occidentales va en aumento, **los avances en materia de investigación cada vez son más esperanzadores**, tanto en el diagnóstico, como en el mejor conocimiento de los factores causales de este tumor. Además, el melanoma es una neoplasia que se puede prevenir si se cambian los **hábitos de exposición solar** desde la infancia.

Con motivo del **Día Europeo para la Prevención del Cáncer de Piel** (13 de junio), el **Dr. Josep Malvehy** director de la **Unidad de Melanoma del Hospital Clinic de Barcelona**, nos aclara cuáles son los principales **factores causales** de este cáncer, cuál es su **abordaje terapéutico** y de qué manera es posible su **prevención.**

.....

¿Cuáles son los principales cánceres de piel?

Los principales cánceres de piel son, en orden de frecuencia, los llamados **carcinomas cutáneos basocelular** y **escamoso,** y el **melanoma**. De todos los tumores malignos de la piel, el que causa mayor malignidad es el melanoma. Existen otros tumores malignos menos frecuentes como el **linfoma cutáneo** o el **dermatofibrosarcoma.**

¿Es el melanoma el más agresivo? ¿Por qué?

Si, porque **puede extenderse a otros órganos a distancia** con suma facilidad y además el melanoma **resulta muy resistente a los tratamientos convencionales.**

¿Qué es la regla ABCDE?

Es la regla que se ha usado para describir cuando una lesión puede necesitar una consulta con el médico especialista para descartar un melanoma. Corresponde a las iniciales de **Asimetría**, **Bordes irregulares**, **Colores múltiples, Diámetro superior a 5 mm** y **Evolución,** que significa cambios de color o tamaño.

¿Cuáles son los principales factores causales del melanoma?

La principal causa ambiental del melanoma es la radiación ultravioleta. Además, conocemos **factores genéticos** que aumentan el riesgo de padecer un melanoma. Factores que aumentan el riesgo son, entre otros, el tener un **número elevado de lunares**, **cabello claro o pelirrojo** y la **piel clara**.

Actualmente, ¿está aumentando la incidencia de este cáncer?

Si, tanto en España como en Europa la incidencia de melanoma está aumentando de forma evidente.

¿Qué pronóstico presenta este cáncer?

Cuando el **diagnóstico es precoz** el pronóstico es muy favorable con un tratamiento simple que consiste en la **extirpación de la lesión**. Cuando se retrasa el diagnóstico o cuando el tumor se ha extendido las posibilidades de curación se reducen.

¿En qué estadios se suele detectar este tumor?

En **España** los casos de melanoma son más avanzados de lo deseable. El grosor del tumor suele ser **mayor que en otros países desarrollados de Europa.** Por tanto, debemos realizar un esfuerzo en mejorar estos datos.

¿Es frecuente la recidiva en este tipo de tumores?

Cuando la cirugía es completada, según las guías de tratamiento, **la recidiva local no es frecuente.** Sin embargo, como le decía, **el tumor puede reaparecer en forma de metástasis en los ganglios linfáticos o en otros órganos a distancia.** El riesgo de que esto suceda depende directamente del momento del diagnóstico y, por tanto, es fundamental la detección precoz.

¿Cuáles son las principales dificultades que puede presentar el abordaje terapéutico en este tipo de tumores?

En los casos iniciales una simple extirpación con enhestéis local es suficiente. Cuando existe un melanoma más avanzado puede requerirse una cirugía más compleja. En el caso de que existan **metástasis** los tratamientos son la **radioterapia** y los tratamientos con medicamentos de **inmunoterapia**, **terapias diana** o **quimioterapia**.

¿Todos los melanomas requieren cirugía? ¿Qué principales riesgos y secuelas pueden tener estas intervenciones quirúrgicas?

Todos los melanoma requieren, efectivamente, **cirugía** que puede incluir la piel o también los ganglios linfáticos. En algunos casos se intervienen las metástasis. **Las secuelas**, además, **de las cicatrices dependen del tipo de intervención** aunque cada vez las técnicas quirúrgicas consiguen mejores resultados con menores riesgos y secuelas para el paciente.

¿Cuáles son los principales efectos adversos del sol sobre la piel?

El **exceso de exposición al sol** en la piel produce muchas alteraciones, desde el **envejecimiento,** a la aparición de **tumores diversos,** y entre estos los cánceres de piel**.**

¿Cómo afecta la alimentación a la salud de la piel?

La alimentación inadecuada causa muchos problemas de salud y también **afecta a la piel**. Cuando existen **carencias de vitaminas** aparecen enfermedades que pueden llegar a ser graves**.**

¿Y el tabaquismo?

El tabaquismo causa un **envejecimiento evidente de la piel.**

Siempre pensamos en que la piel hay que protegerla sólo de cara al verano, pero a lo largo del año, ¿qué cuidados debemos tener?

Efectivamente, todo el año debemos cuidar nuestra piel. En invierno el sol también puede ser causa de exposiciones acumuladas especialmente en profesiones al aire libre como los trabajadores del campo, pescadores, jardineros o obreros de la construcción. En estos casos **la protección adecuada deber realizarse todo el año por igual.** En invierno algunos deportes como el **esquí** también **requieren una protección adecuada.**

En verano, ¿cuáles son las principales claves para tomar el sol con precaución, tanto en niños como en adultos?

Las claves son **evitar quemaduras**, **reducir las exposiciones al mediodía,** entre 12 y 16 horas, **usar ropa adecuada** y **filtros solares**. Estos últimos deberán aplicarse de forma adecuada.

¿Es posible la prevención del melanoma?

Por supuesto que sí. Sin embargo, **depende de un cambio de hábitos de exposición solar desde la primera infancia** y esto no lo hemos conseguido a pesar de las campañas.

Desde el punto de vista de investigación en melanoma, ¿en qué momento estamos? ¿qué avances son los más prometedores?

Existen muchos avances que son muy prometedores, en **diagnóstico**, **conocimiento de las causas** y del propio tumor. Cada vez más, es posible **detectar** estos tumores **en etapas más precoces** con técnicas de microscopía no invasiva, con técnicas de imagen.

Por otro lado, algunos de los avances más espectaculares se refieren a **nuevos tratamientos que consiguen mejorar los resultados de respuesta y alargar la supervivencia**, incluso en casos avanzados.

Dr. Josep Malvehy. Director de la Unidad de Melanoma del Hospital Clinic de BarcelonaDía Europeo de la Prevención del Cáncer de Piel

Inicio

Dra. Ana Rosa Jurado: "La menopausia en sí no influye en el aumento de ningún tipo de cáncer"

Twittear
facebook

Menopausia
Entrevista realizada por HBakkali
«Cuando una mujer llega a la menopausia disminuye la sintomatología de gran parte de las afecciones ginecológicas que sufre durante la etapa fértil de la vida»
«Las mujeres que han sufrido una menopausia quirúrgica, a cualquier edad, tienen más posibilidades de tener disminución de la libido»
«Cuando las mujeres, por la edad, perciben que el riesgo de embarazo ha disminuido podrían aumentar las posibilidades de infecciones sexuales»

¿Qué es la menopausia?

Técnicamente, menopausia es la última regla de una mujer. En la práctica se refiere al cese de las reglas debido a la disminución de la producción hormonal por parte de los ovarios, que pierden la capacidad de producir óvulos para la reproducción.

Sexo y menopausia, ¿qué cambios puede advertir la mujer?

No está probado que la menopausia por sí misma cause problemas en la sexualidad de la mujer. Sin embargo, el déficit hormonal en algunos casos puede condicionar cambios en los tejidos implicados en la respuesta sexual, como mayor sequedad vaginal o menor lubricación en la excitación. Estos cambios pueden condicionar molestias en las relaciones, que a su vez provocan a medio plazo una disminución en el deseo sexual, si no se consulta para ello.

¿Es común la pérdida de libido en esta etapa?

En estudios epidemiológicos se ha visto que las mujeres que han sufrido una menopausia quirúrgica, a cualquier edad, tienen más posibilidades de tener disminución de la libido. En los casos de menopausia natural no se ha probado este efecto, aunque se cree que algunas mujeres pueden vivir con dificultad su sexualidad en esta etapa de la vida. Esto es principalmente debido a aspectos relacionados con los cambios físicos asociados a la edad, con los problemas de la relación de pareja y con otros factores vivenciales y mitos socio-culturales.

La sequedad vaginal e infecciones vaginales, ¿es posible paliar estas manifestaciones?

Es posible tratar la sequedad vaginal con tratamientos muy efectivos, y de forma crónica, mejorar las condiciones de la vagina para prevenir la aparición de infecciones. Para ello, solo es necesario consultar al médico al respecto de esta sintomatología.

El hecho de no tener que tomar precauciones de cara al embarazo, ¿fomenta una mayor incidencia de enfermedades de transmisión sexual en esta etapa?

En todos los momentos del ciclo vital de una mujer, el cambio de pareja puede suponer un mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual si no se utilizan medios de barrera. Incluso antes de la menopausia, cuando las mujeres, por la edad, perciben que el riesgo de embarazo ha disminuido, podrían aumentar las posibilidades de infecciones sexuales. Es muy importante tener en cuenta estas circunstancias en el consejo sexual.

Menor actividad sexual, ¿conlleva algún riesgo para la salud de la mujer?

No existen parámetros de normalidad en cuanto a la frecuencia en las relaciones sexuales, o en cuanto a la actividad sexual. Tanto una mayor como una menor actividad sexual puede conllevar insatisfacción sexual si no se adecua a las necesidades personales y/o de la pareja. Esto puede afectar a la salud sexual de las personas y a la vivencia de su propia sexualidad.

¿Qué enfermedades del aparato reproductor femenino son las más comunes durante la menopausia?

Cuando una mujer llega a la menopausia disminuye la sintomatología de gran parte de las afecciones ginecológicas que sufre durante la etapa fértil de la vida, como por ejemplo los miomas, las hemorragias menstruales, la endometriosis, la dismenorrea, el síndrome premenstrual... Es posible que aumente las posibilidades de tener sequedad vaginal u otros síntomas relacionados con la disminución del trofismo en los tejidos, así como otros problemas relacionados con la edad y la paridad, como la inncontinencia urinaria.

¿Qué Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) son más comunes en esta etapa?

No existen infecciones de transmisión sexual típicas de este periodo de la vida; si no se utilizan métodos de barrea (preservativo femenino o masculino), y existe cierto grado de promiscuidad (cambios de pareja, no parejas estables, etc.), se pueden contraer las mismas ETS que en otras edades.

¿Qué cánceres presentan mayor incidencia en esta etapa?

Entre los 45 y los 65 años la incidencia de cáncer de mama es superior, pero no en relación con la menopausia, sino en relación a la edad. El riesgo de cáncer de ovario disminuye con la edad, y el de endometrio puede aumentar, pero sobre todo en relación a tratamientos estrogénicos sin oposición con progestágenos. La

menopausia en sí no influye en el aumento de ningún tipo de cáncer.

Enlace
Entrevista: “Síndrome de Déficit de Testosterona y salud sexual”

Dra. Ana Rosa Jurado
Unidad de Salud Sexual del Hospital Internacional Xanit
http://www.xanit.net/servicio-58-unidad-de-salud-sexual.html

Inicio

Organizaçao dos Estados Ibero-americanos para a Educaçao, a Ciência e a Cultura
Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Divulgación y Cultura Científica Iberoamericana

Opinión | Reportajes | Noticias | Entrevistas

Dra. Ana López de la Guía: "El mieloma es una de las enfermedades hematológicas más complicadas de manejar"

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
«La edad media de aparición de mieloma son los 65 años»
«La tasa de incidencia ajustada a edad en España es de 3,1 mielomas por 100.000 habitantes y año»
«En la actualidad se consigue alcanzar respuesta en más del 80% de los pacientes, aunque existe todavía un 20% de los pacientes que son refractarios al tratamiento»
«A pesar de los avances terapéuticos y la mejora de la supervivencia en los últimos años, el mieloma múltiple sigue siendo una enfermedad incurable»

.....

El pasado 1 de agosto, la revista New England Journal of Medicine (NEJM) pubicó un estudio en el que se afirma que un tratamiento precoz mieloma asintomático de alto riesgo, que deriva en mieloma múltiple activo, reduce la progresión de la neoplasia. El estudio, realizado por del Grupo Español de Mieloma (GEM-PETHEMA) concluye que tratamiento precoz, además de retrasar el avance de la enfermedad, mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes.

Sobre este significativo avance, sobre los factores causales de la enfermedad, su abordaje terapéutico y su incidencia, nos responde la Dra. Ana López de la Guía, especialista del Servicio de Hematología del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

……..

¿Qué es el mieloma múltiple?

El meiloma múltiple es una neoplasia hematológica caracterizada por la proliferación clonal de células linfoides B en los últimos estadios madurativos (células plasmáticas) en la médula ósea. La clona patológica produce una inmunoglobulina, completa o no, que conocemos como componente monoclonal (CM) y que se secreta a la sangre, pudiéndose detectar en suero y/o orina. La mayor parte de las células plasmáticas neoplásicas no son proliferativas y pueden permanecer en la médula ósea durante largo tiempo sin producir daño orgánico, situación que identificamos como gammapatía monoclonal de significado incierto (GMSI) o mieloma múltiple quiescente, según la cantidad de CM y el grado de infiltración de la médula ósea.

¿Cómo es su mecanismo de actuación?

En el mieloma múltiple, el ADN de las células plasmáticas se encuentra dañado por varias mutaciones, siendo las más importantes la traslocaciones de IGH, y esto hace que dichas células se conviertan en patológicas y empiecen a crecer sin control. Estas células plasmáticas en contacto con el microambiente medular y con el estroma, van a liberar una serie de citoquinas (Il-6, Il-10, TNFα, VEGF,…) que van a ser las causantes de su mayor proliferación, angiogenesis tumoral y de la activación de osteoclastos, dando lugar al daño óseo con lesiones osteolíticas. También con su crecimiento incontrolado puede producir tumores, generalmente en el hueso, conocidos como plasmocitomas.

La células plasmáticas patológicas van a secretar una inmunoglobulina anómala o parte de ella que va a secretar al torrente circulatorio y se va al eliminar por la orina, siendo su acumulo el causante de alguno del los síntomas de los síntomas. Cuando se excreta en grandes cantidades, el riñón no puede metabolizarla pudiendo provocar insuficiencia renal.

¿Qué factores de riesgo pueden intervenir en el desarrollo de este cáncer?

Hay múltiples comunicaciones de factores externos que podrían asociarse a una mayor incidencia de mieloma, aunque muchas de estas no han sido posteriormente comprobadas. Se ha señalado una relación inversa entre el nivel socioeconómico y la incidencia de mieloma. En cuanto a los factores ocupacionales, se ha descrito asociación con trabajar en granjas (relacionado con virus animales), exposición a pesticidas, radiaciones ionizantes, benceno, trabajar en industrias del metal, cuero, plásticos, madera o textil. Algunos estudios han descrito la obesidad como factor de riesgo para la incidencia de mieloma. No se ha encontrando asociación con el tabaquismo y el consumo de alcohol. También hay estudios que han sugerido la posible implicación de estímulos inmunes crónicos como causa de mieloma, así como la asociación con alteraciones autoinmunes, infecciosas o inflamatorias previas.

¿Con qué síntomas puede manifestarse?

La mayoría de los problemas médicos relacionados con el mieloma son causados por la acumulación de las células del mieloma en la médula y la presencia de paraproteínas en la sangre o en la orina. El dolor óseo es el síntoma más frecuente al diagnostico, encontrándose en el 58% de los paciente, puede ser causa de lesiones osteolíticas en los huesos y a veces se detectan por fracturas patológicas ante traumatismos leves. La astenia y debilidad son también frecuentes (considerado el principal síntoma en el 32% de los pacientes), generalmente relacionados con anemia. Otros síntomas pueden ser pérdida de peso, fiebre con infecciones recurrentes y neuropatía o alteraciones neurológicas. Además, debido a la eliminación de la paraproteina por orina puede producir insuficiencia renal, manifestándose con cansancio, disminución de diuresis y edemas en miembros inferiores.

¿Qué diferencia el mieloma de otros cánceres?

A diferencia de la mayoría de los tipos de cáncer, el mieloma en la mayoría de los casos no aparece en forma de tumor, sino que las células plasmáticas patológicas del mieloma se dividen y se extienden dentro de la médula, como lo hace un líquido, sin producir masas sólidas. Ocurre lo mismo con las leucemias y en general con la mayoría de tumores hematológicos, por lo que también se les llama tumores líquidos.

¿A qué pruebas diagnósticas debe someterse el paciente para la detección de esta neoplasia?

Para el diagnostico es necesario la realización de una analítica completa de sangre y orina, que contenga hemograma, VSG, bioquímica con ionograma que incluya calcio, LDH, β2microglobulina, albumina, proteínas totales y creatinina con filtrado glomerular, cuantificación de inmunoglobulinas, además de un estudio exhaustivo de las proteínas con electroforesis en suero y orina e inmunofijación también en ambas, en la que mediremos y determinaremos el tipo de paraproteina monoclonal. También en los últimos años se miden las cadenas ligeras libres en suero y su cociente. Además, se realiza un estudio de médula ósea, mediante un aspirado generalmente esternal (o en cresta iliaca) para cuantificar el grado de infiltración de células plasmáticas en médula, estudiar su inmunofenotipo y sus alteraciones citogenética, que nos van a orientar en el pronóstico. Y por último, es necesario la realización de una serie ósea, que consiste en 13 proyecciones radiológicas de los huesos que se suelen afectar en el mieloma y en la que puede aparecer lesiones osteoliticas (calota, columna axial, parrilla costal, cadera y parte proximal de humeros y fémures. La realización de otras pruebas de imagen como TC, PET-TAC o RM no son necesarias en general, solo se realizaran si hay sospecha de plasmocitomas, signos de compresión medular o síntomas de afectación ósea que no se objetivan en las radiografías.

¿A qué edad es más frecuente su detección?

La edad media de aparición de mieloma son los 65 años, con un pico máximo de incidencia entre los 60 y 70 años. Sólo un 15% de los pacientes tienen <50 años.

¿En qué estadios es más común su diagnóstico?

El sistema de estatificación del mieloma que se utiliza en la práctica clínica habitual es el sistema Durie-Salmon, que diferencia 3 estadios en función los siguientes parámetros: nivel de hemoglobina, calcio, cantidad de componente monoclonal y presencia de lesiones líticas en serie ósea. Este sistema refleja la carga tumoral. Los pacientes en estadio I corresponden en su mayoría con mielomas quiescentes, indolentes, que no necesitan tratamiento. Siendo los estadios II y III los más comunes al diagnostico, ya que son los síntomas los que hacen acudir al paciente a consulta. En 2005 se publicó un nuevo sistema de estadiaje, el sistema pronostico internacional del mieloma (ISS), que diferencia también 3 estadios en función de la cantidad de albumina y β2microglobulina, factores importantes en el mieloma y que predicen el pronóstico y la respuesta o no al tratamiento con los nuevos fármacos.

¿Cuál es la incidencia actualmente en España? ¿Y a nivel internacional?

La tasa de incidencia ajustada a edad en España es de 3,1 mielomas por 100.000 habitantes y año (GLOBOCAN nivel internacional es de 3-5 casos/100.000 habitantes/año). No obstante hay que señalar que los estudios sobre estos datos son difíciles de realizar debido a que los métodos de registro son variables en distintas naciones y tienen un amplio margen de error.

Una vez diagnosticada la enfermedad, ¿cuál es el abordaje terapéutico?

Actualmente la indicación de tratamiento es únicamente para los pacientes que presentan síntomas. El abordaje terapéutico del mieloma va a depender de varios factores. A grandes rasgos podemos dividir el tratamiento de primera línea en 2 grupos dependiendo de la edad del paciente y sus comorbilidades, poniendo como punto de corte los 65 años (hasta los 70 años en algunos centros). Así los pacientes menores de 65 años serian candidatos a un tratamiento de inducción, seguido de trasplante autologo de progenitores hematopoyéticos, si se alcanza repuesta con el primero. Dentro de los tratamientos de inducción en menores de 65 años hay varios esquemas: basados en poliquimioterapia y basados en los nuevos agentes: bortezomib o inmunomuduladoses (talidomida y lenalidomida) y su combinación, utilizando dos o tres farmacos. La combinación de bortezomib, talidomida y dexametasona ha demostrado en varios ensayos clínicos, entre ellos el del grupo español PETHEMA/GEM05menos65, ser la que mejores resultados obtiene, con una tasa de respuestas completas tras la realización de trasplante del 55-60%.

Para el tratamiento de los pacientes mayores de 65 años se han asociado los nuevos fármacos al clásico melfalán/prednisona, para mejorar la tasa de respuestas, siendo también utilizado esquemas con bendamustina/prednisona. Actualmente en España el estándar de tratamiento de primera línea para estos pacientes es la combinación de bortezomib, melfalán y prednisona. Además se utilizan tratamientos atenuados para pacientes mayores biológicamente frágiles, capaces de reducir los efectos tóxicos de los tratamientos sin disminuir la eficacia, ni supervivencia de estos pacientes.

En los pacientes que responden al tratamiento inicial, se están utilizando tratamientos de consolidación y mantenimiento. Los tratamientos de consolidación consistirían en un curso corto de tratamiento con el objetivo de profundización de la respuesta obtenida con la inicial terapia y en los esquemas de mantenimiento la terapia se mantendría en el tiempo con el objetivo de prevenir la progresión tumoral. Dentro del los esquemas de mantenimiento existe resultados prometedores en los estudios que utilizan lenalidomida a bajas dosis.

Además del tratamiento especifico del mieloma, también es necesario el tratamiento de los síntomas. Para tratar la anemia utilizamos transfusión de concentrados de hematíes y/o eritropoyetina. En el manejo del dolor y lesiones óseas se utilizan analgésicos, evitando AINEs, según su intensidad y bifosfonatos, siendo el más utilizado el zolendronato. Algunos pacientes necesitan radioterapia antiálgica o para evitar compresiones medulares y fijaciones quirúrgicas si existen fracturas patológicas o lesiones líticas con riesgo importante de fractura. Sin olvidarnos de una importante hidratación, sobre todo si existe insuficiencia renal e hipercalcemia.

¿Cómo suelen responder los pacientes al tratamiento?

En la actualidad se consigue alcanzar respuesta en más del 80% de los pacientes, aunque existe todavía un 20% de los pacientes que son refractarios al tratamiento.

Recientemente se ha publicado un estudio en la revista New England Journal of Medicine (NEJM) en el que se afirma un tratamiento precoz mieloma asintomático de alto riesgo, que deriva en mieloma múltiple activo, reduce la progresión de la neoplasia, ¿en qué consiste este estudio? ¿qué supone esto en la lucha contra la enfermedad?

El mieloma sólo tiene indicación de tratamiento cuando aparecen síntomas (anemia, insuficiencia renal, hipercalcemia y/o lesiones liticas), pero hay varios ensayos clínicos a nivel internacional que comparan el tratamiento precoz con la observación en pacientes con mieloma múltiple quiescente de alto riesgo, encontrando en la mayoría de estos mejor supervivencia libre de enfermedad en los pacientes que reciben tratamiento precozmente.

Los mielomas quiescentes de alto riesgo son aquellos que en dos años tienen más de un 50% de riesgo de desarrollar la enfermedad sintomática. Entre estos se encuentran aquellos que presentan un componente monoclonal >3gr/dL, más de 10% de células plasmáticas en médula ósea o con >95% de estas con fenotipo aberrante, reducción de inmunoglobulinas no involucradas (inmunoparesia), cociente kappa/lambda alterado y/o lesiones óseas detectadas en resonancia magnética. Aproximadamente el 40% de los casos de mieloma quiescente, son de alto riesgo.

El estudio del Grupo Español de Mieloma (GEM) publicado recientemente en NEJM concluye que dar dos años de tratamiento con lenalidomida y dexametasona (fármacos aprobados en recaída en España) a pacientes con mieloma quiescente de alto riesgo reduce hasta cinco veces la probabilidad de que desarrollen un mieloma múltiple sintomático. En el ensayo, en que participaron 120 pacientes con mieloma quiescente de alto riesgo, se vio que tras 40 meses, el 76% de los que no recibían nada progresaban a mieloma sintomático y el 78% estaba vivo a los cinco años. En cambio, entre los que hicieron el tratamiento precoz, solo un 22% había progresado, y el 94% seguía con vida a los cinco años.

Estos estudios apoyarían el tratar de forma precoz a los pacientes, mejorando así su supervivencia y su calidad de vida, dado que además de controlar la enfermedad, evitamos la aparición de síntomas y la tolerancia a los tratamientos sería mejor.

¿Qué pronóstico presenta actualmente este tumor?

El mieloma es una de las enfermedades hematológicas más complicadas de manejar, debido a la multitud de formas de presentarse y de respuesta al tratamiento. Por eso es muy difícil aventurar un pronóstico de forma general siendo éste variable para cada paciente.

Dentro de los parámetros que influyen en el pronóstico se encuentran los marcadores biológicos de agresividad (como las anomalías cromosómicas de alto riesgo: t(4;14), deleción del 17p y ganancias de 1q), factores del individuo (edad y comorbilidades) y por el estadio del mieloma.

En la última década con la incorporación de nuevos fármacos no citostáticos como bortezomib y lenalidomida y la realización de trasplante autólogo en pacientes

menores de 65 años ha mejorado de forma significativa la supervivencia de estos pacientes, ya que han aumentado las tasas de respuestas completas. Aunque el beneficio es más marginal en pacientes mayores.

El principal problema es que tras el tratamiento inicial son frecuentes las recaídas. En estas se pueden adquirir nuevas anomalías cromosómicas que cambien la dinámica de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. En general, las recaídas tienen menor tasa de respuesta a los tratamientos y la profundidad y duración de estas suele ser menor.

¿Es posible su prevención?

Dado que se desconoce la causa exacta y no hay factores de riesgo evitables, por ahora no es posible prevenir el mieloma múltiple. No hay pruebas de cribado disponibles en la actualidad.

Desde el punto de vista de investigación, ¿qué avances son los que más urgen?

A pesar de los avances terapéuticos y la mejora de la supervivencia en los últimos años, el mieloma múltiple sigue siendo una enfermedad incurable. Por ello, para mejorar las perspectivas de estos pacientes, se encuentran abiertas varias las líneas de investigación basados en estudios de oncogenómica y proteónica.

Entre ellas se encuentran el estudio de los mecanismos responsables de la presencia de resistencia a los tratamientos, búsqueda de alternativas terapéuticas para paciente de muy mal pronóstico (pacientes refractarios primarios y/o con alteraciones citogenéticas de pronóstico muy adverso, como la deleción de 17p), estudios de una potencial multiclonalidad en el mieloma (por lo que cada individuo puede tener varios clones tumorales con distintas características biológicas y de sensibilidad/resistencia a tratamientos, que pudiera ser responsable de las recaídas) y sobre la búsqueda de una posible célula madre tumoral y desarrollo de estrategias terapéuticas frente a la misma.

Dra. Ana López de la Guía, especialista del Servicio de Hematologia del Hospital Universitario La Paz de Madrid

Enlaces de interés
Estudio del Grupo Español de Mieloma en la revista NEJM

Grupo Español de Mieloma

Hospital Universitario La Paz de Madrid

Inicio

Organizaçao dos Estados Ibero-americanos para a Educaçao, a Ciência e a Cultura
Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Divulgación y Cultura Científica Iberoamericana

Opinión | Reportajes | Noticias | Entrevistas

Dra. Ana López de la Guía: "El mieloma es una de las enfermedades hematológicas más complicadas de manejar"

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
«La edad media de aparición de mieloma son los 65 años»
«La tasa de incidencia ajustada a edad en España es de 3,1 mielomas por 100.000 habitantes y año»
«En la actualidad se consigue alcanzar respuesta en más del 80% de los pacientes, aunque existe todavía un 20% de los pacientes que son refractarios al tratamiento»
«A pesar de los avances terapéuticos y la mejora de la supervivencia en los últimos años, el mieloma múltiple sigue siendo una enfermedad incurable»

.....

El pasado 1 de agosto, la revista New England Journal of Medicine (NEJM) pubicó un estudio en el que se afirma que un tratamiento precoz mieloma asintomático de alto riesgo, que deriva en mieloma múltiple activo, reduce la progresión de la neoplasia. El estudio, realizado por del Grupo Español de Mieloma (GEM-PETHEMA) concluye que tratamiento precoz, además de retrasar el avance de la enfermedad, mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes.

Sobre este significativo avance, sobre los factores causales de la enfermedad, su abordaje terapéutico y su incidencia, nos responde la Dra. Ana López de la Guía, especialista del Servicio de Hematología del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

……..

¿Qué es el mieloma múltiple?

El meiloma múltiple es una neoplasia hematológica caracterizada por la proliferación clonal de células linfoides B en los últimos estadios madurativos (células plasmáticas) en la médula ósea. La clona patológica produce una inmunoglobulina, completa o no, que conocemos como componente monoclonal (CM) y que se secreta a la sangre, pudiéndose detectar en suero y/o orina. La mayor parte de las células plasmáticas neoplásicas no son proliferativas y pueden permanecer en la médula ósea durante largo tiempo sin producir daño orgánico, situación que identificamos como gammapatía monoclonal de significado incierto (GMSI) o mieloma múltiple quiescente, según la cantidad de CM y el grado de infiltración de la médula ósea.

¿Cómo es su mecanismo de actuación?

En el mieloma múltiple, el ADN de las células plasmáticas se encuentra dañado por varias mutaciones, siendo las más importantes la traslocaciones de IGH, y esto hace que dichas células se conviertan en patológicas y empiecen a crecer sin control. Estas células plasmáticas en contacto con el microambiente medular y con el estroma, van a liberar una serie de citoquinas (Il-6, Il-10, TNFα, VEGF,…) que van a ser las causantes de su mayor proliferación, angiogenesis tumoral y de la activación de osteoclastos, dando lugar al daño óseo con lesiones osteolíticas. También con su crecimiento incontrolado puede producir tumores, generalmente en el hueso, conocidos como plasmocitomas.

La células plasmáticas patológicas van a secretar una inmunoglobulina anómala o parte de ella que va a secretar al torrente circulatorio y se va al eliminar por la orina, siendo su acumulo el causante de alguno del los síntomas de los síntomas. Cuando se excreta en grandes cantidades, el riñón no puede metabolizarla pudiendo provocar insuficiencia renal.

¿Qué factores de riesgo pueden intervenir en el desarrollo de este cáncer?

Hay múltiples comunicaciones de factores externos que podrían asociarse a una mayor incidencia de mieloma, aunque muchas de estas no han sido posteriormente comprobadas. Se ha señalado una relación inversa entre el nivel socioeconómico y la incidencia de mieloma. En cuanto a los factores ocupacionales, se ha descrito asociación con trabajar en granjas (relacionado con virus animales), exposición a pesticidas, radiaciones ionizantes, benceno, trabajar en industrias del metal, cuero, plásticos, madera o textil. Algunos estudios han descrito la obesidad como factor de riesgo para la incidencia de mieloma. No se ha encontrando asociación con el tabaquismo y el consumo de alcohol. También hay estudios que han sugerido la posible implicación de estímulos inmunes crónicos como causa de mieloma, así como la asociación con alteraciones autoinmunes, infecciosas o inflamatorias previas.

¿Con qué síntomas puede manifestarse?

La mayoría de los problemas médicos relacionados con el mieloma son causados por la acumulación de las células del mieloma en la médula y la presencia de paraproteínas en la sangre o en la orina. El dolor óseo es el síntoma más frecuente al diagnostico, encontrándose en el 58% de los paciente, puede ser causa de lesiones osteolíticas en los huesos y a veces se detectan por fracturas patológicas ante traumatismos leves. La astenia y debilidad son también frecuentes (considerado el principal síntoma en el 32% de los pacientes), generalmente relacionados con anemia. Otros síntomas pueden ser pérdida de peso, fiebre con infecciones recurrentes y neuropatía o alteraciones neurológicas. Además, debido a la eliminación de la paraproteina por orina puede producir insuficiencia renal, manifestándose con cansancio, disminución de diuresis y edemas en miembros inferiores.

¿Qué diferencia el mieloma de otros cánceres?

A diferencia de la mayoría de los tipos de cáncer, el mieloma en la mayoría de los casos no aparece en forma de tumor, sino que las células plasmáticas patológicas del mieloma se dividen y se extienden dentro de la médula, como lo hace un líquido, sin producir masas sólidas. Ocurre lo mismo con las leucemias y en general con la mayoría de tumores hematológicos, por lo que también se les llama tumores líquidos.

¿A qué pruebas diagnósticas debe someterse el paciente para la detección de esta neoplasia?

Para el diagnostico es necesario la realización de una analítica completa de sangre y orina, que contenga hemograma, VSG, bioquímica con ionograma que incluya calcio, LDH, β2microglobulina, albumina, proteínas totales y creatinina con filtrado glomerular, cuantificación de inmunoglobulinas, además de un estudio exhaustivo de las proteínas con electroforesis en suero y orina e inmunofijación también en ambas, en la que mediremos y determinaremos el tipo de paraproteina monoclonal. También en los últimos años se miden las cadenas ligeras libres en suero y su cociente. Además, se realiza un estudio de médula ósea, mediante un aspirado generalmente esternal (o en cresta iliaca) para cuantificar el grado de infiltración de células plasmáticas en médula, estudiar su inmunofenotipo y sus alteraciones citogenética, que nos van a orientar en el pronóstico. Y por último, es necesario la realización de una serie ósea, que consiste en 13 proyecciones radiológicas de los huesos que se suelen afectar en el mieloma y en la que puede aparecer lesiones osteoliticas (calota, columna axial, parrilla costal, cadera y parte proximal de humeros y fémures. La realización de otras pruebas de imagen como TC, PET-TAC o RM no son necesarias en general, solo se realizaran si hay sospecha de plasmocitomas, signos de compresión medular o síntomas de afectación ósea que no se objetivan en las radiografías.

¿A qué edad es más frecuente su detección?

La edad media de aparición de mieloma son los 65 años, con un pico máximo de incidencia entre los 60 y 70 años. Sólo un 15% de los pacientes tienen <50 años.

¿En qué estadios es más común su diagnóstico?

El sistema de estatificación del mieloma que se utiliza en la práctica clínica habitual es el sistema Durie-Salmon, que diferencia 3 estadios en función los siguientes parámetros: nivel de hemoglobina, calcio, cantidad de componente monoclonal y presencia de lesiones líticas en serie ósea. Este sistema refleja la carga tumoral. Los pacientes en estadio I corresponden en su mayoría con mielomas quiescentes, indolentes, que no necesitan tratamiento. Siendo los estadios II y III los más comunes al diagnostico, ya que son los síntomas los que hacen acudir al paciente a consulta. En 2005 se publicó un nuevo sistema de estadiaje, el sistema pronostico internacional del mieloma (ISS), que diferencia también 3 estadios en función de la cantidad de albumina y β2microglobulina, factores importantes en el mieloma y que predicen el pronóstico y la respuesta o no al tratamiento con los nuevos fármacos.

¿Cuál es la incidencia actualmente en España? ¿Y a nivel internacional?

La tasa de incidencia ajustada a edad en España es de 3,1 mielomas por 100.000 habitantes y año (GLOBOCAN nivel internacional es de 3-5 casos/100.000 habitantes/año). No obstante hay que señalar que los estudios sobre estos datos son difíciles de realizar debido a que los métodos de registro son variables en distintas naciones y tienen un amplio margen de error.

Una vez diagnosticada la enfermedad, ¿cuál es el abordaje terapéutico?

Actualmente la indicación de tratamiento es únicamente para los pacientes que presentan síntomas. El abordaje terapéutico del mieloma va a depender de varios factores. A grandes rasgos podemos dividir el tratamiento de primera línea en 2 grupos dependiendo de la edad del paciente y sus comorbilidades, poniendo como punto de corte los 65 años (hasta los 70 años en algunos centros). Así los pacientes menores de 65 años serian candidatos a un tratamiento de inducción, seguido de trasplante autologo de progenitores hematopoyéticos, si se alcanza repuesta con el primero. Dentro de los tratamientos de inducción en menores de 65 años hay varios esquemas: basados en poliquimioterapia y basados en los nuevos agentes: bortezomib o inmunomuduladoses (talidomida y lenalidomida) y su combinación, utilizando dos o tres farmacos. La combinación de bortezomib, talidomida y dexametasona ha demostrado en varios ensayos clínicos, entre ellos el del grupo español PETHEMA/GEM05menos65, ser la que mejores resultados obtiene, con una tasa de respuestas completas tras la realización de trasplante del 55-60%.

Para el tratamiento de los pacientes mayores de 65 años se han asociado los nuevos fármacos al clásico melfalán/prednisona, para mejorar la tasa de respuestas, siendo también utilizado esquemas con bendamustina/prednisona. Actualmente en España el estándar de tratamiento de primera línea para estos pacientes es la combinación de bortezomib, melfalán y prednisona. Además se utilizan tratamientos atenuados para pacientes mayores biológicamente frágiles, capaces de reducir los efectos tóxicos de los tratamientos sin disminuir la eficacia, ni supervivencia de estos pacientes.

En los pacientes que responden al tratamiento inicial, se están utilizando tratamientos de consolidación y mantenimiento. Los tratamientos de consolidación consistirían en un curso corto de tratamiento con el objetivo de profundización de la respuesta obtenida con la inicial terapia y en los esquemas de mantenimiento la terapia se mantendría en el tiempo con el objetivo de prevenir la progresión tumoral. Dentro del los esquemas de mantenimiento existe resultados prometedores en los estudios que utilizan lenalidomida a bajas dosis.

Además del tratamiento especifico del mieloma, también es necesario el tratamiento de los síntomas. Para tratar la anemia utilizamos transfusión de concentrados de hematíes y/o eritropoyetina. En el manejo del dolor y lesiones óseas se utilizan analgésicos, evitando AINEs, según su intensidad y bifosfonatos, siendo el más utilizado el zolendronato. Algunos pacientes necesitan radioterapia antiálgica o para evitar compresiones medulares y fijaciones quirúrgicas si existen fracturas patológicas o lesiones líticas con riesgo importante de fractura. Sin olvidarnos de una importante hidratación, sobre todo si existe insuficiencia renal e hipercalcemia.

¿Cómo suelen responder los pacientes al tratamiento?

En la actualidad se consigue alcanzar respuesta en más del 80% de los pacientes, aunque existe todavía un 20% de los pacientes que son refractarios al tratamiento.

Recientemente se ha publicado un estudio en la revista New England Journal of Medicine (NEJM) en el que se afirma un tratamiento precoz mieloma asintomático de alto riesgo, que deriva en mieloma múltiple activo, reduce la progresión de la neoplasia, ¿en qué consiste este estudio? ¿qué supone esto en la lucha contra la enfermedad?

El mieloma sólo tiene indicación de tratamiento cuando aparecen síntomas (anemia, insuficiencia renal, hipercalcemia y/o lesiones liticas), pero hay varios ensayos clínicos a nivel internacional que comparan el tratamiento precoz con la observación en pacientes con mieloma múltiple quiescente de alto riesgo, encontrando en la mayoría de estos mejor supervivencia libre de enfermedad en los pacientes que reciben tratamiento precozmente.

Los mielomas quiescentes de alto riesgo son aquellos que en dos años tienen más de un 50% de riesgo de desarrollar la enfermedad sintomática. Entre estos se encuentran aquellos que presentan un componente monoclonal >3gr/dL, más de 10% de células plasmáticas en médula ósea o con >95% de estas con fenotipo aberrante, reducción de inmunoglobulinas no involucradas (inmunoparesia), cociente kappa/lambda alterado y/o lesiones óseas detectadas en resonancia magnética. Aproximadamente el 40% de los casos de mieloma quiescente, son de alto riesgo.

El estudio del Grupo Español de Mieloma (GEM) publicado recientemente en NEJM concluye que dar dos años de tratamiento con lenalidomida y dexametasona (fármacos aprobados en recaída en España) a pacientes con mieloma quiescente de alto riesgo reduce hasta cinco veces la probabilidad de que desarrollen un mieloma múltiple sintomático. En el ensayo, en que participaron 120 pacientes con mieloma quiescente de alto riesgo, se vio que tras 40 meses, el 76% de los que no recibían nada progresaban a mieloma sintomático y el 78% estaba vivo a los cinco años. En cambio, entre los que hicieron el tratamiento precoz, solo un 22% había progresado, y el 94% seguía con vida a los cinco años.

Estos estudios apoyarían el tratar de forma precoz a los pacientes, mejorando así su supervivencia y su calidad de vida, dado que además de controlar la enfermedad, evitamos la aparición de síntomas y la tolerancia a los tratamientos sería mejor.

¿Qué pronóstico presenta actualmente este tumor?

El mieloma es una de las enfermedades hematológicas más complicadas de manejar, debido a la multitud de formas de presentarse y de respuesta al tratamiento. Por eso es muy difícil aventurar un pronóstico de forma general siendo éste variable para cada paciente.

Dentro de los parámetros que influyen en el pronóstico se encuentran los marcadores biológicos de agresividad (como las anomalías cromosómicas de alto riesgo: t(4;14), deleción del 17p y ganancias de 1q), factores del individuo (edad y comorbilidades) y por el estadio del mieloma.

En la última década con la incorporación de nuevos fármacos no citostáticos como bortezomib y lenalidomida y la realización de trasplante autólogo en pacientes

menores de 65 años ha mejorado de forma significativa la supervivencia de estos pacientes, ya que han aumentado las tasas de respuestas completas. Aunque el beneficio es más marginal en pacientes mayores.

El principal problema es que tras el tratamiento inicial son frecuentes las recaídas. En estas se pueden adquirir nuevas anomalías cromosómicas que cambien la dinámica de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. En general, las recaídas tienen menor tasa de respuesta a los tratamientos y la profundidad y duración de estas suele ser menor.

¿Es posible su prevención?

Dado que se desconoce la causa exacta y no hay factores de riesgo evitables, por ahora no es posible prevenir el mieloma múltiple. No hay pruebas de cribado disponibles en la actualidad.

Desde el punto de vista de investigación, ¿qué avances son los que más urgen?

A pesar de los avances terapéuticos y la mejora de la supervivencia en los últimos años, el mieloma múltiple sigue siendo una enfermedad incurable. Por ello, para mejorar las perspectivas de estos pacientes, se encuentran abiertas varias las líneas de investigación basados en estudios de oncogenómica y proteónica.

Entre ellas se encuentran el estudio de los mecanismos responsables de la presencia de resistencia a los tratamientos, búsqueda de alternativas terapéuticas para paciente de muy mal pronóstico (pacientes refractarios primarios y/o con alteraciones citogenéticas de pronóstico muy adverso, como la deleción de 17p), estudios de una potencial multiclonalidad en el mieloma (por lo que cada individuo puede tener varios clones tumorales con distintas características biológicas y de sensibilidad/resistencia a tratamientos, que pudiera ser responsable de las recaídas) y sobre la búsqueda de una posible célula madre tumoral y desarrollo de estrategias terapéuticas frente a la misma.

Dra. Ana López de la Guía, especialista del Servicio de Hematologia del Hospital Universitario La Paz de Madrid

Enlaces de interés
Estudio del Grupo Español de Mieloma en la revista NEJM

Grupo Español de Mieloma

Hospital Universitario La Paz de Madrid

Inicio

Dr. Manuel Lara: "La prevalencia de migraña en España es de un 17% para la mujer y un 8% para el varón"

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
«Existen muchos mitos a nivel popular en relación con la migraña entre ellos están los factores alimentarios como posibles desencadenantes de las crisis»
«La incidencia de la migraña es más frecuente en pacientes que tienen familiares que también la padecen»
«En sentido amplio, la migraña no suele desencadenar ningún otro tipo de patología neurológica»
«La época más frecuente de comienzo de este padecimiento es en la edad temprana de la vida, sobre todo en la niñez y adolescencia»

La **migraña** se considera una dolencia crónica y de carácter episódico, para la cual no existe curación y los métodos de prevención más eficaces radican en procurar un mayor control sobre las crisis. No obstante, el adecuado abordaje terapéutico de esta enfermedad puede ser posible, permitiendo a los pacientes llevar buena calidad de vida.

Con motivo del **Día Internacional de Acción Contra la Migraña (12 de septiembre de 2013)**, el **doctor Manuel Lara, especialista del Servicio de Neurología del Hospital Universitario La Paz de Madrid**, nos responde a cuáles son los **tipos de tratamiento** que requiere esta enfermedad, **con qué otras patologías puede asociarse**, la relación que existe entre las **crisis de migraña y la alimentación**, y **qué avances científicos en su control son los más esperanzadores** hoy en día.

¿Qué es la migraña?

La migraña o jaqueca (ambos términos son sinónimos y designan la misma dolencia) es un tipo especial de cefalea que se caracteriza, fundamentalmente, porque el paciente sufre crisis de dolor de cabeza que experimenta de predominio hemicraneal, normalmente variando de un lado al otro a lo largo del tiempo de padecimiento de las crisis, que en numerosas ocasiones distingue con la cualidad de ser de carácter pulsátil e intensidad moderada-severa y que, por lo tanto, le incapacitan con frecuencia. La cefalea suele agravarse con la actividad física habitual y a menudo se acompaña de nauseas, vómitos y fono o fotofobia.

¿En cuánto se estima la prevalencia de esta dolencia?

La prevalencia de la migraña según distintos estudios epidemiológicos recogen la alta incidencia de la migraña en España con cifras muy parecidas a las registradas a nivel Internacional. El primer estudio epidemiológico con los criterios de la IHS (Sociedad Internacional para el estudio de las Cefaleas) se llevó a cabo en Dinamarca mostrando una prevalencia de la migraña para toda la vida de un 25 % en la mujer y un 8% en el hombre. La prevalencia de migraña en España es de un 17% para la mujer y un 8% para el varón, cifras también concordantes con los datos recogidos en Estados Unidos donde la prevalencia oscila entre un 18 % en la mujer y un 6% en el varón.

¿Se trata de una dolencia de carácter crónico?

La migraña es una enfermedad recurrente y episódica para la que no existe curación pero que en general puede ser controlada para permitir una aceptable calidad de vida. Normalmente, la migraña es una dolencia crónica que suele manifestarse con crisis o episodios migrañosos (migraña episódica) a lo largo de los años de padecimiento. Si se sufre durante más de 15 días al mes durante más de tres meses seguidos hablamos ya de migraña crónica que es una complicación no inhabitual de la migraña.

¿Cuáles son los síntomas más comunes con los que se manifiesta?

En la crisis de migraña se deben de distinguir distintas fases: pródromos, aura, cefalea y fase de resolución.

Los pródromos los experimentan alrededor de un 80% de los pacientes (síntomas premonitorios horas o días que preceden al dolor: bostezos, avidez por los dulces, cambios de humor, retención hídrica excesiva). El síntoma fundamental, no obstante, de la crisis migrañosa, es la cefalea, pero pueden aparecer otros síntomas acompañantes (pueden ser incluso más molestos para el paciente que la propia cefalea) como pueden ser nauseas o vómitos, fono y fotobia, es decir, intolerancia a la luz y los ruidos e incluso a los olores. También puede aparecer, normalmente precediendo a la cefalea, otros síntomas acompañantes de disfunción neurológica focal transitoria de distintos territorios cerebrales como pueden ser trastornos visuales (fotopsias, escotomas) que son los más frecuentes, hasta otros que pueden asustar más al paciente que los sufre, sobre todo la primera vez, como pueden ser las parestesias o incluso dificultad para hablar o pérdida de fuerza en una extremidad. En la fase de resolución el 80% de los pacientes refieren encontrarse mal durante un día (astenia, cansancio, somnolencia, dificultades de concentración) una vez que la cefalea y los síntomas acompañantes han cedido.

¿Es más frecuente en varones o en mujeres?

Todos los estudios epidemiológicos coinciden en señalar que la frecuencia y la prevalencia en la mujer son casi cinco veces superiores que en el hombre. Esta diferencia se ha atribuido a la influencia hormonal que se manifiesta a partir de la menarquia y acompaña a la mujer hasta la menopausia. El menor padecimiento de la migraña antes de la menarquia y tras la menopausia, junto con la mejoría transitoria observada durante el embarazo y el agravamiento durante los periodos menstruales parecen confirmar esta asociación.

¿A qué edad es más común que se manifiesten estos dolores?

La época más frecuente de comienzo de este padecimiento es en la edad temprana de la vida, sobre todo en la niñez y adolescencia persistiendo habitualmente hasta la mitad de la década de los 50 años de vida (guardando una estrecha relación la desaparición de las crisis con la menopausia), aunque su variabilidad en cuanto a frecuencia y persistencia de las crisis es muy amplia. La prevalencia máxima es entre los 25-45 años de edad. Es bastante menos frecuente que persista una vez superados los 60 años.

¿Se trata de una dolencia hereditaria?

No cabe duda de que la incidencia de la migraña es más frecuente en pacientes que tienen familiares que también la padecen. La migraña es una cefalea primaria que a menudo discurre en familias. El riesgo de recurrencias en familias (riesgo familiar/riesgo en la población general) está aumentado. En un amplio estudio llevado a cabo por un grupo danés sobre gemelos monocigotos y dicigotos ha demostrado una carga hereditaria o "heredabilidad" estimada entre el 40-60% y esta es mayor para la migraña con aura.

¿Hay alimentos que puedan favorecer su aparición o por el contrario prevenirla?

Existen muchos mitos a nivel popular en relación con la migraña entre ellos están los factores alimentarios como posibles desencadenantes de las crisis de migraña. En un estudio sobre precipitantes de migraña el ayuno (al provocar hipoglucemia) se identificó por un 57% de pacientes, el alcohol en un 38% y diversos alimentos por un 27% de los pacientes. Los alimentos más invocados tradicionalmente han sido el queso, el chocolate, los plátanos y los cítricos. Existen diversas sustancias como la tiramina y feniletilamina, glutamato, aspartano, nitritos y nitratos presentes en numerosos alimentos que se han relacionado directamente con los ataques de migraña debido, generalmente, a su efecto vasoactivo y sobre la liberación de diversos neurotransmisores a nivel neurovascular cerebral. El llamado "síndrome del restaurante chino" consiste en la aparición de cefalea, mareo, rubor facial y parestesias alrededor de 15 minutos después de ingerir glutamato sódico con el estómago vacío. Este componente es abundante en la comida asiática y se emplea como aditivo para potenciar los sabores. Se encuentra en productos congelados, sopas de lata, aderezos de ensalada, carnes y salchichas. Los Nitritos y nitratos están presentes en conservantes y colorantes, salchichas, carnes y pescados curados. El alcohol, especialmente el vino tinto, puede tener un efecto inmediato o tardío sobre la aparición de la cefalea, debido a su contenido en tiramina, flavonoides, histamina y sulfitos. El queso curado y la carne curada al llevar tiramina pueden también desencadenar migraña. La feniletilamina del cacao puede ser la responsable de la cefalea al ingerir chocolates. La cafeína presente en el café, té, refrescos y chocolate también puede contribuir a la aparición de la migraña sobre todo cuando existe abuso, aunque en algunos casos (uso ocasional) la cafeína mejora la cefalea.

Existen algunos suplementos dietéticos que pueden aliviar la migraña reduciendo la frecuencia de los ataques de migraña como son la riboflavina y el magnesio. En un ensayo aleatorizado a doble ciego dosis de 400 mg/dia comparado frente a placebo demostró ser superior en la reducción de ataques y días de migraña. El magnesio también se evaluó en un ensayo aleatorizado en el que se administró a dosis de 600 mg comparado frente a placebo demostrando su efecto favorable sobre los ataques de migraña.

¿Puede la migraña ser factor desencadenante de otras patologías (tumores cerebrales u otros problemas neurológicos, etc.)?

En sentido amplio la migraña no suele desencadenar ningún otro tipo de patología neurológica. Suceden, sin embargo, en casos poco frecuentes, alguna de las llamadas complicaciones neurológicas, entre ellas el infarto migrañoso. La relación entre migraña e ictus es controvertida. La migraña con aura a veces cursa con sintomatología que aen ocasiones remeda un ictus transitorio y al menos un tercio de los pacientes con ictus isquémico experimentan una cefalea de corte migrañoso en las primeras horas del episodio. Para el diagnóstico de infarto migrañoso la IHS exige unos criterios muy estrictos. En estos casos cuando se analizan los antecedentes personales con supuestos infartos migrañosos muchos de ellos tienen otros factores de riesgo vascular como son la obesidad, tabaquismo, hipertensión, tratamiento hormonal (anticonceptivos) o medicación vasoconstrictora. Además, la migraña se puede asociar a otras comorbilidades que por si mismas son causa de ictus. Por otra parte, entidades raras como el MELAS y el CADASIL cursan con manifestaciones clínicas como ictus y migraña.

Migraña y depresión, ¿qué relación existe?

La relación entre la migraña y la depresión no es una preocupación nueva. Ambas entidades tienen una elevada incidencia y, por lo tanto, pueden ser dolencias comórbidas en un mismo paciente. Se ha barajado que incluso ambas patologías pudieran compartir algún componente genético. Bien es sabido que el estrés, la ansiedad y la depresión pueden actuar como precipitantes de crisis migrañosas. Diversos estudios han demostrado que las mujeres que sufren migrañas o que las han tenido en el pasado tienen un mayor riesgo (hasta un 40%) de desarrollar depresión en comparación con aquellas que nunca han sufrido cefaleas. Por otra parte, las personas que padecen depresión tienen también más probabilidad de sufrir migrañas. Parece que pudiera existir una relación bidireccional entre ambas patologías en el sentido de que pacientes migrañosos sobre todo los que sufren las formas más severas (migraña crónica) pudieran desarrollar un síndrome depresivo relacionado con la incapacidad provocada por las crisis de migraña y su repercusión a nivel personal, social y laboral y que esta depresión, como si de un círculo vicioso se tratara, retroactivamente incrementara a su vez las migrañas. La relación entre la migraña y la depresión crónicas se da sobre todo cuando va asociado un abuso crónico de medicación analgésica. Además, en ambas entidades, migraña y depresión, los fármacos antidepresivos son eficaces para el tratamiento.

¿Cuáles son las pruebas diagnósticas a las que debe someterse el paciente?

El diagnóstico de la migraña es exclusivamente clínico. Esto es, existen unos criterios diagnósticos recogidos en la Clasificación Internacional de la IHS cuyo cumplimiento nos confirma que estamos frente a un paciente que sufre migraña sin necesidad de realizar ninguna exploración complementaria al tratarse de una cefalea de las llamadas primarias (es decir, sin una lesión subyacente que la provoca). No obstante en algunos casos, sobre todo en la migraña con aura o cuando aparece alguna complicación de la migraña (migraña crónica, aura persistente, estatus migrañoso, infarto migrañoso) estaría indicado realizar alguna prueba de Neuroimagen (TAC o RNM Craneal) para hacer el diagnóstico diferencial con otras patologías neurológicas.

¿Cuál es el abordaje terapéutico de esta dolencia?

El primer paso en el tratamiento de la migraña tras un correcto diagnóstico es darle al paciente una explicación comprensible del proceso. Es importante hacerle entender que la migraña es una enfermedad recurrente y episódica que no tiene cura, pero que en general puede controlarse para permitirle llevar una aceptable calidad de vida. El siguiente paso consiste en darle algunas recomendaciones generales como intentar mantener unos hábitos de vida regulares y, evitar, si existen y además, es posible los desencadenantes (estrés, exceso o falta de sueño, determinados alimentos, ciertos fármacos). No obstante, en la gran mayoría de pacientes que padecen migraña el tratamiento farmacológico se hace imprescindible. Hay que aclararle a este paciente la indicación del tratamiento de la crisis aguda de migraña y el tratamiento preventivo. El tratamiento de la crisis aguda estará indicado siempre que se padezca una crisis migrañosa y ésta se deberá de tratar a la dosis adecuada lo más precozmente posible puesto que si se espera a que el proceso se resuelva espontáneamente en el tiempo la respuesta suele ser peor. Se habrá de distinguir entre crisis leves, moderadas o severas en función de la incapacidad que provoquen en el paciente. Las leves-moderadas habitualmente responden a analgésicos simples (Paracetamol 1 gr., AAS 500-100mg) o AINES (Naproxeno 500-1000 mg, Ibuprofeno 600-1200 mg, fundamentalmente). Las crisis moderadas-severas normalmente requieren para su resolución el uso de los llamados triptanes que son los fármacos más eficaces de los que se disponen en la actualidad para el tratamiento de la crisis migrañosa (sumatriptán, zolmitriptán, rizatriptán, almotriptán, eletriptán, frovatriptán, naratriptán) además de los AINES.

El tratamiento preventivo estaría indicado si el número de crisis de migraña al mes es elevado (> 3) o éstas son muy incapacitantes y se debería de tomar durante varios meses seguidos diariamente. Los grupos farmacológicos fundamentales para el tratamiento preventivo de la migraña son: Betabloqueantes (el más importante de los cuales sería el Propranolol), Antagonistas del Calcio (Flunarizina), Anticomiciales o Neuromoduladores (especialmente el Topiramato) y Antidepresivos (tricíclicos, destacando en este grupo la amitriptilina, aunque también pueden ser útiles los antidepresivos de nueva generación inhibidores de la recaptación de serotonina). Para la migraña crónica pueden ser útiles principalmente el topiramato y últimamente también se ha introducido el Botox en el arsenal terapéutico preventivo de la migraña crónica.

¿Qué principales efectos adversos puede tener el tratamiento?

Los efectos adversos de los tratamientos para las crisis agudas suelen ser los habituales de los AINES por su efecto gastroerosivo. El consumo crónico y excesivo de AINES puede provocar daño a nivel renal y hepático, y el paracetamol puede provocar también hepatopatía si el consumo es muy elevado. Los triptanes en general son fármacos bastante seguros y que sólo estarían contraindicados en pacientes mayores de 65 años, HTA mal controlada, cardiopatía isquémica o arteriopatía periférica

fundamentalmente. Existe la llamada cefalea crónica por abuso de analgésicos y también de triptanes de difícil solución que algunos pacientes desarrollan cuando consumen de forma indiscriminada una elevada cantidad de analgésicos durante un tiempo prolongado. Los distintos tratamientos preventivos no están exentos de efectos secundarios, más aún cuando estos han de tomarse durante un tiempo relativamente prolongado de varios meses. Por lo tanto, ha de advertirse claramente al paciente de los posibles efectos secundarios que puede notar. Para disminuir esta posibilidad se aconseja un escalado de dosis hasta alcanzar la dosis más adecuada. Algunos de los efectos secundarios son los propios del grupo farmacológico al que pertenece. Los Betabloqueantes pueden provocar hipotensión y bradicardia o bloqueos en el ECG, los antidepresivos y anticomiciales somnolencia o mareo, con la flunarizina hay que tener cuidado con el posible aumento de peso y parestesias en manos y pies con el topiramato ente otros efectos secundarios.

¿Cómo afecta la migraña a la calidad de vida de los pacientes?

Por definición, las crisis de migraña suelen ser incapacitantes y pueden, además, aparecer en cualquier momento del día, por lo tanto, es obvio que puede interferir bastante en la calidad de vida del paciente tanto a nivel personal, social o laboral. Esta incapacidad es sobre todo notable en las formas crónicas o que cursan con crisis más severas. La migraña condiciona un sustancial impacto en la vida diaria y graves pérdidas de productividad. El impacto de la migraña no se restringe a los pacientes, sino que interesa a todo el ámbito familiar. Los costes para la sociedad son considerables. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incluido las crisis graves de migraña en el grado máximo de incapacidad, por encima incluso de la depresión mayor, de la paraplejia o ceguera. En diversos estudios se recogen datos que avalan esta afirmación. Algo más del 50% de los pacientes requieren reposo en cama durante las crisis. Dos tercios de las amas de casa admitieron una reducción de al menos el 50% en cuanto a la incapacidad de llevar a cabo las tareas domésticas y, aproximadamente, el 60% de los pacientes con migraña perdieron 1 día de actividad social o familiar en un periodo de tiempo de tres meses. El impacto económico de la migraña en la sociedad reside sobre todo en los costes indirectos asociados a las bajas laborales y a una productividad reducida.

Actualmente, ¿cuál es el pronóstico de esta dolencia?

A partir de los estudios epidemiológicos y de la experiencia clínica diaria podemos concluir que la migraña es un trastorno que habitualmente mejora a partir de la quinta o sexta década de la vida. Parece claro que, aunque la intensidad en global de la migraña suele mejorar con la edad, en buena parte de los pacientes, el sujeto que padece migraña conserva durante toda su vida la capacidad de presentar crisis de migraña y que hemos de ser cautos a la hora de emitir un pronóstico necesariamente favorable para sus crisis en relación con la edad.

En materia de investigación, ¿qué avances son los más esperanzadores a la hora de controlar esta enfermedad?

Las nuevas líneas de investigación en base al estudio de la fisiopatología de la crisis de migraña se centran en el desarrollo de nuevos fármacos para el tratamiento sintomático de la enfermedad: los antagonistas del PGRC y los agonistas del receptor 1F de la serotonina.

Inicio

Dr. Manuel Lara: "La prevalencia de migraña en España es de un 17% para la mujer y un 8% para el varón"

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
«Existen muchos mitos a nivel popular en relación con la migraña entre ellos están los factores alimentarios como posibles desencadenantes de las crisis»
«La incidencia de la migraña es más frecuente en pacientes que tienen familiares que también la padecen»
«En sentido amplio, la migraña no suele desencadenar ningún otro tipo de patología neurológica»
«La época más frecuente de comienzo de este padecimiento es en la edad temprana de la vida, sobre todo en la niñez y adolescencia»

La **migraña** se considera una dolencia crónica y de carácter episódico, para la cual no existe curación y los métodos de prevención más eficaces radican en procurar un mayor control sobre las crisis. No obstante, el adecuado abordaje terapéutico de esta enfermedad puede ser posible, permitiendo a los pacientes llevar buena calidad de vida.

Con motivo del **Día Internacional de Acción Contra la Migraña (12 de septiembre de 2013)**, el **doctor Manuel Lara, especialista del Servicio de Neurología del Hospital Universitario La Paz de Madrid**, nos responde a cuáles son los **tipos de tratamiento** que requiere esta enfermedad, **con qué otras patologías puede asociarse**, la relación que existe entre las **crisis de migraña y la alimentación**, y **qué avances científicos en su control son los más esperanzadores** hoy en día.

¿Qué es la migraña?

La migraña o jaqueca (ambos términos son sinónimos y designan la misma dolencia) es un tipo especial de cefalea que se caracteriza, fundamentalmente, porque el paciente sufre crisis de dolor de cabeza que experimenta de predominio hemicraneal, normalmente variando de un lado al otro a lo largo del tiempo de padecimiento de las crisis, que en numerosas ocasiones distingue con la cualidad de ser de carácter pulsátil e intensidad moderada-severa y que, por lo tanto, le incapacitan con frecuencia. La cefalea suele agravarse con la actividad física habitual y a menudo se acompaña de nauseas, vómitos y fono o fotofobia.

¿En cuánto se estima la prevalencia de esta dolencia?

La prevalencia de la migraña según distintos estudios epidemiológicos recogen la alta incidencia de la migraña en España con cifras muy parecidas a las registradas a nivel Internacional. El primer estudio epidemiológico con los criterios de la IHS (Sociedad Internacional para el estudio de las Cefaleas) se llevó a cabo en Dinamarca mostrando una prevalencia de la migraña para toda la vida de un 25 % en la mujer y un 8% en el hombre. La prevalencia de migraña en España es de un 17% para la mujer y un 8% para el varón, cifras también concordantes con los datos recogidos en Estados Unidos donde la prevalencia oscila entre un 18 % en la mujer y un 6% en el varón.

¿Se trata de una dolencia de carácter crónico?

La migraña es una enfermedad recurrente y episódica para la que no existe curación pero que en general puede ser controlada para permitir una aceptable calidad de vida. Normalmente, la migraña es una dolencia crónica que suele manifestarse con crisis o episodios migrañosos (migraña episódica) a lo largo de los años de padecimiento. Si se sufre durante más de 15 días al mes durante más de tres meses seguidos hablamos ya de migraña crónica que es una complicación no inhabitual de la migraña.

¿Cuáles son los síntomas más comunes con los que se manifiesta?

En la crisis de migraña se deben de distinguir distintas fases: pródromos, aura, cefalea y fase de resolución.

Los pródromos los experimentan alrededor de un 80% de los pacientes (síntomas premonitorios horas o días que preceden al dolor: bostezos, avidez por los dulces, cambios de humor, retención hídrica excesiva). El síntoma fundamental, no obstante, de la crisis migrañosa, es la cefalea, pero pueden aparecer otros síntomas acompañantes (pueden ser incluso más molestos para el paciente que la propia cefalea) como pueden ser nauseas o vómitos, fono y fotobia, es decir, intolerancia a la luz y los ruidos e incluso a los olores. También puede aparecer, normalmente precediendo a la cefalea, otros síntomas acompañantes de disfunción neurológica focal transitoria de distintos territorios cerebrales como pueden ser trastornos visuales (fotopsias, escotomas) que son los más frecuentes, hasta otros que pueden asustar más al paciente que los sufre, sobre todo la primera vez, como pueden ser las parestesias o incluso dificultad para hablar o pérdida de fuerza en una extremidad. En la fase de resolución el 80% de los pacientes refieren encontrarse mal durante un día (astenia, cansancio, somnolencia, dificultades de concentración) una vez que la cefalea y los síntomas acompañantes han cedido.

¿Es más frecuente en varones o en mujeres?

Todos los estudios epidemiológicos coinciden en señalar que la frecuencia y la prevalencia en la mujer son casi cinco veces superiores que en el hombre. Esta diferencia se ha atribuido a la influencia hormonal que se manifiesta a partir de la menarquia y acompaña a la mujer hasta la menopausia. El menor padecimiento de la migraña antes de la menarquia y tras la menopausia, junto con la mejoría transitoria observada durante el embarazo y el agravamiento durante los periodos menstruales parecen confirmar esta asociación.

¿A qué edad es más común que se manifiesten estos dolores?

La época más frecuente de comienzo de este padecimiento es en la edad temprana de la vida, sobre todo en la niñez y adolescencia persistiendo habitualmente hasta la mitad de la década de los 50 años de vida (guardando una estrecha relación la desaparición de las crisis con la menopausia), aunque su variabilidad en cuanto a frecuencia y persistencia de las crisis es muy amplia. La prevalencia máxima es entre los 25-45 años de edad. Es bastante menos frecuente que persista una vez superados los 60 años.

¿Se trata de una dolencia hereditaria?

No cabe duda de que la incidencia de la migraña es más frecuente en pacientes que tienen familiares que también la padecen. La migraña es una cefalea primaria que a menudo discurre en familias. El riesgo de recurrencias en familias (riesgo familiar/riesgo en la población general) está aumentado. En un amplio estudio llevado a cabo por un grupo danés sobre gemelos monocigotos y dicigotos ha demostrado una carga hereditaria o "heredabilidad" estimada entre el 40-60% y esta es mayor para la migraña con aura.

¿Hay alimentos que puedan favorecer su aparición o por el contrario prevenirla?

Existen muchos mitos a nivel popular en relación con la migraña entre ellos están los factores alimentarios como posibles desencadenantes de las crisis de migraña. En un estudio sobre precipitantes de migraña el ayuno (al provocar hipoglucemia) se identificó por un 57% de pacientes, el alcohol en un 38% y diversos alimentos por un 27% de los pacientes. Los alimentos más invocados tradicionalmente han sido el queso, el chocolate, los plátanos y los cítricos. Existen diversas sustancias como la tiramina y feniletilamina, glutamato, aspartano, nitritos y nitratos presentes en numerosos alimentos que se han relacionado directamente con los ataques de migraña debido, generalmente, a su efecto vasoactivo y sobre la liberación de diversos neurotransmisores a nivel neurovascular cerebral. El llamado "síndrome del restaurante chino" consiste en la aparición de cefalea, mareo, rubor facial y parestesias alrededor de 15 minutos después de ingerir glutamato sódico con el estómago vacío. Este componente es abundante en la comida asiática y se emplea como aditivo para potenciar los sabores. Se encuentra en productos congelados, sopas de lata, aderezos de ensalada, carnes y salchichas. Los Nitritos y nitratos están presentes en conservantes y colorantes, salchichas, carnes y pescados curados. El alcohol, especialmente el vino tinto, puede tener un efecto inmediato o tardío sobre la aparición de la cefalea, debido a su contenido en tiramina, flavonoides, histamina y sulfitos. El queso curado y la carne curada al llevar tiramina pueden también desencadenar migraña. La feniletilamina del cacao puede ser la responsable de la cefalea al ingerir chocolates. La cafeína presente en el café, té, refrescos y chocolate también puede contribuir a la aparición de la migraña sobre todo cuando existe abuso, aunque en algunos casos (uso ocasional) la cafeína mejora la cefalea.

Existen algunos suplementos dietéticos que pueden aliviar la migraña reduciendo la frecuencia de los ataques de migraña como son la riboflavina y el magnesio. En un ensayo aleatorizado a doble ciego dosis de 400 mg/dia comparado frente a placebo demostró ser superior en la reducción de ataques y días de migraña. El magnesio también se evaluó en un ensayo aleatorizado en el que se administró a dosis de 600 mg comparado frente a placebo demostrando su efecto favorable sobre los ataques de migraña.

¿Puede la migraña ser factor desencadenante de otras patologías (tumores cerebrales u otros problemas neurológicos, etc.)?

En sentido amplio la migraña no suele desencadenar ningún otro tipo de patología neurológica. Suceden, sin embargo, en casos poco frecuentes, alguna de las llamadas complicaciones neurológicas, entre ellas el infarto migrañoso. La relación entre migraña e ictus es controvertida. La migraña con aura a veces cursa con sintomatología que aen ocasiones remeda un ictus transitorio y al menos un tercio de los pacientes con ictus isquémico experimentan una cefalea de corte migrañoso en las primeras horas del episodio. Para el diagnóstico de infarto migrañoso la IHS exige unos criterios muy estrictos. En estos casos cuando se analizan los antecedentes personales con supuestos infartos migrañosos muchos de ellos tienen otros factores de riesgo vascular como son la obesidad, tabaquismo, hipertensión, tratamiento hormonal (anticonceptivos) o medicación vasoconstrictora. Además, la migraña se puede asociar a otras comorbilidades que por si mismas son causa de ictus. Por otra parte, entidades raras como el MELAS y el CADASIL cursan con manifestaciones clínicas como ictus y migraña.

Migraña y depresión, ¿qué relación existe?

La relación entre la migraña y la depresión no es una preocupación nueva. Ambas entidades tienen una elevada incidencia y, por lo tanto, pueden ser dolencias comórbidas en un mismo paciente. Se ha barajado que incluso ambas patologías pudieran compartir algún componente genético. Bien es sabido que el estrés, la ansiedad y la depresión pueden actuar como precipitantes de crisis migrañosas. Diversos estudios han demostrado que las mujeres que sufren migrañas o que las han tenido en el pasado tienen un mayor riesgo (hasta un 40%) de desarrollar depresión en comparación con aquellas que nunca han sufrido cefaleas. Por otra parte, las personas que padecen depresión tienen también más probabilidad de sufrir migrañas. Parece que pudiera existir una relación bidireccional entre ambas patologías en el sentido de que pacientes migrañosos sobre todo los que sufren las formas más severas (migraña crónica) pudieran desarrollar un síndrome depresivo relacionado con la incapacidad provocada por las crisis de migraña y su repercusión a nivel personal, social y laboral y que esta depresión, como si de un círculo vicioso se tratara, retroactivamente incrementara a su vez las migrañas. La relación entre la migraña y la depresión crónicas se da sobre todo cuando va asociado un abuso crónico de medicación analgésica. Además, en ambas entidades, migraña y depresión, los fármacos antidepresivos son eficaces para el tratamiento.

¿Cuáles son las pruebas diagnósticas a las que debe someterse el paciente?

El diagnóstico de la migraña es exclusivamente clínico. Esto es, existen unos criterios diagnósticos recogidos en la Clasificación Internacional de la IHS cuyo cumplimiento nos confirma que estamos frente a un paciente que sufre migraña sin necesidad de realizar ninguna exploración complementaria al tratarse de una cefalea de las llamadas primarias (es decir, sin una lesión subyacente que la provoca). No obstante en algunos casos, sobre todo en la migraña con aura o cuando aparece alguna complicación de la migraña (migraña crónica, aura persistente, estatus migrañoso, infarto migrañoso) estaría indicado realizar alguna prueba de Neuroimagen (TAC o RNM Craneal) para hacer el diagnóstico diferencial con otras patologías neurológicas.

¿Cuál es el abordaje terapéutico de esta dolencia?

El primer paso en el tratamiento de la migraña tras un correcto diagnóstico es darle al paciente una explicación comprensible del proceso. Es importante hacerle entender que la migraña es una enfermedad recurrente y episódica que no tiene cura, pero que en general puede controlarse para permitirle llevar una aceptable calidad de vida. El siguiente paso consiste en darle algunas recomendaciones generales como intentar mantener unos hábitos de vida regulares y, evitar, si existen y además, es posible los desencadenantes (estrés, exceso o falta de sueño, determinados alimentos, ciertos fármacos). No obstante, en la gran mayoría de pacientes que padecen migraña el tratamiento farmacológico se hace imprescindible. Hay que aclararle a este paciente la indicación del tratamiento de la crisis aguda de migraña y el tratamiento preventivo. El tratamiento de la crisis aguda estará indicado siempre que se padezca una crisis migrañosa y ésta se deberá de tratar a la dosis adecuada lo más precozmente posible puesto que si se espera a que el proceso se resuelva espontáneamente en el tiempo la respuesta suele ser peor. Se habrá de distinguir entre crisis leves, moderadas o severas en función de la incapacidad que provoquen en el paciente. Las leves-moderadas habitualmente responden a analgésicos simples (Paracetamol 1 gr., AAS 500-100mg) o AINES (Naproxeno 500-1000 mg, Ibuprofeno 600-1200 mg, fundamentalmente). Las crisis moderadas-severas normalmente requieren para su resolución el uso de los llamados triptanes que son los fármacos más eficaces de los que se disponen en la actualidad para el tratamiento de la crisis migrañosa (sumatriptán, zolmitriptán, rizatriptán, almotriptán, eletriptán, frovatriptán, naratriptán) además de los AINES.

El tratamiento preventivo estaría indicado si el número de crisis de migraña al mes es elevado (> 3) o éstas son muy incapacitantes y se debería de tomar durante varios meses seguidos diariamente. Los grupos farmacológicos fundamentales para el tratamiento preventivo de la migraña son: Betabloqueantes (el más importante de los cuales sería el Propranolol), Antagonistas del Calcio (Flunarizina), Anticomiciales o Neuromoduladores (especialmente el Topiramato) y Antidepresivos (tricíclicos, destacando en este grupo la amitriptilina, aunque también pueden ser útiles los antidepresivos de nueva generación inhibidores de la recaptación de serotonina). Para la migraña crónica pueden ser útiles principalmente el topiramato y últimamente también se ha introducido el Botox en el arsenal terapéutico preventivo de la migraña crónica.

¿Qué principales efectos adversos puede tener el tratamiento?

Los efectos adversos de los tratamientos para las crisis agudas suelen ser los habituales de los AINES por su efecto gastroerosivo. El consumo crónico y excesivo de AINES puede provocar daño a nivel renal y hepático, y el paracetamol puede provocar también hepatopatía si el consumo es muy elevado. Los triptanes en general son fármacos bastante seguros y que sólo estarían contraindicados en pacientes mayores de 65 años, HTA mal controlada, cardiopatía isquémica o arteriopatía periférica

fundamentalmente. Existe la llamada cefalea crónica por abuso de analgésicos y también de triptanes de difícil solución que algunos pacientes desarrollan cuando consumen de forma indiscriminada una elevada cantidad de analgésicos durante un tiempo prolongado. Los distintos tratamientos preventivos no están exentos de efectos secundarios, más aún cuando estos han de tomarse durante un tiempo relativamente prolongado de varios meses. Por lo tanto, ha de advertirse claramente al paciente de los posibles efectos secundarios que puede notar. Para disminuir esta posibilidad se aconseja un escalado de dosis hasta alcanzar la dosis más adecuada. Algunos de los efectos secundarios son los propios del grupo farmacológico al que pertenece. Los Betabloqueantes pueden provocar hipotensión y bradicardia o bloqueos en el ECG, los antidepresivos y anticomiciales somnolencia o mareo, con la flunarizina hay que tener cuidado con el posible aumento de peso y parestesias en manos y pies con el topiramato ente otros efectos secundarios.

¿Cómo afecta la migraña a la calidad de vida de los pacientes?

Por definición, las crisis de migraña suelen ser incapacitantes y pueden, además, aparecer en cualquier momento del día, por lo tanto, es obvio que puede interferir bastante en la calidad de vida del paciente tanto a nivel personal, social o laboral. Esta incapacidad es sobre todo notable en las formas crónicas o que cursan con crisis más severas. La migraña condiciona un sustancial impacto en la vida diaria y graves pérdidas de productividad. El impacto de la migraña no se restringe a los pacientes, sino que interesa a todo el ámbito familiar. Los costes para la sociedad son considerables. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incluido las crisis graves de migraña en el grado máximo de incapacidad, por encima incluso de la depresión mayor, de la paraplejia o ceguera. En diversos estudios se recogen datos que avalan esta afirmación. Algo más del 50% de los pacientes requieren reposo en cama durante las crisis. Dos tercios de las amas de casa admitieron una reducción de al menos el 50% en cuanto a la incapacidad de llevar a cabo las tareas domésticas y, aproximadamente, el 60% de los pacientes con migraña perdieron 1 día de actividad social o familiar en un periodo de tiempo de tres meses. El impacto económico de la migraña en la sociedad reside sobre todo en los costes indirectos asociados a las bajas laborales y a una productividad reducida.

Actualmente, ¿cuál es el pronóstico de esta dolencia?

A partir de los estudios epidemiológicos y de la experiencia clínica diaria podemos concluir que la migraña es un trastorno que habitualmente mejora a partir de la quinta o sexta década de la vida. Parece claro que, aunque la intensidad en global de la migraña suele mejorar con la edad, en buena parte de los pacientes, el sujeto que padece migraña conserva durante toda su vida la capacidad de presentar crisis de migraña y que hemos de ser cautos a la hora de emitir un pronóstico necesariamente favorable para sus crisis en relación con la edad.

En materia de investigación, ¿qué avances son los más esperanzadores a la hora de controlar esta enfermedad?

Las nuevas líneas de investigación en base al estudio de la fisiopatología de la crisis de migraña se centran en el desarrollo de nuevos fármacos para el tratamiento sintomático de la enfermedad: los antagonistas del PGRC y los agonistas del receptor 1F de la serotonina.

Inicio

Organizaçao dos Estados Ibero-americanos para a Educaçao, a Ciência e a Cultura
Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Divulgación y Cultura Científica Iberoamericana

Opinión | Reportajes | Noticias | Entrevistas

Dr. Diego Plaza: “La supervivencia en pacientes con neuroblastoma oscila en torno al 70-75%”

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
«Las causas que inducen la aparición del neuroblastoma son desconocidas»
«En España se diagnostican entre 80 y 100 casos de neuroblastomas en niños al año»
«(…) Es un tumor que podría comenzar a desarrollarse, en algunos casos, durante el periodo de gestación»
«El tratamiento en los adultos es menos eficaz y no obtiene supervivencias tan favorables como en la población pediátrica (…) los resultados son mejores cuanto menos años tiene el paciente»
«Resulta crucial la insistencia en el diagnóstico precoz de estas enfermedades (…) es fundamental una concienciación y formación adecuada de los pediatras y la enfermería pediátrica (…)»

.....

El **neuroblatoma es uno de los tumores malignos más comunes en la infancia** (8-10%), siendo su manifestación casi exclusiva durante esa etapa. Se estima que **el 90% de estos tumores se diagnostican en niños menores de cinco años**, y la mitad de ellos se desarrollan **en niños menores de un año.**

Sobre las **manifestaciones** más comunes de esta neoplasia, el **pronóstico** que presenta y los **últimos avances en su mejor y mayor control**, nos responde el **Dr. Diego Plaza, especialista del Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital Universitario La Paz de Madrid.**

¿Qué es un neuroblastoma?

Se trata de un tumor perteneciente al grupo de los tumores embrionarios, denominados así por derivar de las células inmaduras que actúan como precursoras de las células bien diferenciadas que forman los distintos tejidos y órganos. Esas células inmaduras, o embrionarias, están mucho más presentes en los tejidos de los embriones y los fetos durante su desarrollo en la gestación, y es posible que persistan en distintos órganos hasta varios años después del nacimiento. La malignización de uno de estos grupos celulares daría origen a un tumor embrionario. Concretamente, el neuroblastoma deriva de la malignización de las células neurales embrionarias que se encargarían de la formación de neuronas del sistema nervioso vegetativo o autónomo simpático.

Si excluímos los tumores hematológicos (leucemias y linfomas, las neoplasias más frecuentes en Pediatría), el neuroblastoma es el segundo tumor sólido más frecuente en los niños, después de los tumores del sistema nervioso central.

¿Cómo es el mecanismo de actuación de este cáncer?

De forma similar a lo que ocurre en la mayoría de los tumores malignos, las células del neuroblastoma han perdido la capacidad de controlar su ciclo vital; crecen de forma descontrolada y desorganizada sin poder generar células maduras y sanas y adquiriendo una inmortalidad virtual. Este crecimiento aberrante origina masas o tumores, con frecuencia grandes y de crecimiento muy rápido, que afectan a la estructura y la función de los órganos sobre los que se asientan u otros órganos vecinos, tanto por la compresión que ocasionan como por su capacidad para invadirlos o infiltrarlos. Al igual que sucede con otros tipos de cáncer, también puede diseminarse a distancia a través del torrente circulatorio y dar lugar a metástasis (piel, huesos, hígado, médula ósea...)

Teóricamente, el neuroblastoma puede surgir en cualquier parte donde exista tejido nervioso simpático (casi todo el cuerpo), pero su localización más frecuente es en la cavidad abdominal, bien entre los númeroso ganglios simpáticos que se sitúan a ambos lados de las vértebras o entre las vísceras, o bien en la glándula suprarrenal (pequeñas glándulas situadas sobre ambos riñones encargadas de la secreción de varias hormonas y que contienen gran cantidad de las células anteriormente descritas).

Un aspecto muy característico del neuroblastoma es la gran variabilidad de su comportamiento biológico. Puede aparecer como enfermedad muy agresiva, con grandes masas y numerosas metástasis y mala respuesta a los tratamientos, o bien como tumores pequeños de curso más benigno y que pueden desaparecer o madurar espontáneamente sin necesidad de tratamiento ninguno. Esto se ha descrito, y no de manera excepcional, hasta en el caso de lactantes con enfermedad metastásica.

¿A qué edad es más frecuente su diagnóstico?

Es una enfermedad típica del niño, y especialmente del niño pequeño. El 90% de los casos se diagnostica en niños menores de cinco años, y la mitad de ellos aparecen en niños menores de un año; de hecho, se trata del tumor más frecuente de los lactantes.

¿Es posible diagnosticarlo antes del nacimiento?

No son raros los casos de neuroblastoma en niños de muy pocos meses de edad, o incluso los detectados al nacimiento (neuroblastomas congénitos); esto concuerda con la idea de que es un tumor que podría comenzar a desarrollarse en algunos casos durante el periodo de gestación. Las ecografías prenatales realizadas a las mujeres gestantes a lo largo del embarazo serían el único modo de detectarlo antes del nacimiento, atendiendo siempre a las limtaciones que podría ofrecer tanto la resolución técnica de los ecógrafos como el propio tamaño tumoral.

¿Es común en personas adultas?

Es un cáncer extremadamente raro en los adultos. Sólo el 2% de los neuroblastomas aparecen en niños mayores de 10 años. Dado el carácter excepcional de esta enfermedad en el individuo adulto, se suele recomendar una aproximación terapéutica basada en los esquemas desarrollados para los niños, aunque parece que el tratamiento en los adultos es menos eficaz y no obtiene supervivencias tan favorables como en la población pediátrica. Es preciso recalcar que, en el caso del neuroblastoma, los resultados son mejores cuanto menos años tiene el paciente.

¿Qué síntomas son los más comunes?

La sintomatología es muy dependiente del lugar donde se origine el neuroblastoma. Puesto que los más frecuentes son los abdominales, lo más típico es la detección en niños pequeños de masas abdominales de tamaño considerable (pues en ocasiones el crecimiento del tumor es muy rápido). Esto puede generar dolor, distensión abdominal, estreñimiento u obstrucción intestinal o urinaria, aunque tampoco es raro que dichas masas cursen sin originar ninguna molestia. El implante del tumor en otros órganos puede generar dolor óseo, aumento del tamaño del hígado con alteración de su función, alteración de los recuentos sanguíneos, etc. Es también posible observar síntomas generales como fiebre, pérdida de apetito y de peso, cansancio, irritabilidad, detención del crecimiento, etc.

Y al contrario, en el otro extremo del espectro de presentación de los neuroblastomas, no son raros los casos en los que el diagnóstico es un hallazgo casual que se descubre accidentalmente al realizar pruebas indicadas por otros motivos; estos suelen ser los casos de comportamiento más benigno.

¿En qué estadios suele detectarse?

En este aspecto de nuevo encontramos reflejada la enorme variabilidad en la presentación del neuroblastoma. Así, la mayoría de los pacientes se polarizan casi en igual proporción entre aquéllos con estadios más favorables y de mejor pronóstico, con masas pequeñas, sin extensión importante y que requieren poco o ningún tratamiento, y los que presentan enfermedad más agresiva y diseminada y que precisan tratamientos más intensos para conseguir el control de su enfermedad. Los estadios intermedios son los menos frecuentes.

¿A qué causas puede deberse? ¿Existen factores genéticos en el desarrollo de este cáncer?

Las causas que inducen la aparición del neuroblastoma son desconocidas y en el momento actual no se dispone de ninguna evidencia que relacione la exposición a ningún factor ambiental con la generación de este tumor.

Con respecto a la existencia de factores genéticos relacionados con el neuroblastoma, aún no se han identificados patrones genéticos consistentes que puedan explicar la génesis de esta enfermedad. Sí que es posible, en una proporción relativamente pequeña de casos, encontrar una asociación con otras anomalías congénitas (urogenitales, cardiacas...), o bien situaciones en las que el neuroblastoma se trasmite como una enfermedad familiar, aunque esto último es extremadamente raro y sucede en menos del 2% de los casos.

Un aspecto distinto, aunque muy importante, es que en las células del neuroblastoma es frecuente encontrar diferentes mutaciones o alteraciones cromosómicas, que sólo existen en las células del tumor. Hoy en día, se conocen en profundidad varias de estas alteraciones y cómo influyen en el desarrollo de las células tumorales; es posible relacionar su presencia con un patrón concreto de comportamiento de las células tumorales de forma que podemos predecir qué tumores tendrían un comportamiento más agresivo y así administrar tratamientos más intensos para controlarlos. Es decir, el conocimiento de las alteraciones genéticas de las células malignas nos permite adecuar la intensidad del tratamiento al tumor que tiene un determinado paciente.

Si un mujer en estado de gestación consume alcohol y tabaco, ¿existe mayor riesgo de que el bebe desarrolle este tumor?

En ocasiones, se ha relacionado la exposición durante la gestación a determinados tóxicos y drogas, en general y no concretamente con alcohol y tabaco, con un riesgo incrementado de desarrollo de neuroblastoma en el feto. Sin embargo, no ha llegado a demostrarse de forma consistente y con evidencia científica la asociación entre la exposición a estos factores, tanto en el periodo prenatal como en el postnatal, con un mayor riesgo de desarrollar un neuroblastoma.

Y aspectos relacionados con la concepción, ¿pueden influir en que el bebe tenga este tumor?

La misma argumentación de la cuestión anterior es aplicable a ésta. Lo cierto es que hasta la fecha actual no es posible asegurar que ningún factor o suceso que tenga lugar durante el embarazo pueda inducir que un niño tenga más riesgo de tener un neuroblastoma.

Tras la detección, ¿cuál es el abordaje terapéutico?

Tan pronto como se llegue al diagnóstico de neuroblastoma en un niño a través de diversas pruebas (técnicas de imagen, cirugía...) lo primero es determinar el estadio en el que se encuentra el tumor; esto es, definir el grado de extensión del mismo, sus características genéticas y biológicas y qué órganos se encuentran afectados. Esto permite categorizar al paciente en diferentes grupos de riesgo en función de la agresividad esperada de la enfermedad y ajustar la intensidad de la terapia a la misma.

Hay tumores que no precisan ningún tratamiento en los que es suficiente una vigilancia estrecha pues se sabe que tienen tendencia a convertirse en lesiones benignas. En otras ocasiones bastará con la extirpación quirúrgica del tumor y finalmente en otras es necesaria la combinación de todas las herramientas clásicas de la oncología: quimioterapia, radioterapia y cirugía. Los pacientes con enfermedad de mayor riesgo llegan a requerir autotrasplantes de progenitores hematopoyéticos y terapias biológicas o inmunológicas que consisten en el empleo de diversas sustancias que favorecen la maduración del tumor en formas más benignas o que utilizan y estimulan al sistema inmunológico del paciente para que combata más eficazmente al neuroblastoma.

¿Cuál es la incidencia de este cáncer actualmente (a nivel nacional e internacional)?

La incidencia a nivel nacional es similar a la observada en los países inustrializados. Se estima que aproximadamente 10 de cada millón de niños menores de 15 años son diangosticados de neuroblastoma al año; esto significa que en España se diagnostican entre 80 y 100 casos de neuroblastomas en niños al año.

¿Qué pronóstico presenta el neuroblastoma?

El pronóstico de los pacientes ha mejorado considerablemente durante las tres últimas décadas; Si antes apenas se conseguía salvar a la mitad de los pacientes, actualmente la supervivencia en pacientes con neuroblastoma oscila en torno al 70-75%. Sin embargo, de nuevo es preciso diferenciar entre el comportamiento de los estadios menos agresivos, con posibilidades de curación considerablemente buenas, superiores al 85%, y entre aquellos casos con tumores más agresivos, en los que el pronóstico es bastante peor, aunque siga siendo posible el salvar a estos pacientes.

¿Son comunes las recidivas?

Las recidivas no son en absoluto excepcionales en este tipo de tumor, aunque en muchos casos son fácilmente controlables con nuevas intervenciones quirúrgicas o más terapia. Las situaciones más problemáticas serían aquellas recidivas de tumores de alto riesgo, o que no respondan adecuadamente a los tratamientos.

¿Existe alguna medida para la prevención de este cáncer?

Desde que no existe ninguna asociación clara con la exposición a ningún agente o factor, no es posible adoptar ninguna medida eficaz para prevenir el neuroblastoma. Esta es una situación común en casi todos los tumores infantiles: puesto que su génesis no parece depender de factores externos o ambientales, no es posible establecer planes de prevención eficaces.

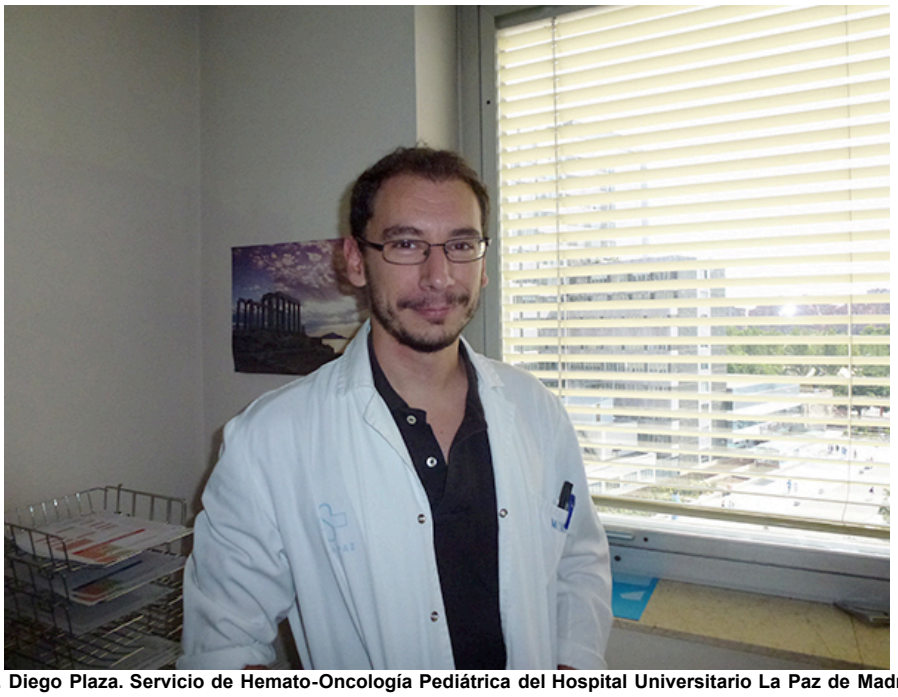
En cambio, lo que sí es importante y resulta crucial es la insistencia en el diagnóstico precoz de estas enfermedades, pues permite detectarlas en estadios menos diseminados y hace que la terapia sea más eficaz. Para ello, es fundamental una concienciación y formación adecuada de los pediatras y la enfermería pediátrica que desempeñan su labor en los Centros de Salud, o servicios de Urgencias o Pediatría General de los hospitales, pues frecuentemente son ellos los primeros en enfrentarse al diagnóstico potencial de cualquier tumor.

En materia de investigación, ¿en qué momento estamos? ¿Qué aspectos son lo que más urgen?

Actualmente, se ha conseguido un control muy bueno de esta enfermedad en los estadios menos agresivos. En este grupo de pacientes la investigación está orientada a minimizar las secuelas que pueden ocasionar los diversos tratamientos.

Pero lo más urgente es conseguir mejorar el control de la enfermedad en los pacientes de alto riesgo, en los que la mejoría de la supervivencia ha sido mucho menos manifiesta durante los últimos años. Por ello, la mayor parte de la investigación se vuelca en ir mejorando poco a poco esta situación. En este sentido se han desarrollado durante los años recientes nuevos agentes quimioterapéuticos, o como se comentó anteriormente otros agentes dirigidos con mayor especificidad contra la célula tumoral del neuroblastoma, ya sea mediante terapias biológicas que favorecen la maduración de las células malignas, o mediante el empleo de inmunoterapia, que estimula al sistema inmunológico del huésped para erradicar la enfermedad, o bien mediante el empleo de virus educados para reconocer y atacar estas células etc.

Afortunadamente, existen numerosos grupos de trabajo a nivel internacional dedicados al desarrollo de todas estas terapias y es esperable alcanzar los objetivos que se han mencionado previamente.



Dr. Diego Plaza. Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital Universitario La Paz de Madrid

Inicio

Dra. Ana Isabel de Cos Blanco: “Se afirma que el paciente obeso vive menos y vive peor”

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
«La obesidad presente en la infancia y en la adolescencia se asocia con un aumento de la mortalidad global»
«Debe actuarse de manera integral en colegios, centros de trabajo, comunidades, etc., promocionando y facilitando los cambios de hábitos de vida»
«La orientación básica en el tratamiento y prevención de la obesidad es la consecución de cambios favorables en el estilo de vida»

.....

La **obesidad es un problema de salud pública** importante **que cada día afecta a más individuos** e **incide en mayor medida en niños y jóvenes**. Pese a que el origen y el mantenimiento de la obesidad puede deberse a **causas multifactoriales**, los **hábitos de vida poco saludables**, **dietas descompensadas** y **sedentarismo** son algunas de las principales razones del aumento de esta patología. Sobre las **consecuencias directas de la obesidad** y la necesidad de **una mayor y mejor educación para la salud** para **fomentar su prevención** nos responde la **Dra. Ana Isabel de Cos Blanco, especialista del Servicio de Endocrinología del Hospital La Paz de Madrid.**

¿Cómo podríamos definir la palabra obesidad?

El término obesidad hace referencia a la presencia en el individuo de un acúmulo anormal o excesivo de grasa corporal que perjudica la salud.

¿Es lo mismo hablar de obesidad que hablar de sobrepeso?

No, el terreno de la obesidad es un terreno de enfermedad. El sobrepeso, nos alerta sobre el riesgo de desarrollar la obesidad, pero no supone el mismo riesgo para la salud.

¿A qué factores puede deberse la obesidad?

En la aparición y en el mantenimiento de la obesidad están implicados múltiples factores, tanto biológicos (genéticos, enfermedades endocrinas, fármacos…) como ambientales, relacionados con el “estilo de vida” occidental.
En la mayor parte de los obesos, una ingesta calórica excesiva y/o una actividad física reducida o vida sedentaria pueden conducir a un “balance energético positivo” que se traduzca en un aumento de los depósitos de grasa corporal.

¿En cuánto se estima la incidencia de obesidad actualmente?

En España la prevalencia de obesidad tanto en población adulta como infantojuvenil está en aumento y es preocupante. Según los últimos datos disponible de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE 2011, la tasa de obesidad para los adultos españoles es del 19%, que nos sitúa por debajo de países como Estados Unidos (con una prevalencia de obesidad del 45%), pero en rango muy superior a otros países vecinos como Francia e Italia.

¿Qué enfermedades se asocian directamente a la obesidad?

El riesgo de asociar Diabetes tipo 2, alteraciones en los lípidos circulantes (colesterol y triglicéridos), hipertensión arterial, apnea del sueño, hígado graso y osteoartritis, entre otras, está aumentado en la obesidad. La sobrecarga mecánica que supone el exceso de peso y la actividad metabólica de un tejido graso acumulado en exceso, son responsables de las numerosas “comorbilidades” de la obesidad, en cuyo control es muy importante la disminución del peso y grasa corporal.

En cuanto a obesidad infantil y juvenil, ¿de qué datos podemos hablar?

Los estudios realizados en población infantil españolan alarman sobre la dimensión de la obesidad en nuestro país. Sobre un 16% de los niños y adolescentes presentan una obesidad vinculada a unos hábitos alimentarios no saludables y sedentarismo.

¿Se están incrementando las patologías asociadas a la obesidad entre los más jóvenes?

La obesidad presente en la infancia y en la adolescencia se asocia con un aumento de la mortalidad global y específicamente, con un incremento del riesgo cardiovascular y de diabetes mellitus en adultos de ambos sexos. Su prevención constituye, en el momento actual, un importante objetivo sanitario nacional.

¿Qué tratamientos existen para compartir esta enfermedad?

La orientación básica en el tratamiento y prevención de la obesidad es la consecución de cambios favorables en el estilo de vida. Una alimentación saludable hipocalórica, el aumento de la actividad física y modificaciones de la conducta que favorecen el desarrollo de la obesidad, constituye el abordaje más adecuado para esta enfermedad. Algún fármaco y técnicas de cirugía bariátrica pueden estar indicadas en casos muy específicos.

¿Cómo afecta la obesidad a la calidad de vida y a la esperanza de vida?

Se afirma que el paciente obeso vive menos y vive peor. La calidad de vida se resiente en la evolución a un mayor peso en el curso previsible de la obesidad, con limitación progresiva de la funcionalidad y de la capacidad para las actividades de la vida. La presencia de enfermedades asociadas y aumento del riesgo cardiovascular afectan así mismo estas variables.

¿Qué medidas de prevención son las que más urgen?

Debe actuarse de manera integral en colegios, centros de trabajo, comunidades… promocionando y facilitando los cambios de hábitos de vida. Los medios de comunicación, el sector agrícola y del transporte, la industria alimentaria, los legisladores… son agentes necesarios para detener esta epidemia que compromete tanto

la salud de la población.

¿Mayor educación para la salud es la gran asignatura pendiente en esta materia?

Por supuesto, la educación para la salud es básica e imprescindible para -desde el niño al adulto- poder elegir unas conductas de vida que preserven nuestra salud.

Enlaces de interés
Manual teórico-práctico sobre la obesidad

Dra. Ana Isabel de Cos Blanco
Servicio de Endocrinología del Hospital La Paz de Madrid

Inicio

Dr. Javier de Santiago: "La eficacia de la píldora anticonceptiva es del 99% si se toma de forma adecuada"

Twittear
facebook

La píldora anticonceptiva
Entrevista realizada por HBakkali
«Antes de tomarla se debe acudir al ginecólogo o médico de familia para valorar qué tipo es el más adecuado y recibir información y aclarar dudas si las hubiera»
«La píldora es efectiva desde la primera toma siempre que comience a tomarse el primer día de la regla»
«Algunos estudios sugieren que el uso de los anticonceptivos orales puede aumentar ligeramente el riesgo de cáncer de mama»

.....

¿Qué tipos de píldora anticonceptiva existen? ¿Qué diferencias hay entre ellos?

Básicamente, existen tres tipos: aquellas que tienen solo gestágenos (progesterona) en su composición; las llamadas combinadas que asocian estrógenos y gestátenos; las que llamamos de emergencia, que no deben ser usadas de forma habitual.

Antes de la prescripción de este fármaco, ¿a qué pruebas médicas debe someterse la mujer?

Antes de tomarla se debe acudir al ginecólogo o médico de familia para valorar qué tipo es el más adecuado y recibir información y aclarar dudas si las hubiera. Puede aprovecharse ese momento para realizar una revisión ginecológica y citología cervicovaginal si no se ha hecho antes o corresponde en ese momento. Es conveniente realizar una analítica sanguínea básica y bioquímica para descartar algún problema metabólico, hepático, etc.

¿En cuánto se puede medir la eficacia de la píldora anticonceptiva? ¿Es el método anticonceptivo más seguro?

La eficacia de la píldora anticonceptiva es del 99% si se toma de forma adecuada. Es el método anticonceptivo no definitivo más efectivo.

¿Cuánto tiempo tarda en ser efectiva desde que se empieza a tomar?

La píldora es efectiva desde la primera toma siempre que comience a tomarse el primer día de la regla.

¿Y durante la semana de descanso es efectiva?

También es efectiva durante la semana de descanso, siempre y cuando se inicie un nuevo envase al finalizar el descanso.

¿Qué fármacos pueden disminuir sus efectos?

Antes de tomar cualquier otro medicamento, se debe preguntar al médico o farmacéutico si es compatible con el uso de la píldora. Algunos antibióticos son el ejemplo más común de los medicamentos que pueden afectar a la eficacia de la píldora. Otros, por ejemplo, son algunos medicamentos que se usan para tratar la epilepsia, la tuberculosis, benzodiacepinas y broncodilatadores.

¿Es seguro mantener relaciones sexuales en los periodos de descanso?

Si se inicia un nuevo envase tras el descanso, sí.

¿A partir de qué edad se puede empezar a tomar?

No existe una edad determinada para comenzar con su utilización, algunas son más aconsejables que otras según la edad y la mujer.

¿En qué casos no se recomienda su administración?

Algunas enfermedades pueden contraidicar o desaconsejar su uso. Por ejemplo, algunas enfermedades cardiacas, hipertensión arterial, antecedentes de problemas de coagulación o tromboembolismo, enfermedades hepáticas graves, cáncer de mama u hormonodependiente.

¿Qué otros usos y beneficios puede tener su administración?

Algunas ventajas y otros usos son: que disminuye la pérdida sanguínea menstrual y el dolor con la regla; los ciclos menstruales son más regulares; mejora el acné e hirsutismo; mejora en ocasiones la endometriosis; en algunos casos mejora el síndrome premenstrual cuando es intenso.

Las dos indicaciones fundamentales, fuera de la anticoncepción, son la regulación del ciclo menstrual y la dismenorrea.

Tras dar a luz, ¿cuánto tiempo se debe esperar para empezar a tomar la píldora?

La combinada se recomienda esperar a la primera regla. La que solo contiene progestágeno puede utilizarse durante la lactancia. Se recomienda esperar unas semanas ya que una pequeña cantidad pasa a la leche maternal, aunque no se han demostrado efectos prejudiciales en el recién nacido, el hígado de éste puede ser inmaduro para metabolizar estas hormonas.

Uso de píldora anticonceptiva y trombosis, ¿cuál es el riesgo real?

El riesgo, en número absolutos, es muy bajo y se trata de un evento muy poco frecuente.

¿Hay mayor riesgo de padecer trombosis con este fármaco que que con otros métodos anticonceptivos hormonales?

La píldora combinada, y más aún las de tercera y cuarta generación, son las que parece que se asocian más con esta eventualidad, que como digo es baja.

¿Qué relación existe entre la píldora y los cánceres de ovario y de endomentrio?

Parecen ejercer un efecto protector frente a este tipo de cánceres. Las mujeres que toman o han tomado anticonceptivos tienen un riesgo relativo menor de desarrollar estos cánceres. Este efecto protector es mayor cuanto más tiempo se hayan utilizado.

¿Incrementa el riesgo de cáncer de mama?

Algunos estudios sugieren que el uso de los anticonceptivos orales puede aumentar ligeramente el riesgo de cáncer de mama, especialmente en mujeres más jóvenes. También parece que este riesgo regresa a lo normal 10 años o más después de dejar el uso de anticonceptivos orales.

Si se ha tomado la píldora durante muchos años, ¿qué efectos pueden derivarse al dejar de tomarla?

Ninguno.

Aumento de peso, cambios de humor, posibilidad de infertilidad a largo plazo, ¿cuáles son los principales mitos que se deberían desterrar del uso de este fármaco?

Todos ellos. Los efectos hormonales, si se han producido por tomarlos, revierten al dejar su utilización. Si la indicación de tomarlos ha sido trastornos menstruales, algunos de los cuales se asocian a infertilidad, estos vuelven a aparecer tras dejarlos, igual que el dolor con la regla. La ganancia de peso, generalmente, relacionada con retención de líquidos, también desaparece al dejarlos.

¿Qué es la minipildora? ¿Qué la diferencia de la píldora normal?

Se denomina minipíldora aquella que solo contiene gestágenos en su composición, es decir no contienen estrógeno.

¿En qué casos se recomienda su uso?

Es un método adecuado para mujeres lactantes, mujeres con intolerancia o
contraindicación al estrógeno o con efectos secundarios importantes debidos al componente estrogénico.

Dr. Javier De Santiago, jefe de Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

Más sobre anticoncepción

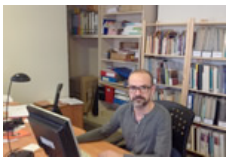
Anticoncepción masculina
Anticoncepción durante la adolescencia

Inicio

Prácticas sexuales de riesgo – VIH/SIDA Entrevista con David Paricio

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
David Paricio director de SidaStudi, entidad creada el año 1987 con el objetivo de informar y formar en materia de prevención del VIH/SIDA, responde a algunas cuestiones sobre prácticas sexuales, fluidos corporales, juegos y juguetes sexuales que pueden considerarse de mayor riesgo para la transmisión del VIH.



- ¿Qué factores deben darse para la transmisión del VIH?

Para la transmisión del VIH deben darse dos condiciones: la presencia de un fluido corporal potencialmente transmisor, hablamos de sangre y flujo vaginal en las mujeres y sangre y semen en los hombres. Por otro lado, debe haber una puerta de entrada al otro organismo. Esto tiene que ver con que el virus tiene que llegar al torrente sanguíneo de la otra persona. Por ello, hay prácticas sexuales, como pueden ser la penetración vaginal o la penetración anal sin preservativo, en las que a pesar de que una de las dos personas sea seropositiva no se ha producido transmisión. Cuando no se produce es porque realmente el virus no llega al torrente sanguíneo de la otra persona. En cuanto al líquido preseminal, no hay evidencia científica que permita ni descartarlo al 100% de la lista ni incluirlo como un líquido realmente o potencialmente transmisor.

- ¿Cuáles serían los líquidos más infecciosos?

El hecho de que un fluido corporal sea más o menos infeccioso en relación al VIH depende de la concentración de VIH (número de copias) en dicho fluido.

De más a menos infecciosos, hablaríamos de la sangre que sería el más infeccioso, después vendría el semen y finalmente el flujo vaginal. Muy por debajo podríamos hablar del líquido preseminal. Otro tema a tener en cuenta es la menstruación. Mantener relaciones sexuales durante la regla/menstruación implicaría estar ante dos líquidos potencialmente transmisores: la sangre y el flujo vaginal. La sangre es mucho más infecciosa que el flujo vaginal, con lo cual habría mayor riesgo de infección para la persona que penetra.

- ¿Cuáles son las prácticas sexuales que pueden conllevar mayor riesgo de transmisión del VIH?

La penetración anal sin condón/preservativo es la práctica en la que hay más riesgo de transmisión de VIH, pero siempre para la persona que recibe la penetración, ya que hablamos del segundo líquido con mayor capacidad de infección: el semen; y de la mucosa más débil: el interior del ano.

La segunda práctica de mayor riesgo sería la penetración vaginal sin condón/preservativo para la persona que recibe la penetración. En este caso, hablaríamos del semen también como líquido potencialmente transmisor y la mucosa del interior de la vagina, que no es tan débil como la del interior de ano, ya que el flujo vaginal actúa como elemento protector para que no se produzcan microfisuras.

La tercera práctica sería la penetración vaginal sin condón/preservativo, para la persona que pone el pene. Si la mujer es seropositiva el virus entra en el hombre vía flujo vaginal a través de la mucosa del glande, ahí pueden hacerse microfisuras que permitirían entrar al virus en el organismo.

Muy por debajo, tendríamos la práctica del sexo oral sin protección, en la cual el riesgo lo tiene solo la persona que pone la boca. Hablaríamos del semen o el flujo vaginal que entraría en contacto con la mucosa del interior de la boca. La transmisión es muy difícil en la boca.

Se podría también hablar, de otras dos prácticas, por un lado la práctica en parejas homosexuales mujeres: vagina con vagina. Es una práctica en la que no se conocen casos de transmisión, pero técnicamente podría producirse ya habría presencia de un líquido potencialmente transmisor que sería el flujo vaginal y de una mucosa que sería el interior de la vagina. Y finalmente, la penetración anal para la persona que pone el pene. Se produciría solo si por el roce de la penetración, por no utilizar lubricante de manera adecuada, en el ano se produjeran fisuras que dieran lugar a sangre. En este caso la sangre como líquido potencialmente transmisor podría entrar por la mucosa del glande. Ni los besos ni la masturbación pueden considerarse prácticas sexuales de riesgo, ni aún llegando a la eyaculación, en el caso del hombre.

- ¿Tragar el semen o flujo vaginal puede transmitir el VIH?

El riesgo no existe si el VIH llegara al estómago (donde sería eliminado) sino que el problema de tragarse el semen o el flujo vaginal es que el virus, si está presente, tendría más contacto de superficie de mucosa por donde podría encontrar una entrada al torrente sanguíneo. Tragándolo o solo con el contacto en la boca, podría conllevar riesgo de transmisión. En el cunnillingus habrá menos riesgo que en la felación porque el flujo vaginal es un líquido menos infeccioso.

El tema del sexo oral, es muy controvertido. Entraríamos en la diferencia entre la información técnica o empírica y la información práctica. No se conocen casos explícitos de transmisión por sexo oral, eso no quiere decir que no exista un riesgo potencial. Se dan los dos elementos imprescindibles: líquido transmisor-puerta de entrada. Es difícil encontrar parejas que solo mantengan prácticas de riesgo a nivel de sexo oral y en este caso sí que habría mucho más riesgo en el caso de una felación que en el caso de un cunnilingus.

- Si la pareja que recibe la penetración tiene el VIH, ¿existe riesgo de transmisión?

En el caso de penetración vaginal sí, porque sería el flujo vaginal el líquido potencialmente transmisor. Podría introducirse por la mucosa del glande si no hubiera preservativo. Y en el caso de penetración anal sería necesario que se produjera una fisura que diera lugar a sangre, en caso contrario no. Pero estamos hablando de una casualística que nunca se puede controlar a priori.

- ¿En qué grado el uso del condón previene de la transmisión del VIH?

El preservativo utilizado correctamente evita la transmision del VIH en todos los casos. Existen preservativos para pene y para vagina. No se pueden utilizar los dos al mismo tiempo porque el roce de plástico con plástico los podría romper y además no es necesario. El VIH no puede pasar a través del preservativo, la transmisión no se puede producir a través del látex. El condón también evita la transmisión en el caso de felación. Aquí hablaríamos de dos líneas: una es el riesgo cero (a pesar de que nunca existe al 100%) pero si se quiere evitar en el máximo de lo posible, el preservativo siempre tiene que estar colocado antes de cualquier contacto entre pene-vagina, pene-ano o boca-pene, para evitar el líquido preseminal. En el caso del cunnilingus el riesgo cero o la búsqueda de riesgo cero pasa por la utilización de bandas de látex, también antes de cualquier contacto entre boca y vagina.

El preservativo funciona, es efectivo al 100%, el único riesgo es que el preservativo se rompa, a pesar de eso está demostrado que aunque se haya roto, evita más la transmisión que si no se hubiera utilizado, pero hay que ser muy conscientes que hay personas que no siempre van a utilizar el preservativo. Destacar, también que los preservativos de poliuretano para personas alérgicas al látex son igual de eficaces.

- ¿Cuándo pueden comportar peligro de transmisión los juguetes sexuales? ¿Qué medidas de prevención son las más recomendables para las parejas que los usan?

Sólo hay riesgo si se comparten entre personas. Si se utiliza solo con la propia pareja no hay ningún riesgo. Si ese juguete se comparte entre distintas personas, la manera de evitar el riesgo es colocando un preservativo, sobre todo en el caso de dildos. Y siempre cambiar el preservativo al cambiarlo de persona. En el tema de los juguetes se tiene que ver si hablamos de la vagina o el ano. En el caso del ano, no va a ver presencia de ningún líquido transmisor a no ser que se produzcan heridas. En el caso de la vagina, el juguete sexual intercambiado entre dos mujeres llevaría el flujo vaginal de un cuerpo a otro, ahí es donde estaría el riesgo.

- En los casos de mantener relaciones sadomasoquistas, ¿cuáles son las principales precauciones?

En el caso de que haya presencia de sangre, y es importante dejar claro que no siempre se produce, habría que evitar su contacto con las mucosas.

- ¿Padecer VIH hace más susceptible a la transmisión de otras Enfermedades de Transmisión Sexual?

Las ITS que favorecen la trasmisión del VIH son aquellas que provocan ulceraciones o alteraciones en la mucosa, porque en lugar de hablar de una microfisura estaríamos hablando de una herida (algo así como una autopista de cuatro carriles para los virus). El hecho de que una persona esté infectada por el VIH, hace que el sistema de defensas sea más débil. Por lo tanto, si ha conseguido que la persona tenga el sistema de defensas más debilitado, tendrá más números de padecer cualquier infección, sea de transmisión sexual o no.

- ¿De qué manera el VIH puede afectar a la vida sexual de la persona portadora? ¿Cuáles son los principales problemas a los que debe enfrentarse?

La sexualidad se ve afectada y en mucho en el momento que se conoce el diagnóstico de VIH. Hay un debate interno en la actualidad sobre el hecho de hacerse la prueba o no. Hay datos empíricos que demuestran que el conocer cuanto antes que hay infección mejora en mucho todos los pronósticos a nivel farmacológico y de resultados. Hay otra parte del discurso que SidaStudi no comparte, que es que el saber que se es seropositivo va a hacer que no se infecte a otras personas. En una relación consentida entre dos personas sin preservativo, existe una responsabilidad compartida.

Algunas personas seropositivas lo llevan, afortunadamente, bien. Disfrutan de su sexualidad independientemente de su estado serológico. Existen parejas sirodiscordantes, donde una de las dos tiene el VIH y tienen una vida sexual satisfactoria. En el otro extremo estarían las personas que renuncian a volver a mantener prácticas sexuales porque no quieren asumir esa responsabilidad.

Inicio

Profesor Luis Felipe Pallardo: “La educación para la salud (...) es una de las medidas sanitarias de primer orden”

Twittear
facebook

Día Mundial de la Diabetes
Entrevista realizada por HBakkali
«A nivel nacional, la prevalencia diabetes se encuentra en un 13,8 %, comprendiendo la diabetes conocida y la no diagnosticada»
«En el origen de la diabetes parecen participar alteraciones de diversos genes (herencia poligenica y multifactorial)»
«Los retos en materia de investigación son llegar a comprender en profundidad los mecanismos patogénicos de la diabetes y de sus complicaciones, para así poder descubrir nuevos fármacos»

.....

La Diabetes tipo II es una de las enferemedades más comunes en nuestra sociedad. Medidas preventivas como realizar ejercicio físico o llevar una dieta equilibrada ayudan a su prevención y a su mejor control.

Con motivo del Día Mundial de la Diabetes, el Profesor Luis Felipe Pallardo, Catedrático de Medicina y Jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario La Paz de Madrid, nos aclara algunas de las cuestiones más frecuentes sobre esta patología.

.....

¿Cuál es el tipo más frecuente de diabetes?

La diabetes tipo 2, que generalmente tiene su aparición en la edad adulta.

¿Por qué aparece la diabetes tipo 2?

Existe un componente genético al que se suelen asociar factores ambientales.

¿Qué principales factores pueden favorecer la aparición de esta enfermedad?

Influye, fundamentalmente, la obesidad, condicionada a su vez por el exceso de ingesta y la inactividad física.

¿Cómo se diagnostica esta patología?

La confirmación diagnóstica se hará valorando la la glucosa plasmática, en ayunas ó tras la administración de una sobrecarga oral de glucosa.

¿Cómo influye la alimentación y la obesidad en el desarrollo de la diabetes tipo 2?

La dieta hipercalórica, el exceso de grasas y el escaso aporte en fibra dietética son elementos condicionantes.

¿Puede su desarrollo deberse a factores genéticos?

Evidentemente, pero más que deberse a alteraciones en un sólo gen, como ocurre en otros procesos, en el origen de la diabetes parecen participar alteraciones de diversos genes (herencia poligenica y multifactorial).

¿Qué señales pueden hacer sospechar que padecemos esta dolencia?

Muchas veces suele ser asintomática. Otras veces puede sospecharse ante la presencia de obesidad, hipertensión arterial, dislipemia, historia obstetrica (niños con peso elevado al nacer),etc. Más raramente, puede acompañarse de poliuria, polidipsia, astenia, etc.

¿Qué prevalencia presenta la enfermedad en España?

A nivel nacional, la prevalencia diabetes se encuentra en un 13,8 %, comprendiendo la diabetes conocida y la no diagnosticada.

¿Qué dolencias pueden desarrollarse a causa de la diabetes tipo 2?

La diabetes tipo 2 mal controlada, puede condicionar, a medio y largo plaz, complicaciones oculares (retinopatía), renales (insuficiencia renal), neuropatía (polineuropatía, gastroparesia, vejiga neurógena, etc.) y manifestaciones ateroscleróticas (cardiopatía isquémica, accidentes vasculares cerebrales, insuficiencias vascular periférica).

La diabetes tipo 2, ¿tienen cura?

No, pero cuidadosamente controlada, podemos paliar el desarrollo de las complicaciones antes citadas.

¿Cómo la podemos controlar?

En todos los casos con una dieta adecuada (generalmente, hipocalórica por tratarse con frecuencia de sujetos obesos) y con la recomendación de ejercicio físico. A esto habrá que añadir, según las circunstancias, comprimidos antidiabéticos ó bien adminstrar insulina.

¿En qué medida la diabetes tipo 2 se puede prevenir?

Se ha comprobado la efectividad de la mejoria del estilo de vida, tratando de evitar la obesidad, mediante las oportunas recomendaciones dietéticas y la práctica de ejercicio físico.

¿Mayor educación para la salud entre las medidas preventivas que más urgen?

Evidentemente, la educación para la salud, tratando de prevenir la obesidad, la diabetes, hipertensíon arterial, etc., es una de las medidas sanitarias de primer orden.

En materia de abordaje terapéutico, ¿qué tenemos y que nos queda por conseguir?

Disponemos de un amplio arsenal terapéutico: sulfonilureas, biguanidas, glinidas, gliptinas, fármacos incretínicos ,insulina, etc. , que nos permiten individualizar el tratamiento del diabético tipo 2. Queda por conseguir un fármaco ideal que además de normalizar la glucemia, proteja la función de la célula beta pancreática y dismninuya la incidencia de complicaciones vasculares relacionadas con la diabetes.

¿Cuáles son los principales retos en materia de investigación?

Los retos en materia de investigación son llegar a comprender en profundidad los mecanismos patogénicos de la diabetes y de sus complicaciones, para así poder descubrir nuevos fármacos.

Profesor Luis Felipe Pallardo, Catedrático de Medicina y Jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario La Paz de Madrid

Inicio

Organizaçao dos Estados Ibero-americanos para a Educaçao, a Ciência e a Cultura
Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Divulgación y Cultura Científica Iberoamericana

Opinión | Reportajes | Noticias | Entrevistas

Dr. Emili Montserrat: “La mayoría de leucemias agudas que se observan en niños tienen buen pronóstico”

Twittear
facebook

«Los enfermos con leucemia debieran de saber que el mejor tratamiento que se les puede ofrecer consiste en participar en un buen estudio clínico»
«Hay muchas razones para el optimismo y para pensar que el tratamiento de las leucemias continuará mejorando»
«La medicina o es “personalizada”, es decir tiene en cuenta a la “persona” enferma, o no es medicina»

.....

En prácticamente tres décadas, las leucemias han dejado de tener un mal pronóstico para pasar a convertirse en enfermedades que, en una gran mayoría de casos, **se pueden curar y controlar durante años.**

Con motivo del **Día Mundial de la Salud 2013**, el **Profesor Emili Montserrat**, Catedrático de Medicina de la Universidad de Barcelona, Consultor Senior del Instituto de Hematología y Oncología del Hospital Clínic de Barcelona y Presidente de la European Research Initiative on CLL (ERIC), nos explica **en qué consiste la leucemia**, con qué **opciones terapéuticas** contamos actualmente y **cuáles son los avances más esperanzadores en materia de investigación.**

Entrevista realizada por HBakkali

.....

¿Qué es la leucemia?

La palabra leucemia significa literalmente “sangre blanca”, esto se explica porque lo primero que llamó la atención a los médicos que reconocieron la leucemia como una enfermedad o, mejor, un grupo de enfermedades, es que la sangre, habitualmente roja, adoptaba un color blanquinoso debido al acúmulo en la misma de leucocitos o glóbulos blancos. Los leucocitos son células que se producen en la médula ósea, pasan a la sangre donde ejercen muy diversas funciones y finalmente mueren. Todo este proceso está regulado por finísimos mecanismos moleculares de forma que cualquier alteración en los mismos, sobre todo las mutaciones de ciertos genes, hace que los leucocitos se alteren, funcionen anormalmente y se acumulen en el organismo. Las leucemias se dividen en agudas y crónicas, y dentro de las mismas se distinguen muchos subtipos en función del tipo de célula afecta y lesiones moleculares.

¿Qué sintomatología cursa? ¿Se trata de un cáncer que se pueda diagnosticar a tiempo?

Las formas agudas cursan con anemia, fiebre, dolores óseos, infecciones y hemorragias que, como su nombre indica, se presentan de forma súbita, en el transcurso de pocos días o semanas. Las formas crónicas se diagnostican muchas veces de forma casual, con motivo de análisis de sangre efectuados por cualquier motivo. En otros casos, el enfermo presenta fiebre, aumento de los ganglios linfáticos o del bazo, lo que hace que acuda al médico.

¿Puede ser un cáncer hereditario?

No. El hecho de que en la leucemia existan mutaciones genéticas no quiere decir que la enfermedad sea hereditaria en el sentido clásico de la expresión, es decir, que se transmita de padres a hijos. En algunos casos, sin embargo, el riesgo de que individuos de una misma familia presenten la misma forma de leucemia es estadísticamente superior que en la población general. Ello ocurre sobre todo en una forma de leucemia conocida como leucemia linfática crónica.

¿Presenta el mismo pronóstico en niños y jóvenes, que en adultos?

El pronóstico depende de muy diversos factores. Por ejemplo, la mayoría de leucemias agudas que se observan en niños tienen buen pronóstico, mientras que en aquellas que se dan en adultos el pronóstico depende del subtipo celular y las lesiones moleculares. En última instancia, el factor pronóstico más importante es que la enfermedad se pueda erradicar con el tratamiento. En el caso de las leucemias crónicas, que se observan sobre todo en adultos, el pronóstico depende, una vez más, del subtipo celular, lesiones moleculares y que la enfermedad se pueda controlar. A diferencia de lo que ocurre en las leucemias agudas, donde erradicar la enfermedad es la condición necesaria para curar al enfermo, en el caso de las leucemias crónicas los tratamientos actuales permiten en muchos casos su “cronificación” o, dicho de otra manera, la “curación funcional “ de la enfermedad.

Metástasis y leucemia, ¿qué relación existe?

La palabra metástasis indica la aparición de enfermedad cancerosa en órganos lejanos a los inicialmente afectos y, por ello, tan sólo puede aplicarse en sentido estricto a los tumores sólidos, como el cáncer de mama o el de colon, etc. Las leucemias son por definición enfermedades diseminadas que afectan muy diversos órganos como la médula ósea, los ganglios y la sangre. Sin embargo, algunas leucemias pueden afectar órganos no propiamente sanguíneos como el sistema nervioso central. Por fortuna, se trata de complicaciones poco frecuentes y que los tratamientos actuales evitan en gran medida.

¿La leucemia se puede prevenir?

No. Los tumores que pueden prevenirse son aquellos que tienen un claro componente hereditario, como son algunos cánceres de mama o de colon, o aquellos en los

que las circunstancias ambientales o exógenas juegan un gran papel, como el cáncer de pulmón, ligado al tabaco, o el melanoma, vinculado a la exposición solar. Ninguna de estas circunstancias se da en las leucemias. Sin embargo, la exposición a radiaciones ionizantes, caso de la bomba atómica en Hiroshima y Nagasaki, o los desastres ocurridos en algunas plantas nucleares, como en el caso de Chernóbil, se ha visto acompañada de un mayor riesgo de padecer leucemia. Por fortuna, éstas son circunstancias excepcionales.

En la batalla contra la leucemia, ¿con qué opciones terapéuticas contamos hoy en día?

El tratamiento se adapta a las características del tumor. Una pequeña reflexión: la expresión “tratamiento adaptado a las características del tumor” me parece mucho más acertada que la de hoy tan manoseada “medicina personalizada” puesto que la medicina o es “personalizada”, es decir tiene en cuenta a la “persona” enferma, o no es medicina. En cuanto al tratamiento, éste sigue basándose mayormente en la quimioterapia, anticuerpos monoclonales y trasplante de medula ósea. Cada vez, sin embargo, cobran mayor importancia agentes que a diferencia de los anteriores, relativamente inespecíficos y que, por decirlo así, no saben distinguir entre las células “buenas” y las “malas”, actúan sobre lesiones muy concretas de las células leucémicas, como por ejemplo, determinadas mutaciones. El mejor ejemplo de ello es un agente que se llama Imatinib, y sus variantes, como tratamiento de una forma específica de leucemia, la leucemia mieloide crónica.

Desde el punto de vista de la investigación, ¿qué avances son los más prometedores?

A grandes rasgos, distinguiría tres. Primero, un mayor conocimiento de qué enfermos se benefician más de según qué tratamientos. En ello tienen un papel crucial los ensayos clínicos, de forma que los enfermos con leucemia debieran de saber que el mejor tratamiento que se les puede ofrecer consiste en participar en un buen estudio clínico. Segundo, una mejor comprensión de las lesiones genéticas ligadas a las leucemias. Tercero, el desarrollo de nuevos tratamientos, particularmente biológicos, que atacan anomalías funcionales específicas de las distintas formas de leucemia. En el plazo de treinta años las leucemias han pasado de ser invariablemente fatales, a ser enfermedades que en muchos casos, sobre todo en niños, se curan o pueden controlarse durante muchos años. Sin embargo, aunque hay muchas razones para el optimismo y para pensar que el tratamiento de las leucemias continuará mejorando, conviene ser cauto y tener en cuenta que los grandes progresos no se hacen de la noche a la mañana.

Profesor Emili Montserrat. Catedrático de Medicina de la Universidad de Barcelona y Consultor Senior de Servicio de Hematología del Instituto de Hematología y Oncología del Hospital Clínic de Barcelona del que ha sido su director desde 1995 hasta 2010. Es presidente de la *European Research Initiative on Chronic Lymphocytic Leukemia (ERIC)*, organización científica que agrupa a más de 300 miembros de más de 20 países.

El Dr. Montserrat fue miembro fundador de la *European Hematology Association (EHA)* y presidente de la misma entre los años 2003 y 2005. Es, asimismo, investigador senior distinguido por la Universidad de Barcelona y miembro honorario de numerosas organizaciones tales como el *Royal College of Pathology* (London). Fue investido Doctor Honoris Causa por la Universidad de Atenas y su labor investigadora ha sido premiada con el galardón Jean Bernard por parte de la *European Hematology Association*.

El profesor Montserrat y su grupo han firmado más de 650 artículos en revistas científicas y más de 80 publicaciones sobre temas de su especialidad: leucemias y linfomas. Algunas de estas contribuciones se cuentan entre lo que se conoce como “citas clásicas” en la materia.

El Dr. Emili Montserrat forma parte del consejo editorial de las revistas más influyentes en hemato-oncología y su presencia es habitual en las reuniones científicas de mayor relevancia en materia de hemato-oncologia. Su dilatada carrera académica ha sido meritoria de numerosas distinciones entre las que destacan el Premio Lilly a la Investigación Biomédica, el premio de la *European Society of Medicial Oncology* a toda su trayectoria profesional y científica, el Premio Nacional de Oncología de la Fundación Echevarne, el Premio Severo Ochoa, la medalla Rai/Binet por sus contribuciones al estudio de la leucemia linfática crónica y la medalla Emiram Eldor, entre otros reconocimientos.

Inicio

Rosa Pérez Cano: "El objetivo es restaurar el volumen de mama perdido tras la tumorectomía"

Rosa Pérez Cano, Jefa de Cirugía Plástica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid
por H. Bakkali \\ divulgaUNED.es
La reconstrucción de mama con células madre es una de las técnicas más esperanzadoras para la regeneración del pecho tras su extirpación por la cirugía. Una terapia, aún en fase de estudio, que en 2008 fue aplicada a 40 pacientes con extirpación parcial de la mama en Reino Unido, Italia, Bélgica y España, donde el estudio fue llevado a cabo por los especialistas del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, logrando implantar con éxito células madre para la regeneración mamaria de las mujeres que formaron parte del ensayo. La Dra. Rosa Pérez Cano, Jefa de Cirugía Plástica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y profesora asociada de la Universidad Complutense de Madrid, explica en qué consiste el proceso y cuáles son las ventajas que esta práctica clínica aporta a la paciente.

¿En qué consiste la reconstrucción de la mama con células madre?

Se trata de una técnica novedosa, todavía en fase experimental, en la que se introducen células madre en una zona donde se ha extirpado una porción de mama, para intentar regenerarla, con el fin de reestablecer el volumen perdido tras la resección tumoral.

¿Cómo es el proceso?

En un quirófano de cirugía ambulante, la paciente se somete a un proceso de liposucción convencional, para extraer grasa de distintas zonas del cuerpo. Esa grasa es procesada para extraer un tipo de células madre, que servirán para enriquecer a otra porción de grasa, con el fin de regenerar la mama. La intervención no requiere intubación de las pacientes.

¿Cuál es el objetivo principal de esta técnica?

El objetivo es restaurar el volumen de mama perdido tras la tumorectomía [1]. Dichas intervenciones suelen deformar la mama de manera llamativa, y la reconstrucción con técnicas convencionales no suele dar resultados satisfactorios.

¿Sería aplicable con éxito tanto en casos de extirpación parcial de la mama, como en casos de extirpación total?

En nuestro hospital se ha realizado un estudio clínico con extirpaciones parciales de la mama, junto con otros centros europeos. En estos casos parece que los resultados son prometedores, a falta de presentar en publicaciones científicas los resultados definitivos con los análisis estadísticos. Quizá el siguiente paso sea probar esta técnica en las pacientes con mastectomía [2].

¿Qué riesgos conlleva la intervención?

Los riesgos propios de una intervención con cirugía ambulante. Se trata de una operación sencilla y rápida, poco invasiva, con incisiones muy pequeñas.

¿Qué cuidados requiere la paciente después del proceso?

Deberá evitar esfuerzos la primera semana, y después podrá realizar una vida normal.

¿Qué diferencia esta práctica de la Coleman?

En la técnica de Coleman, no se sabe realmente qué células madre aparecen, y la grasa obtenida se ha tratado simplemente con centrifugado. Con esta técnica, se miden y se seleccionan las células madre que vamos a utilizar. Después se enriquece la grasa de las pacientes con estas células madre, para poder mejorar la supervivencia del injerto graso, gracias al desarrollo de nuevos vasos sanguíneos.

¿Cuál es el papel de las células madre en la medicina actual?

Se está dando mucha publicidad al uso de las células madre, pero realmente está por ver el alcance de las mismas en la regeneración de tejidos, y la posibilidad de que esas células sean dañinas. La forma más científica y seria de evaluar este uso en humanos, es realizar ensayos clínicos controlados, dentro de los protocolos de seguridad que establecen las leyes sanitarias europeas, y no hacer un uso comercial de las mismas, como parece que empiezan a hacer determinados centros.

Notas

[1] Procedimiento quirúrgico en el que se extrae masa mamaria sólida para determinar si es maligna o benigna

[2] Cirugía para la extirpación del seno

Compártelo . .

Inicio

David Paricio: “La sexualidad es, sin ningún género de dudas, un tema tabú en todas las sociedades”

7 de abril de 2017

Twittear

facebook

Día Mundial de la Salud
Con motivo del Día Mundial de la Salud, David Paricio, director de Sida Studi nos contesta a algunas cuestiones sobre salud sexual, sobre la necesidad de capacitación, información y educación en esta materia, sobre la necesidad de gestión de los riesgos que puede conllevar el sexo sin protección o sobre el tabú que aún hoy representa hablar de sexualidad.

Entrevista de HBakkali para IBERDIVULGA

¿Qué entendemos por salud sexual?

Promover la salud sexual entre una persona o colectivo es promover el bienestar subjetivo de cada persona en la vivencia de su sexualidad a partir de su capacitación para que pueda tomar decisiones responsables sobre el cómo quiere vivir su sexualidad, siempre en el marco de respeto de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Así, la educación sexual debe ir más allá de la prevención de embarazos no planificados, VIH u otras ITS y concebir la sexualidad como un aspecto positivo en la vida de las personas que contemple a dimensión del placer y la dimensión emocional en un sentido amplio huyendo de la idea de genitalidad.

¿Qué acciones educativas en la promoción de la Salud Sexual en España urgen hoy en día?

Lo que urge principalmente en el Estado español es, simple y llanamente, hacer que la ley se cumpla. Así, legislaciones estatales como la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*, que instan a los poderes públicos a garantizar: “a) La información y la educación afectivo sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo. b) El acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva. c) El acceso a métodos seguros y eficaces que permitan regular la fecundidad. d) La eliminación de toda forma de discriminación, con especial atención a las personas con algún tipo de discapacidad, a las que se les garantizará su derecho a la salud sexual y reproductiva, estableciendo para ellas los apoyos necesarios en función de su discapacidad. e) La educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual y salud reproductiva. f) La información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro que prevenga, tanto las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, como los embarazos no deseados.”

Siguen sin ser una realidad en nuestro país.

¿Cuáles son los colectivos en los que más apremia promover políticas educativas en este ámbito?

El punto de partida para responder a esta pregunta sería el hecho de asumir que la sexualidad es inherente a la condición humana. Todos y todas tenemos sexualidad desde el momento de nuestro nacimiento hasta nuestra muerte. Desde esta premisa todas las personas sin ningún tipo de exclusión deberían tener garantizado su derecho a recibir información y educación sobre salud sexual; y en este punto es importante asumir que el no garantizar derechos humanos como son los derechos sexuales y reproductivos, es también una de vulneración de dichos derechos.

Es cierto que disciplinas como la epidemiología nos ofrecen datos empíricos de en qué subgrupos poblacionales se están produciendo qué necesidades específicas y con qué urgencia es necesario darles respuesta, pero sería necesario recordar que el derecho a la educación sexual es universal y no circunscrito a aquellas personas o grupos poblacionales más afectados por una determinada situación de vulnerabilidad.

Recogiendo de nuevo este aspecto de la necesidad de garantizar el derecho universal a la educación, el ámbito de la educación formal obligatoria (las escuelas) sí debieran ser un espacio irrenunciable donde garantizar el derecho a la educación sexual ya que es uno de los pocos espacios por el que todas las personas van a pasar de manera obligatoria a lo largo de sus vidas y, además, lo van a hacer en un período de su ciclo vital donde la sexualidad va a tener un papel muy destacado. Asumir el potencial del medio educativo formal para promover la salud sexual, también conlleva tener muy presente la necesidad de formación específica de los/las profesionales del mundo de la educación para que tengan tanto conocimientos, como capacidades y habilidades para poder desarrollar programas educativos en las aulas.

¿Qué factores pueden afectar a la salud sexual?

Según el modelo biográfico, las personas nos construimos de forma constante a lo largo de nuestros diferentes ciclos vitales. Pero esa construcción no está asilada de la interacción constante que tenemos con nuestro(s) contexto(s) que puede condicionar muchas de las decisiones que tomamos sobre nuestra sexualidad (así como muchos otros ámbitos de nuestras vidas) y que puede generar determinadas vulnerabilidades que acaben siendo factores que afecten la vivencia de nuestra sexualidad en relación a temas como cómo el contexto interpreta/acepta/discrimina mi diversidad sexual; cómo mi sexo/género condiciona mi relación con el contexto en relación a la vivencia de mi sexualidad, etc.

Hablar de sexo con nuestros hijos, ¿cómo y por qué debemos hacerlo?

En la mayoría de intervenciones dirigidas a padres, madres u otros referentes familiares que realizamos, el mensaje que transmitimos ante esta pregunta es que, partiendo del hecho de que la sexualidad sigue siendo un tema tabú en nuestra(s) sociedad(es), es importante partir de la premisa que la sexualidad es una dimensión más que conforma la realidad personal de nuestros hijos e hijas y que, así como se tienen en cuenta y se cuidan otras dimensiones relacionadsa, por ejemplo, con la salud física, la salud mental, aspectos académicos, etc. no podemos dar la espalda a esta cuestión.

En definitiva, la propuesta sería tan simple como dar respuesta a las necesidades en salud sexual de nuestros hijos e hijas por la preocupación que tenemos en su desarrollo vital de la misma forma que hacemos con otros aspectos relacionados con sus vidas.

¿Qué hábitos nos recomendaría para tener una salud sexual satisfactoria?

El principal hábito a incorporar sería el de escucharnos. Preguntarnos cómo queremos vivir nuestra propia sexualidad y el porqué nos planteamos tener relaciones sexuales. Y, a partir de las respuestas sinceras a estas preguntas, informarnos, capacitarnos, para que las decisiones que tomemos se acerquen siempre lo más posible a nuestras expectativas. Asumiendo, esos sí que la equivocación forma parte del proceso de aprendizaje y que, como sucede también en otras dimensiones de nuestra vida, no

podemos esperar que todas nuestras decisiones sean siempre las más satisfactorias o saludables posibles.

¿Considera que el sexo sigue siendo un tabú en nuestra sociedad?

La sexualidad, tal y como he reflejado en otra pregunta, es, sin ningún género de dudas un tema tabú en todas las sociedades. Más allá de esta afirmación (que no creo que deje mucho margen a su cuestionamiento) el principal problema es cuando determinados planteamientos sobre la salud sexual no se realizan (como sí sucede en relación a otras dimensiones de nuestra salud) desde un punto de vista objetivo, empírico y que tenga en cuenta recomendaciones internacionales como los Objetivos de Desarrollo Sostenible estipulados para el año 2030, sino que parte de concepciones morales (todas, siempre respetables desde la decisión responsable de cada persona) pero que en ningún aso deberían condicionar la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos que, como derechos universales que son, deberían garantizarse, sin ningún tipo de exclusión a todas las personas.

Desde Sida Studi, ¿qué acciones promovéis para la divulgación de la salud sexual?

La misión de SIDA STUDI es *trabajar en la capacitación de las personas para* ***promover la salud sexual y la gestión de los riesgos biológicos relacionados****, como el VIH/sida y otras ITS y los embarazos no planificados, en un marco de* ***respeto a los Derechos Sexuales y Reproductivos*****.**

Desde este planteamiento llevamos a cabo programas y servicios agrupados en 4 líneas de acción: información, sensibilización, educación y formación; realizando intervenciones directamente dirigidas a grupos poblacionales específicos (intervenciones grupales con jóvenes y/o referentes familiares, formación de profesionales, promoción del preservativo en espacios de ocio juvenil, resolución de dudas, etc.), así como otras de impacto indirecto (como el centro de documentación y recursos pedagógicos en salud sexual).

Podéis consultar y, sobretodo, utilizar de forma gratuita todos nuestros servicios a partir de la consulta de nuestras páginas web: sidastudi.org y saludsexual.sidastudi.org.

Palabras clave:

- Salud

Salud 2.0: actitud y compromiso

26 de junio de 2017

Twittear

facebook

Un artículo de HBakkali para IberDivulga
Internet es, sin duda, uno de los medios más demandados a la hora de buscar información sobre salud y es cada vez más frecuente su uso tanto por parte de facultativos como por parte de pacientes y familiares.

La Web 2.0 supone una nueva arquitectura comunicativa más abierta, más comprometida y participativa, reflejo de una sociedad que ha buscado establecer sus cimientos en la conversación, en transformar en tendencia el saber escuchar y dialogar, y en compartir recursos a través de herramientas cada vez más fáciles de gestionar. Internet nos ha permitido formar parte del conocimiento, de su creación, de su distribución y de su repercusión. Un modelo comunicativo bidireccional, de alcance imprevisible, que nos ha convertido en agentes activos de su enorme potencial.

Dentro de esta transición vertiginosa y apasionante, la salud se presenta como una de las temáticas protagonistas. Internet es, sin duda, uno de los medios más demandados a la hora de buscar informaciones médicas y es cada vez más frecuente su uso por parte de facultativos, que ven en medios como Facebook, Twitter o sus propios blogs personales una manera de aproximarse a sus pacientes, facilitar recursos de calidad y fomentar hábitos y actitudes saludables. Se genera así un flujo informativo caracterizado por la sencillez y la inmediatez, dentro de un entorno global que cada día mueve más información sobre salud.

Sin embargo, la multiplicidad de fuentes poco fidedignas, el exceso de contenidos y un público no siempre preparado para seleccionar y valorar los temas que se le presentan, son algunos de los riesgos a los que queda expuesta la fiabilidad y la calidad de la información médica en Internet. Un arma de doble filo, necesaria, apetecible, útil, pero inabarcable.

Más implicación, y una mayor y mejor especialización a la hora de afrontar esta era de la conversación, parecen ser las piezas clave en la labor pedagógica que debe existir a la hora de divulgar el mensaje médico. La salud vista a través del estilo 2.0, debe diseñar actitudes pragmáticas, coordinadas, participativas, actitudes de compromiso que capaciten a la formación y a una correcta evaluación de la información.

La era del cibercondríaco

El hecho de que Internet se haya convertido en uno de los medios más aclamados para buscar respuesta a aquellas dudas que afectan a nuestra salud, ha hecho que prolifere un nuevo tipo usuario con un perfil que ya se conoce como “cibercondríaco”. Se trata de internautas que dedican horas y horas a indagar sobre cualquier síntoma que perciban en foros, redes sociales y páginas web. Un peligro que no sólo puede aumentar de manera innecesaria el estado de ansiedad del individuo, sino que puede hacer caer en el grave error de no consultar al especialista o de medicarse sin la prescripción facultativa necesaria, pudiendo poner en riesgo la propia vida.

Pese a las evaluaciones de calidad a páginas Web focalizadas en temas de salud como la Foundation Health On the Net, la alta demanda de los usuarios sobre esta materia y la proliferación diaria de nuevos foros que abren debates de lo más dispares y disparatados sobre enfermedades, sintomatologías, fármacos, etc., aportando en unos casos la experiencia personal y en otros la propia inventiva, hacen presagiar que el círculo vicioso no será fácil de romper. A esto, habría que sumar otros peligros como el vacío legal que existe en lo relativo a las publicaciones *online* o el ***hándicap*** del anonimato, que imposibilita verificar la fiabilidad de la información. Asignaturas pendientes que urge valorar y analizar en un entorno cada vez más sobrecargado de información.

Palabras clave:

- Impacto social TIC
- Salud

grupo cts
LABJOR
CSIC
Consejo Superior de Investigaciones Científicas
OEI
Junta de Andalucía
Consejería de Economía y Conocimiento
sinc
La ciencia es noticia
Agencia CyTA
Investigación y Desarrollo
ID

asenmac

Inmaculada Grau: «Es fundamental conseguir hacer de la ciencia algo cotidiano, no reservado solo para los 'expertos'»

Twittear
facebook

«Se podría definir eSalud como actuaciones sobre salud realizadas utilizando tecnologías de la comunicación y la información (TIC)»
"Las TIC son una potente herramienta capaz de incrementar la información y gestión de los datos clínicos del paciente
«Actualmente, hay iniciativas de salud 2.0 como blogs, comunidades virtuales, redes de interés común, etc., pero todavía no hay un modelo consolidado y reproducido de forma más o menos universal»

.....

Internet permite una incuestionable democratización de la información. Accesibilidad, posibilidad de compartir datos y recursos de manera inmediata, bidireccional, sin limitaciones temporales, son sólo algunas de las opciones que facilita la red. No obstante**, cuando nos referimos a salud, la necesidad de saber seleccionar los contenidos resulta un factor de primer orden para garantizar la calidad de la información**.

Con motivo del **Día Mundial de la Salud 2013**, **Inmaculada Grau**, directora de Forumclinic, programa interactivo para pacientes del Hospital Clinic de Barcelona, nos responde a **qué ventajas e inconvenientes presenta Internet para la divulgación de contenidos médicos**, **de qué manera las nuevas tecnologías están cambiando el escenario de la salud** y **cómo interactúan los diferentes agentes de sector sanitario a través de los nuevos espacios virtuales.**

Entrevista realizada por HBakkali

.....

¿Qué es ForumClinic? ¿Cuáles son sus principales objetivos?

Forumclinic es un programa interactivo para pacientes destinado a que aumenten su grado de autonomía con respecto a su salud, aprovechando la oportunidad que representa Internet. Se trata de una iniciativa que surge en el seno del Hospital Clínic de Barcelona y que se desarrolla con la colaboración de la Fundación BBVA, Hasta la fecha recoge 12 patologías, más de 600 vídeos y diferentes foros integrados por comunidades virtuales de pacientes y moderados por profesionales sanitarios.

Habría que destacar que para que un paciente aumente su autonomía es preciso que adquiera conocimientos respecto a su enfermedad. Uno de los objetivos de Forumclinic es aportar información rigurosa, útil, transparente y objetiva sobre la salud. También es sabido que la implicación que favorece la participación activa de los pacientes, es un factor de éxito en el aprendizaje. Es por este motivo que se diseñó un entorno para cada enfermedad que incluyese un foro moderado por un profesional especialista en la patología. Sociológicamente, el moderador debe ser un miembro respetado de la comunidad, y conocedor de su idiosincrasia. De esta manera, Forumclinic pretende contribuir a que los ciudadanos mejoren el conocimiento sobre la salud, la enfermedad y sus condicionantes, y sobre la eficacia y seguridad de los tratamientos curativos y preventivos disponibles, para que puedan implicarse en las decisiones clínicas que les afectan.

E-salud, salud 2.0, ¿cómo podríamos definir estos conceptos?

En términos generales se podría definir eSalud como actuaciones sobre salud realizadas utilizando tecnologías de la comunicación y la información (TIC). La eclosión y popularización de las TIC han revolucionado relaciones personales y profesionales, mercados, medios de comunicación, educación y también el sector salud.

Investigación, publicaciones, factor de impacto, ¿cómo se usa Internet para comunicar la investigación médica?

De diversas maneras. Mediante la puesta en común de bases de datos como la del genoma humano, a la de generación de instituciones en red como los cibers que sumaban capacidad investigadora distribuida geográficamente.

También cabría destacar unos nuevos actores que serían la alianza entre pacientes y familiares de enfermedades raras, e investigadores. Estas enfermedades cuya investigación es poco rentable a la gran farma, cuenta con el potencial de que la cohesión que puede facilitar la red de afectados e investigadores alejados geográficamente puedan conseguir masa crítica para tirar adelante investigaciones que de otra forma no serían viables.

¿Cómo es el lenguaje y cómo el proceso de la comunicación científica 2.0?

El VII Programa Marco de la Unión Europea, contaba con un apartado denominado Science in Socity, demostrando el interés de acercar la ciencia a los ciudadanos. En España estas funciones las recogía la FECYT, y par ello estructuraba diversas Unidades de Divulgación Científica.

Es fundamental conseguir hacer de la ciencia algo cotidiano, no reservado solo para los 'expertos'…, forma parte de nuestra cultura y a ella debemos poder acceder y disfrutar los ciudadanos, debemos poder elaborarla, adaptarla y promocionarla como profesionales o instituciones.

¿Cómo están cambiando las nuevas tecnologías el escenario de la salud?

A principios del pasado mes de diciembre, la Comisión Europea lanzó un "Plan de Acción" para favorecer la implantación de la eSalud en Europa. Dicho texto señala la

importancia económica del envejecimiento poblacional en cuanto a costes sanitarios y la necesidad de encontrar fórmulas para el empleo de las TIC con el objetivo de mejorar la eficiencia de la atención en salud. La telemedicina, la rápida adopción de los smartphones y la facilidad con que se pueden acoplar dispositivos de medida como, por ejemplo, los glucómetros, permiten la monitorización continua de los pacientes -en lugar de la periódica de las visitas presenciales-, añadiendo más cantidad de datos dónde poder investigar.

Asimismo, Isaac Kohane, Jeffrey Drazen y Edward Campion, firman una aportación en la prestigiosa revista The New England Journal of Medicine, sobre como será la medicina de nuestro siglo. Los autores destacan que será más transparente, porque los ciudadanos demandarán que los datos en los que se basan las autorizaciones de fármacos o dispositivos médicos sean completamente públicos y transparentes, lo que provocará un estricto control de las autoridades mediante agencias reguladoras. Señalan, asimismo, que la medicina será más eficiente, centrada en la prevención y el acceso equitativo de una población más informada, que favorecerá una nueva relación medico-paciente, de nuevo más humana.

Para avanzar en todos estos aspectos es imprescindible generar nuevos modelos de conocimiento, buenas prácticas y estándares que permitan un cambio estructural de los sistemas de salud y atención social. Y para ello hay mucho camino que andar.

¿Qué aportan las TIC a la educación para la salud?

Los beneficios de la educación para la salud a pacientes crónicos ya están ampliamente estudiados en su formato presencial. La educación para pacientes es un proceso de enseñanza estructurado, que dispone de mecanismos de control de calidad. También se dan procesos desestructurados en sitios de afluencia y reunión de pacientes como son las asociaciones de pacientes.

Con el uso de las TIC la disponibilidad de información de calidad atemporal y ubicua facilita nuevos procesos de educación para la salud y también un acceso más universal y por tanto una mayor equidad. También la constitución de nuevas fórmulas de encuentro como los son las comunidades virtuales de pacientes, que funcionan sociológicamente como comunidades de interés.

En las comunidades virtuales de Formuclinic hemos podido observar como se daba una situación emocional de apoyo y ayuda, de identificación con el grupo, que facilitaba el intercambio de experiencias y cierto tipo de aprendizaje por modelo: en una situación de cohesión se observa aquellos individuos que conviven mejor con su condición, motivan al resto a indagar e intentar poner en práctica su comportamiento.

¿Cómo beneficia el uso de las nuevas tecnologías de la información la relación médico-paciente?

Las TIC son una potente herramienta capaz de incrementar la información y gestión de los datos clínicos del paciente. Tecnológicamente la compartición de estándares y la interoperabilidad es la clave, para agregar datos cínicos útiles y específicos de los pacientes, lo que incide en la personalización de la consulta médico paciente. El profesional podría consultar una historia clínica del paciente más completa. Humanísticamente, un paciente más informado varía la relación con el profesional, que puede pasar de ser una autoridad a la que obedecer a un experto al que acudir en busca de ayuda y consejo.

¿Y a la relación facultativo-facultativo?

Los profesionales sanitarios son usuarios exhaustivos de las TIC en la relación entre ellos, tal y como indican diversos estudios. Además de compartir usos con multitud de profesiones, pueden obtener de las TIC guías de soporte estándar a la asistencia, investigación distribuida en red, y docencia mediante cursos virtuales homologados.

Para el sistema sanitario, ¿qué necesidades considera que cubren?

Los sistemas sanitarios públicos europeos se desarrollaron a mediados del siglo pasado para dar cobertura a la patología aguda. En la actualidad con el aumento de esperanza de vida y la eclosión de la patología crónica los sistemas se ven desbordados. La propuesta del paciente como agente activo de su propia salud y la colaboración entre pacientes como herramienta de soporte y apoyo emocional y pragmático apunta como una ayuda al sobrecargado sistema que se debe estructurar adecuadamente. Y para soportar esta propuesta las TIC pueden representar un gran aliado.

Médicos y pacientes, ¿qué nuevos roles están adquiriendo en este nuevo contexto 2.0?

El contexto 2.0 propicia la participación social en todos los ámbitos. Economía, cultura, educación y, como no, salud. La llamada 'sociedad Red', propicia que los individuos puedan ser más activos y participativos. Las propias empresas se adaptan y utilizan la red para interactuar con sus clientes, que pueden comprar, hacer transacciones, trámites administrativos, etc., online.

En salud la adaptación está siendo algo más lenta. La receta electrónica y la cita previa empiezan a ser utilizados con frecuencia. Y, como no, hay mucha información disponible en red. Actualmente, hay iniciativas de salud 2.0 como blogs, comunidades virtuales, redes de interés común, etc., pero todavía no hay un modelo consolidado y reproducido de forma más o menos universal.

Cuando hablamos de información sobre salud en Internet, ¿qué principales peligros se plantean?

Cuando hablamos de salud en Internet, es primordial saber distinguir la buena información de la que no lo es tanto. También debemos ser consciente de que la información en red o es general, o es la particular de otra persona o caso. Hay que buscar buenas fuentes de información -información firmada, fechada y preferiblemente con una institución o empresa confiable detrás-; hacer una aproximación prudente, pues lo general puede no ser lo particular; y preguntar a los expertos –profesionales sanitarios- para que desde su experiencia y conocimientos nos ayuden a escoger la información relevante para nosotros. Otros pacientes nos pueden relatar experiencias que nos ayuden a superar sentimientos de soledad y técnicas de enfrentamientos. Pero nunca hay que olvidar que cada caso debe ser atendido por profesionales sanitarios expertos en la materia.

El empleo de las redes sociales para informar y formar sobre salud, ¿qué ventajas y qué inconvenientes presentan?

Si por redes sociales se entiende los sitios comerciales de redes sociales 'horizontales', tales como Facebook o Twitter, tendremos como ventaja una buena accesibilidad para la divulgación de contenidos generalistas y campañas de recaudación de fondos e inconvenientes en cuanto a garantías de privacidad en contenidos personales.

El uso de 'redes sociales verticales' o especializadas -como las comunidades virtuales desarrolladas en Forumclinic- son más seguras para la interacción temática entre afectados de una misma enfermedad y permiten que gente que no se conocían con anterioridad establezcan contacto por un interés común.

Internet contribuye a que el paciente esté cada vez más y mejor informado sobre lo que a su patología se refiere. El facultativo se encuentra ante un paciente bien documentado, ¿qué puede suponer este hecho en la consulta?

Como en todo acto de comunicación depende de las actitudes de ambos interlocutores. Actitudes poco empáticas en uno u otro lado dificultaran la comunicación. Actitudes de colaboración la mejorarán.

Inmaculada Grau. Directora de ForumClinc.

Licenciada en Comunicación Audiovisual e Ingeniero Técnico de Telecomunicaciones por la Universidad Ramón Llull. Doctora en Sociología por la Universidad Oberta de Catañuña.

Inicio

Dr. José María Gatell: «Más del 95% de las transmisiones del VIH se producen por relaciones sexuales genitales»

Twittear
facebook

«La educación es fundamental en la prevención de cualquier enfermedad transmisible y en particular de las Enfermedades de Transmisión Sexual»
«En poco menos de treinta años hemos conseguido en materia de VIH/SIDA que la mortalidad sea prácticamente del cero por ciento»
«Una vacuna terapéutica del SIDA que alcance una curación funcional podría ser posible»

.....

En materia de **VIH/SIDA** se han conseguido grandes progresos en los últimos años. Sin embargo, aún impera la **necesidad de una mayor universalización del tratamiento** y una **mejor educación para la salud** que ayude a promover la práctica de **relaciones sexuales seguras**.

Con motivo del **Día Mundial de la Salud 2013**, el **Dr. José María Gatell**, Jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clinic de Barcelona y Catedrático de Medicina de la Universidad de Barcelona, nos responde algunas cuestiones sobre el **papel de la educación y de la democracia en las estrategias de control del SIDA,** nos explica algunos aspectos de la enfermedad, la importancia de su **detección temprana,** de la **prevención,** y responde a cuáles son los **últimos avances terapéuticos.**

Entrevista realizada por HBakkali

.....

En materia de investigación del VIH/SIDA, ¿qué se ha conseguido y qué queda por conseguir?

Estamos en un buen momento, pero quedan cosas por hacer. Si vemos la parte positiva, hemos pasado de una enfermedad que afectaba a millones de personas en el mundo y que presentaba una mortalidad del 100%, en poco menos de treinta años hemos conseguido en materia de VIH/SIDA que la mortalidad sea prácticamente del cero por ciento, esto es un éxito sin precedentes de la medicina. La parte negativa es que el tratamiento es de por vida, que puede ser potencialmente tóxico, que es muy caro, que no está al alcance de todo el mundo y, por tanto, el objetivo sería intentar conseguir controlar la infección sin la necesidad de dar antirretrovitales durante toda la vida, y esto implica al campo de las vacunas terapéuticas.

Bajo su dirección, el equipo de Enfermedades Infecciosas y SIDA del Hospital Clínic - IDIBAPS, presentó el pasado mes de enero los resultados de una nueva vacuna terapéutica del SIDA, ¿en qué consistió el estudio?

El estudio piloto consistió en administrar una vacuna terapéutica y luego retirar el tratamiento antirretroviral. Todos los pacientes rebrotaron, lo cual es una mala noticia, pero el rebrote fue sustancialmente menor del esperado, hecho que resulta una buena noticia.

¿Cómo se prepara esta vacuna?

Las células dendríticas autólogas (del propio paciente) se estimulan en el laboratorio con virus autólogo (del propio paciente) tras inactivarlo con calor. Luego se reinyectan al paciente. El mecanismo de actuación de la vacuna es la estimulación de la respuesta CTL con el VIH.

¿Qué demuestra este estudio?

El estudio ha demostrado que una vacuna terapéutica del SIDA que alcance una curación funcional podría ser posible, pero habrá que mejorar el candidato o combinarlo con otros.

¿Por qué los tratamientos existentes no consiguen erradicar totalmente el virus?

Los tratamientos que utilizamos en enfermedades infecciosas no consiguen erradicar casi nada, ni el virus del SIDA ni otras muchas cosas. Por ejemplo, en una tuberculosis, el paciente se somete a un tratamiento y al finalizar no se han erradicado todos los gérmenes causantes de la tuberculosis, pero se retira el tratamiento y la tuberculosis no rebrota, con lo cual se puede decir que el paciente está curado. Quizás dentro de 10 ó 20 años rebrotará. Esto en el argot médico se llama “curación funcional”. En la mayoría de enfermedades infecciosas lo que se alcanza es una curación funcional. En cáncer pasa lo mismo, si se tiene una leucemia, y el paciente se somete a quimioterapia, cuando se acaban las sesiones, no se han erradicado todas la células, quedan unas poquitas, pero el paciente deja de recibir quimioterapia, la enfermedad no rebrota y se dice que tiene una “curación funcional”. La diferencia con el VIH es que cuando se retira el tratamiento, el virus rebrota inmediatamente, porque nuestro sistema inmunitario, que está dañado, es incapaz de contener la replicación de un pequeño número de virus residuales. Lo que tendríamos que hacer es ayudar al sistema inmunitario a que fuera capaz de contener la replicación de este pequeño número de virus residuales. Estos es lo que intentamos con las vacunas terapéuticas que también podemos llamar inmunoterapia.

¿Cómo se puede transmitir el virus?

Más del 95% de las transmisiones del VIH se produce por relaciones sexuales genitales. Hay otras formas minoritarias de transmitir el virus, una de ellas es de madres a hijos. Se trata de una transmisión transplacentaria o periparto, hecho que en el mundo occidental prácticamente no ocurre porque la infección viral de la madre se identifica durante el embarazo, y se trata. Otra forma es si se tiene un contacto directo con sangre, por ejemplo, compartir jeringas o transfundir sangre. Compartir jeringas es importante en algunas zonas del mundo, fue importante durante algunos años en España, pero a nivel global es relativamente minoritario. En cuanto a la transfusión de sangre infectada, tampoco ocurre puesto que en los bancos de sangre se cuenta con un despistaje para desechar las muestras contaminadas.

¿Qué sintomatología puede hacer sospechar que se tiene el VIH?

Suelen ser complicaciones que reflejan en deterioro inmunológico. La infección aguda sólo es sintomática en el 30% de los casos y la clínica es muy inespecífica (suele confundirse con otras dolencias). Luego sigue un periodo asintomático de varios años tras el cual suelen aparecer complicaciones graves. Esta evolución puede detenerse si se sigue el tratamiento adecuado.

¿En qué fases suele diagnosticarse?

Más del 40% de los casos se diagnostican en fases relativamente avanzadas.

¿Se reduciría el riesgo de transmisión del VIH si se empieza el tratamiento justo después de la infección?

Los pacientes que realizan tratamiento y responden (carga viral indetectable) es muy difícil que transmitan la infección.

¿Sigue imperando la necesidad de realizarse controles con más frecuencia?

En personas que practican actividades de riesgo, es aconsejable que se hagan controles de forma periódica, cada 6-12 meses. Aunque, lo que es más aconsejable es evitar las actividades de riesgo.

¿Detectar el VIH a tiempo ayuda a controlarlo?

El diagnóstico y el tratamiento precoz es bueno para el VIH y para la mayoría de enfermedades como, por ejemplo, el cáncer.

Una vez es diagnosticada la infección, ¿a qué proceso debe enfrentarse el paciente?

Lo primero que se debe hacer es que todas las personas que en su vida sexual, fundamentalmente, crean haber tenido alguna situación de riesgo de infección que se realicen el test. Si la persona está infectada, por lo general, habrá que empezar con el tratamiento. Hoy día, los tratamientos se inician en fases muy precoces. Antes se esperaba un poco más porque eran complicados, tóxicos, difíciles de aceptar por los pacientes. Pero ahora, en general, son sencillos y bien tolerados.

¿Cuáles son sus principales efectos secundarios?

Los efectos secundarios habría que separarlos en a corto plazo y a largo plazo. A corto plazo se podría decir que ninguno, porque si se empieza un tratamiento y se advierten efectos secundarios, se cambiará a otro tratamiento. Muy mal tendrían que ir las cosas para que no se encontraran los medicamentos a los que el paciente respondiera bien y se toleraran bien. Por eso a corto plazo no se debería tener ningún efecto secundario. Pero hay que tener en cuenta que estos tratamientos son para toda la vida, salvo que encontremos una vacuna terapéutica que lo impida. Van a ser a 30 ó 50 años vista, por eso a largo plazo no sabemos si van a ser tóxicos, porque no tenemos 30 años de experiencia. La mayoría de estos tratamiento se introdujeron en el año 1996-1997, es decir que tienen 10-15 años de historia. Durante los primeros 15 años se han tolerado muy bien. ¿Se tolerarán igual de bien los próximos 15 años?, supongo que sí.

¿En qué medida los tratamientos actuales evitan la lipodistrofia?

La lipodistrofia era un problema multifactorial que en parte dependía del virus, en parte dependía de los genes del huésped y en parte de los tratamientos. El virus no lo hemos cambiado, el huésped y los genes tampoco los podemos cambiar, pero también, en buena parte, dependía de los tratamientos. Los que ocasionaban lipodistrofia, en el mundo occidental, ya no se usan. Por desgracia en el mundo en vías de desarrollo sí se siguen utilizando.

¿Qué entendemos por infecciones oportunistas?

Son aquellas infecciones que padecen los individuos cuando su sistema inmunitario está dañado, y puede estar dañado por diferentes causas: porque el paciente se haya sometido a un transplante, porque se tenga un tumor y se esté recibiendo quimioterapia, porque se tenga asma y el paciente deba recibir dosis altas de corticoides o puede estar dañado porque se tenga el SIDA. Los gérmenes oportunistas son menos virulentos que los habituales y casi nunca infectan a una persona que tiene un sistema inmunológico normal. Sólo, ocurren cuando el sistema inmunológico está dañado.

¿Cuáles son las más comunes?

Depende del área geográfica y de qué gérmenes haya en el ambiente de dónde se esté viviendo. La tuberculosis es una infección oportunista, y ocurre en todas partes, pero el histoplasma, que es un hongo, en España no lo hay. Para tener un histoplasma el paciente debe haber vivido en EEUU, en América Central o en América Latina, por ejemplo. Algunos son frecuentes en todas partes, otros dependen de la zona geográfica donde se esté o se haya viajado. Lo que tienen en común todas ellas es que necesitan un sistema inmunológico dañado para poder desarrollarse.

Una persona con VIH/SIDA, ¿es más vulnerable a padecer algún tipo de cáncer?

Es más vulnerable a padecer dos tipos de cáncer: el sarcoma de Kaposi y algunos linfomas. Después, hay otros cánceres que se llaman “cánceres asociados a virus”. Si se tiene una Hepatitis C, el virus de la Hepatitis C en una persona no infectada por el VIH al cabo 20 ó 30 años puede provocar cáncer de hígado, en una persona infectada por el VIH puede progresar antes y derivar en un cáncer de hígado. Si una mujer tiene el Papiloma Virus, la historia natural del cáncer de cuello de útero es lenta en el tiempo, si se tiene el VIH, el VPH puede progresar más rápidamente y derivar antes a un cáncer de cuello de útero. Si se mantienen relaciones sexuales anales y se tiene un Papiloma Virus perianal, la probablidad de desarrollar un cáncer anal asociado al VPH puede ser un poco más alta en un paciente con VIH.

El sarcoma de Kaposi y los linfomas, ¿son comunes en pacientes con VIH?

No son casos comunes. La incidencia ha bajado porque los pacientes al recibir tratamiento su sistema inmunológico mejora. La incidencia de sarcoma de Kaposi y de linfomas ha bajado mucho.

¿Cuáles son las mejores vías para sensibilizar sobre VIH/SIDA?

En este tema se ha mejorado bastante. El SIDA cuando apareció tenía todos los ingredientes para que se rodeara de esta aureola de estigmas, culpabilidad, criminalización, etc. Una enfermedad de transmisión sexual que afectaba a colectivos especiales, o a veces a colectivos marginados, trasladaba la idea de que padecer la enfermedad era por haber mantenido conductas indebidas o llevar una mala vida. El VIH, tenía todo un conjunto de componentes que facilitaron la estigmatización. Borrar esto no es fácil, sólo se consigue con el tiempo, trabajando intensamente en ello y dejando de culpabilizar.

¿Qué papel juega la educación y la democracia en la lucha contra el VIH/SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)?

La educación es fundamental en la prevención de cualquier enfermedad transmisible y en particular en las ETS. Esta educación hay que empezarla antes de comenzar a mantener relaciones sexuales. En el caso de ETS, uno de los problemas existentes, es que en determinados países y en determinadas culturas, las mujeres están en una posición de debilidad en la que les resulta difícil negarse a tener relaciones sexuales, o a realizar determinadas prácticas sexuales. Esto es una cuestión de derechos humanos, que probablemente estén mejor reconocidos en aquellos países o culturas que son verdaderamente democráticas, en donde las mujeres tienen poder para negarse a mantener relaciones sexuales que no deseen mantener, o puedan utilizar métodos de prevención sin necesidad de pedir permiso o autorización a su pareja.

¿Podríamos afirmar que el principal problema de la lucha contra el VIH/SIDA es la falta de prevención?

Con toda seguridad. La manera más segura de acabar con la enfermedad es que no se produzcan nuevos contagios. Estamos ante una enfermedad que es transmisible, sabemos cuál es el virus que la produce, sabemos lo que hay que hacer para evitar la transmisión, pero durante los últimos 10 ó 15 años el número de transmisiones que se registran, prácticamente, no ha variado porque durante toda la historia de la medicina, luchar contra las ETS siempre ha sido muy difícil, ya que

esto significa variar conductas y hábitos que están muy arraigados en la gente. El instinto sexual es uno de los instintos más primarios y más arraigados que ha tenido la humanidad. La transmisión del VIH y de otras muchas ETS, muy a menudo ha sido la historia de un fracaso.

¿Qué acciones considera que urgen en la prevención y control de las ETS?

Los medios que hay que poner para disminuir el VIH son los mismos que hay que poner para disminuir las ETS en general. El VIH no deja de ser una ETS, pero debido a la repercusión social, a la gravedad, a la mortalidad, al impacto económico, hablamos de él de forma individualizada y al resto de ETS se las engloba en otro conjunto. Cualquier medida que mejore la prevención de la sífilis, de la gonorrea, del herpes genital, etc., mejorará la prevención del VIH. Si la gente aceptara o llevara a cabo los cambios de conducta que se aconsejan para el VIH, esto también funcionaría para el resto de ETS. Desde el punto de vista de transmisión el VIH no es ni mejor ni peor que la sífilis, que el herpes genital, que el linfogranuloma venéreo, etc. Los cambios de conducta aconsejados y los mecanismos de barrera como el preservativo son los mismos.

¿Cómo se puede acabar con el SIDA?

En el SIDA nos quedan tres esperanzas: conseguir convencer a la gente que cambie los hábitos sexuales, cosa que no será fácil. La segunda esperanza es que el tratamiento alcance al mayor número de gente posible, ya que una persona que está infectada, que recibe y responde al tratamiento es muy difícil que transmita el virus aunque no tome precauciones, por tanto, una manera de prevenir el SIDA es identificar al mayor número posible de personas infectadas y tratarlas. Y la tercera esperanza, más hipotética, es que dispongamos de una vacuna preventiva. Esto ya forma parte de la investigación y nadie sabe si será posible ni cuándo será posible. Hay que confiar en cambiar los hábitos sexuales en cierta medida, utilizar mecanismos de barrera como el preservativo y tratar al mayor número de gente posible, porque una persona tratada y que responde al tratamiento no es imposible que transmita el virus pero es muy difícil. El mejor ejemplo de esto lo tenemos en las mujeres embarazadas: en una mujer embarazada que se identifica como infectada y que recibe el tratamiento adecuado, la transmisión de madre a hijo es prácticamente cero.

……..

/p>

Profesor José María Gatell. Jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clinic de Barcelona. Catedrático de Medicina de la Universidad de Barcelona.

El Dr. Gatell, ha sido pionero en España en el estudio de la eficacia y tolerancia de nuevos fármacos antivirales y en la immunopatologenia de la infección por el VIH, así como en el desarrollo de vacunas preventivas y terapéuticas del VIH en el marco del programa HIVACAT. Su dilatada carrera científica, universalmente reconocida, se refleja en más de 900 artículos publicados en las revistas médicas internacionales de mayor impacto y que han sido citados en más de 19.000 ocasiones. Es, asimismo, coautor de más de 50 libros acerca de enfermedades infecciosas y autor prinicipal de diferentes libros entre los que destacan la *"Guía Práctica del SIDA"* y *"Guía Práctica de Terapéutica Antimicrobiana"*. El Dr. José María Gatell es editor de varias revistas nacionales e internacionales entre las que se encuentran *Medicina Clínica, Clinical Infectious Diseases, Antiviral Therapy, HIV Medicine, J AIDS, HIV Clinical Trials* y *AIDS reviews.*

Coordinador de la Red Española de Investigación en SIDA (RIS), miembro del Comité Director de EuroSIDA/EUROCORD y de la Red Europea de Tratamiento del SIDA (NEAT), el Dr. Gatell ha sido también Presidente de la Sociedad Española de Infecciones y Microbiología Clínica (SEIMC) durante los años 1997-1999, Presidente de la EACS durante los años 2004-2008, co-presidente de la XIV Conferencia Internacional del SIDA celebrada en Barcelona en 2002 y de la X Conferencia Europea del SIDA de Dublín en 2005. Copresidirá la próxima Conferencia Europea del SIDA que se celebrará en Barcelona en 2015, así como la Conferencia Internacional sobre vacunas del VIH que se celebrará en Barcelona el 2013.

Coordinador de múltiples estudios internacionales, el Dr. José María Gatell presentó el 2 de enero de 2013 un estudio en la revista *Science Translational Medicine* sobre una nueva vacuna capaz de controlar temporalmente la replicación del VIH. Asimismo, su equipo de Enfermedades Infecciosas y SIDA del IDIBAPS - Hospital Clinic de Barcelona, han sido los únicos representantes españoles en el más amplio ensayo clínico realizado hasta el momento con pacintes recién infectados por el VIH. Un estudio publicado en New England Journal of Medicine el 16 de enero de 2013. La labor científica del Dr. José María Gatell ha sido merecedora de varios galardones entre los que destacan la Medalla Josep Trueta al Mérito Sanitario (2012) y el premio de Investigación Biomédica de la Fundación Lilly (2010), entre otros reconocimientos.

Inicio

Dr. José María Carreras: “Uno de cada tres cánceres está ocasionado por el tabaco”

Twittear
facebook

Entrevista realizada por HBakkali
«La inhalación del humo de tabaco contiene más de 7.000 sustancias y, entre ellas, más de 50 cancerígenas»
«El tabaquismo pasivo podría ser responsable de 600.000 muertes en no fumadores al año en todo el mundo»
«El tabaquismo de los padres causa síntomas respiratorios y disminuye el crecimiento pulmonar en sus hijos»
«La nicotina (...) tiene una gran capacidad adictiva, mayor incluso que la heroína o la cocaína»

.....

La dependencia al tabaco está considerada como **una enfermedad crónica** que encuentra entres sus factores fundamentales **componentes psicológicos, bioquímicos y sociales**, lo que hace más complejo abordar y superar la adicción.

Con motivo del **Día Mundial Sin Tabaco 2013**, **el Dr. José María Carreras Castellet**, responsable de la **Unidad de Tabaquismo del Hospital Carlos III de Madrid**, nos responde a cuáles son las **cargas sociales** del tabaquismo, cuál es **su incidencia directa sobre la salud**, cómo **abordar terapéuticamente la adicción** y qué tipo de acciones urgen a la hora de diseñar **campañas** que ayuden a **informar**, **sensibilizar** y **prevenir el tabaquismo.**

.....

¿Por qué el tabaco crea adicción?

La adicción al tabaco es multifactorial, **pero el protagonismo principal lo tiene la nicotina.** Esta sustancia actua a nivel de los receptores del Sistema Nervioso autónomo de tipo colinérgico. Estos receptores se encuentran en distintos órganos y en el sistema mesocorticolímbico. Aquí es donde residen los impulsos de supervivencia (como la sed, el hambre, etc.) cuya satisfacción genera un mecanismo de recompensa con sensación placentera. **La nicotina produce modificaciones neuroendocrinas con mejora de capacidad motora y del estado de ánimo y de humor.** Además **los sujetos que ya han desarrollado dependencia pueden presentar un síndrome de abstinencia con ansiedad, cambios de estado de ánimo y de humor, trastornos del sueño y otros síntomas.** Otro factor a tener en cuenta es que la nicotina, al ser inhalada, llega en pocos segundos al cerebro, siendo esta inmediatez de acción fundamental para el desarrollo de la dependencia.

¿Cuáles son sus principales riesgo para la salud? ¿Qué enfermedades se asocian a este hábito?

El **tabaquismo es causa conocida de al menos 25 enfermedades,** pero desde el punto de vista de salud pública **hay que resaltar tres patologías por su alta prevalencia**. Por una parte, **el cáncer de pulmón y de otros órganos**. La incidencia de diversos cánceres como el de pulmón, laringe, vegiga urinaria y otros órganos, es mucho mayor en fumadores, de tal forma que un **tercio de todos los cánceres son atribuibles al hecho de fumar.**

Por otra parte, **enfermedades vasculares**. La patología cardiovascular como la **angina de pecho** y el **infarto de miocardio**, la patología cerebrovascular como el **ictus** y las **enfermedades vasculares perifericas son más frecuentes en fumadores**, de tal forma que la inhalación del humo del tabaco está considerada como uno de lo primordiales factores de riesgo vascular. Asimsimo, la **enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)**, es una enfermedad en la que disminuye la capacidad ventilatoria produciendose una insuficiencia respiratoria que lleva al sujeto a la incapacidad y la muerte prematura. En nuestro medio **es prácticamente exclusiva de los fumadores.** Los componentes del humo del tabaco producen una reacción inflamatoria en los pulmones ocasionando se destrucción (enfisema).

¿En cuánto se cifran en España las muertes relacionadas con el tabaquismo?

En **España se produjeron 53.155 muertes prematuras atribuibles al tabaco** según los últimos datos publicados correspondientes al año 2006. El **88,7% (47.174) de estas muertes fueron de hombres y el 11,3% (5.981) de mujeres.** Por causas, destacan los: **tumores** malignos (24.058), especialmente cáncer de pulmón (16.482), **enfermedades cardiovasculares** (17.560), especialmente **infarto de miocardio** (6.263) y **derrame cerebral** (4.283), y **enfermedades respiratorias** (11.537), especialmente la **enfermedad pulmonar obstructiva crónica** (9.886).

¿Es el tabaco igual de perjudicial en mujeres que en hombres?

La inhalación del humo de tabaco que contiene más de 7.000 suntacias y entre ellas más de 50 cancerígenas va a ser perjudicial en hombres y mujeres. La menor incidencia actual de las enfermedades producidas por el tabaco en mujeres es debida a que las prevalencia de tabaquismo es menor y a que la mujer se incorporó a este hábito más tarde, pero **la mortalidad por tabaquismo está aumentando en la mujer.** En el año 1995 con una mortalidad global similar a la del año 2006 la muertes en mujeres supusieron el 7.2% mientra que en el 2006 fueron el 11,3%.

¿Qué supone para la salud ser fumador pasivo?

Está ampliamente demostrada la nocividad de respirar el humo de tabaco ambiental. **Es causa importante de enfermedad en no fumadores, incluyendo cáncer y enfermedad cardiovascular.** Se ha estimado que el **tabaquismo pasivo** podría ser responsable de **600.000 muertes en no fumadores al año en todo el mundo.**

Cuando los fumadores pasivos son menores, ¿cómo les afecta?

Casi la mitad de los niños del mundo están expuestos al humo ambiental del tabaco habitualmente en su domicilio. **Los niños expuestos tienen un riesgo** aumentado de sufrir el **síndrome de la muerte súbita del lactante**, **infecciones respiratorias agudas**, **otitis** y **agravamiento del asma**. El tabaquismo de los padres

causa síntomas respiratorios y disminuye el crecimiento pulmonar en sus hijos.

Tabaco en la adolescencia, ¿cuáles son los datos actualmente? ¿A qué edad suele iniciarse este hábito?

Los últimos datos que tenemos **en España de prevalencia de tabaquismo en adolescentes muestran un patrón de descenso.** La prevalencia de adolescentes fumadores diarios en España varía en los diversos estudios, oscilando en chicos entre 8,5 y 13,3% y en chicas entre 12,7 y 16,4%. **Según datos de la OMS el 16% comenzarían a fumar antes de los 12 años,** el 73% entre los 13 y 17 años y solamente el 11% después de los 18 años.

¿Estos datos suponen una señal de alarma de cara a una futura mayor incidencia de cánceres asociados al tabaquismo?

Aunque hay un patrón de descenso de la prevalencia de fumadores adolescentes sería deseable que el ritmo fuera más acelerado y constante. De todas **formas la prevalencia de tabaquismo tanto en adultos como en jóvenes en nuestro país sigue siendo muy elevada** por lo que la incidencia de tumores malignos atribuibles al tabaquismo va a seguir siendo alta y en las mujeres en particular seguirán aumentando.

¿Qué cánceres se asocian al hábito de fumar?

Se ha estimado que **uno de cada tres cánceres está ocasionado por el tabaco.** Además del cáncer de pulmón, también es más frecuente la incidencia en fumadores de cáncer de boca, faringe y laringe, pancreas, vejiga urinaria y en la mujer de cáncer de cuello de útero.

¿Cuál es la incidencia de estos tumores actualmente?

El cáncer de pulmón es el más frecuente del mundo, con aproximadamente millón y medio de nuevos casos al año. Representa el 16,6% de todos los tumores entre los hombres (965.000) y el 7,6% entre las mujeres (387.000 casos). Las mayores incidencias se observan en Europa y en Norteamérica. En mujeres, las incidencias más elevadas dentro de Europa se registran en los países del Norte, en los cuales la mujer se inició antes en la conducta de fumar. En España se diagnostican unos 20.000 casos nuevos al año, lo que representa el 18,4% de los tumores entre los hombres (18.000 casos) y el 3,2% entre las mujeres (2.000 casos). **El resto de los cánceres atribuibles al tabaco** tienen un impacto menor que el cáncer de pulmón en salud pública, pero aún así **ocasionan más de 7.000 muertes al año en España.**

¿Qué pronóstico presentan?

A pesar de importantes avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer, hoy por hoy es una enfermedad grave. El pronóstico **va a estar condicionado por dos factores el tipo de cáncer y la precocidad del diagnostico.** En el caso del cáncer de cuello de útero y vejiga urinaria el pronóstico puede ser bueno sobretodo si se diagnostica precozmente, sin embargo en el caso del cáncer de páncreas y de púlmón, a pesar de importantes mejoras, la mortalidad sigue siendo muy elevada.

¿Por qué puede resultar tan complicado dejar de fumar?

La **dependencia al tabaco tiene tres componentes** fundamentales: **bioquímico**, **psicológico** y **social**, lo que a diferencia de otras dependencias **hace especialmente complicado el poder vencerla**. La **nicotina** es protagonista de esta dependencia **tiene una gran capacidad adictiva mayor incluso que la heroina o la cocaina. El fumador encuentra en fumar una recompensa,** mientras que al permanecer tiempo abstinente tiene sensaciones desagradables o síntomas de abstinencia, lo que condiciona alcanzar la abstinencia prolongada. Además, **la conducta de fumar se puede simultanear con lo cotidiano**, por lo que **se generarán múltiples estímulos o disparadores para fumar.** A pesar de cierto cambio en los últimos tiempos, **la conducta de fumar sigue siendo bien vista socialmente** y está ligada a muchos actos sociales y a eventos festivos, que suponen un estímulo para el fumador y en no pocas ocasiones son la causa de recaída.

¿Cómo conseguir dejar de fumar sin volver a recaer?

La ayudas que actualmente tenemos para dejar de fumar, y que han mostrado eficacia científica, son las **técnicas psicológicas cognitivo-conductuales y el tratamiento farmacológico.** Cuando se ponen en práctica y el fumador las utiliza correctamente se consigue que múltiplique por tres las posibilidades de alcanzar una abstinencia prolongada. **La dependencia al tabaco está considerada como un enfermedad crónica**, ya que la recaída es parte del proceso de dejar de fumar y algunos fumadores recaen varias veces hasta alcanzar la abstinencia prolongada. Hasta la fecha **no se han encontrado herramientas terapéuticas capaces de prevenir la recaída** a largo plazo.

¿En que medida considera eficaces las campañas antitabaco?

Las campañas antiantitabaco cuando están bien diseñadas y realmente son campañas y no acciones aisladas y puntuales, son muy válidas. Medidas especialmente eficaces son: la **información y sensibilización de la población en general y de los niños y jóvenes en particular** sobre los graves problemas de salud pública que ocasiona el tabaco, sobre su capacidad de generar mucha dependencia, así como de las ventajas de dejar de fumar; la **prohibición de cualquier tipo de publicidad directa o indirecta del tabaco**, así como del patrocinio de eventos por la industria tabaquera; la **limitación de espacios para fumar**, fundamentalmente la prohibición absoluta en espacios públicos; **una política adecuada de tasas para hacer menos accesible el tabaco**, sobretodo a los adolescentes; **facilitar a los fumadores el acceso a los tratamientos** que cientificamente han demostrado eficacia para dejar de fumar.

¿Cuáles son las principales líneas de trabajo de la unidad de tabaquismo del Hospital Carlos III?

En la Unidad de Tabaquismo del Hospital Carlos III se desarrolla **actividad docente, investigadora y asistencial.** La actividad asistencial se lleva a cabo de acuerdo a conclusiones científicas. **Se utilizan todas las técnicas que se han mostrado eficaces para ayudar a dejar de fumar: técnicas psicológica cognitivo-conductuales y tratamiento farmacológico.** El tratamiento es personalizado y se instaura después de una exhaustiva evaluación del fumador. Los programas de tratamiento se pueden realizar de forma individual, en grupo o de forma proactiva por teléfono y correo.

Para más información

La **Unidad de Tabaquismo del Hospital Carlos III de Madrid** dispone de una aplicación web que puede ser de ayuda para algunos fumadores y que está en proceso de evaluación:

Programa online para Dejar de Fumar
Unidad de Tabaquismo Hospital Carlos III de Madrid

Esta Unidad también dispone de un email al que se pueden dirigir tanto profesionales como población general para consultar cualquier aspecto relacionado con el tabaco: **tabaquismo.hciii@salud.madrid.org**

Dr. José María Carreras Castellet. Responsable de la Unidad de Tabaquismo del Hospital Carlos III de Madrid.

Inicio

Trastorno bipolar y relaciones afectivas Dr. Antoni Benabarre

Twittear facebook

«La ilusión por una relación es algo más fugaz aunque puede llegar a ser muy intenso y más dependiente de una situación, neuroquímica cerebral, social, etc. El enamoramiento tiene que ver con más proyectos de futuro, no es tan volátil o fugaz y, por lo tanto, también tiene más probabilidades de sobrevivir al estado depresivo que la mera ilusión, propia de posibles fases hipomaníacas o maníacas»

.....

Dr. Antoni Benabarre. Consultor en psiquiatría. Programa de Trastornos Bipolares del Servicio de Psiquiatría Instituto Clínic de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona.

.....

Entrevista HBakkali

¿Son más frecuentes los enamoramientos intensos en los pacientes con trastorno bipolar durante las fases maniacas?

Los pacientes diagnosticados de trastornos bipolares, pueden y de hecho, se enamoran de forma similar a la de todo el mundo. La única consideración que se podría hacer, tiene relación con las recaídas en las fases maníacas, durante las cuales, existe mayor desinhibición, aceleración, nuevos proyectos, hiperactividad y las emociones fluyen de forma más torrencial. En esta circunstancia mencionada, efectivamente, pueden existir enamoramientos diferentes, más intensos, más repentinos y "peculiares".

Durante estos enamoramientos en fase de manía o hipomanía, ¿qué papel tienen las obsesiones y las fantasías?

A mi modo de ver, cualquier enamoramiento tiene "algo de obsesivo", en tanto en cuanto las personas enamoradas, piensan reiteradamente en su enamorado/a y suele suceder que la vida cambia en el sentido de integrar a la otra persona en la vida del enamorado.

Dicho esto, en mi opinión, los pacientes diagnosticados de trastornos bipolares, no tienen como predominio la obsesividad, si tendrían como características, durante las fases maníacas: la desinhibición, la exaltación de las emociones, el incremento del deseo sexual y el "no ver riesgos" donde pueda haberlos. Durante las fases depresivas, el enamoramiento o relación de pareja también se puede ver afectado, por el sentido inverso, de mayor apatía, desinterés sexual, tristeza y falta de proyección.

Las "fantasías", también en el haber de todo el mundo, pueden ser más frecuentes en las fases hipomaníacas y maníacas. Incluso me gustaría puntualizar, que en fases maníacas graves, pueden éstas cursar con síntomas psicóticos por los que los pacientes pueden incurrir en ideas delirantes, por ejemplo erotomaníacas, por las que llegan a estar convencidos que otras personas, habitualmente de un estatus socio-económico-cultural superior están plenamente enamorados de ellas.

¿Cómo se podría distinguir entre un enamoramiento real y un episodio provocado por la enfermedad?

Creo que la clave, en el caso de la enfermedad, está en identificar otros síntomas característicos de la enfermedad. El "enamoramiento patológico" del paciente bipolar debería ir acompañado en las fases maníacas de otros síntomas como: insomnio, hiperactividad, verborrea (hablar muchísimo), frecuentes episodios de irritabilidad o cólera, entre otros…

¿En qué medida un enfermo bipolar puede llegar a darse cuenta de que está viviendo una situación provocada por su enfermedad?

Depende. En fase depresiva suelen darse cuenta, por el sufrimiento que conlleva, mientras que en fases maníacas o hipomaníacas, lo más habitual es que no tengan una adecuada conciencia de lo que les pasa. Es por este motivo, que recomendamos a los pacientes diagnosticados de trastornos bipolares, que cuenten con personas allegadas de máxima confianza, quienes les puedan hacer caer en la cuenta, que no les ven igual y les recomienden acudir al médico o incluso les acompañen al médico, para iniciar un tratamiento lo más precozmente posible y evitar así una recaída de mayor intensidad e incluso la necesidad de una hospitalización.

¿Qué características suelen presentar los enamoramientos patológicos? ¿Con qué signos los podemos identificar?

Los enamoramientos patológicos que a veces pueden darse en pacientes diagnosticados de trastornos bipolares, a pesar que tienen tantas características como personas haya, podrían caracterizarse por el acompañamiento de otros síntomas: trastornos del sueño, ira, hiperactividad, elaboración de nuevos proyectos, etc… Es frecuente que la persona cambie su comportamiento en el sentido que aquél que suele ser introvertido o tímido, en estos estados puede mostrarse mucho más desinhibido y jovial.

Otras características que podrían tener estos enamoramientos podrían ser:

1.- Basados en una infidelidad, en el caso que ya tuvieran pareja previamente.
2.- Enamorarse de una persona cuya vida o características no sean compatibles con la de los pacientes.
3.- Dejarse llevar totalmente por situaciones "sin pensar demasiado"
4.- Gastar muchos recursos económicos o grandes "despilfarros"
5.- Incremento de la actividad sexual y también cambios en las características de la conducta sexual.
6.- Mayor acceso al consumo de substancias tóxicas o adictivas.

En definitiva, lo que suele ocurrir es algo difícil de definir, pero que todos comprendemos, cuando vemos que aquella persona (el paciente) al que conocemos perfectamente, ha establecido una relación totalmente inverosímil por lo que es su personalidad, sus objetivos vitales y su estatus.

¿Pueden existir factores que ejerzan como detonantes de estos enamoramientos patológicos?

El detonante principal entiendo que se basa en la recaída en fase maníaca o hipomaníaca. Algún buen compañero mío, opina que el enamoramiento de las personas no diagnosticadas de trastornos bipolares, también implica unos síntomas parecidos a la hipomanía… Cuando los pacientes recaen en fase hipomaníaca o maníaca, su

incrementada impulsividad, a menudo les puede llevar a acceder a consumir tóxicos, como también hemos mencionado antes. El consumo de tóxicos, también puede ser otro factor detonante en el momento de contactar con un determinado grupo de personas, así como para desinhibirse para hacer un primer contacto.

La vida del paciente con trastornos bipolares, ni mucho menos tiene relación con estados hipomaníacos o maníacos “perpétuos”. La mayor parte de estos pacientes pasan sus vidas afectos por lamentables, oscuras y tenebrosas depresiones durante las que las relaciones interpesonales son escasas, pobres e inexistentes. Es por este motivo, que la mayoría de ellos/ellas suelen tener una baja autoestima, que también les dificulta notoriamente el establecer relaciones de pareja. Cuando la neuroquímica cambia y aparece la tormenta dopaminérgica cuya consecuencia es la fase hipomaníaca o maníaca, el paciente se siente liberalizado y es la imagen especular de lo descrito anteriormente.

¿Cuánto pueden durar estos estados?

Creo que depende de varios factores:

1.- De la duración de la recaída, en los casos que el enamoramiento sea muy “sintomático” y por lo tanto relacionado con la enfermedad.
2.- De las características de personalidad de la persona enamorada.
3.- De las “intenciones” de la persona enamorada.
4.- De las circunstancias sociales y del entorno del paciente.
5.- De la respuesta a los fármacos o medidas de tratamiento.

…entre otros.

¿Qué busca el paciente en este tipo de relaciones?

Probablemente, buscan lo mismo que todo el mundo en una relación de pareja, lo que ocurre que lo pueden llevar a cabo de una forma más irreflexiva, no premeditada, impulsiva, arriesgada, fugaz y sin contemplar el impacto que podría tener para sus vidas y las de las personas de su alrededor.

¿Cómo suele actuar el paciente durante estos episodios de enamoramiento?

Los pacientes, al igual que todos los enamorados, imagino que deben sentir lo mismo, pero quizás de una forma ampliada, exagerada… por lo tanto, probablemente su actuación puede ser: poco predecible, sorprendente, asumiendo riesgos de forma nada reflexiva y todo ello hace que las personas de su alrededor le vean “distinto”. Aquellos pacientes que ya han sido diagnosticados, sus allegados identificarían la situación, puesto que el conjunto de los cambios conductuales que presentan, no solo el relacionado con el enamoramiento, les recordarán otros episodios previos de la enfermedad**.**

¿Cuál suele ser el trato hacia la persona "idealizada"? ¿Puede haber manifestaciones como exceso de desinhibición, de protección, llegar a mentir más, etc.?

Considero que el trato, también depende de la otra persona, es decir del no diagnosticado, puesto que depende de sus características de personalidad, participará en más o en menos en todas las propuestas del enamorado (paciente). Dicho esto, sí que es habitual, que exista más desinhibición, que le pida más relaciones sexuales, hacer viajes o actividades que nunca se habían llevado a cabo, así como un relativo incremento de los gastos económicos.

Naturalmente, como buen enamorado, el paciente “patológicamente enamorado” también protegería a su pareja a ultranza.

Respecto a la “mentira”, creo que podríamos estar de acuerdo, en que aquello que se inicia rápido, tiene más probabilidades de terminar rápido. Que aquellas relaciones un tanto “inverosímiles” o “poco habituales”, tienen más probabilidad de tener que existir en el terreno de lo subterráneo o clandestino, motivo por el que en estas circunstancias, pacientes y no pacientes, tienen más tendencia a recurrir al recurso aparentemente solución, pero en realidad veneno y sentencia de la relación, que es la mentira. Mentira que suele darse entre ellos mismos y su alrededor.

La reciprocidad en la relación, ¿qué nos diría en este sentido?

Esta es una de las bases más importantes en las relaciones entre los humanos, la alentada reciprocidad…, ¿este amigo me aprecia tanto como yo a él?, ¿mi novia me quiere tanto como yo a ella? ¿Quien puede contestar esto? A menudo, ni las personas que están en una relación lo conocen con exactitud… Una parte de la pareja puede sentir más deseo, atracción, sentimientos tiernos, mientras la otra parte, puede fundamentar su atracción en base a un futuro mejor, mejor estatus y en el fondo, mientras exista un aprecio, cariño, respeto y ganas de proyecto en común, pueden ser aspectos complementarios que no tienen por que hacer ir mal una pareja. Quiero decir con todo ello que la exacta reciprocidad es difícil y no imprescindible.

El paciente diagnosticado de trastorno bipolar, naturalmente por su exaltación emocional y la hiperproyección vital, puede tener más fácilmente la idea de que su pareja está “terriblemente enamorada de él”, hecho que también puede ser “mal utilizado” por parte de la otra persona, llegándose a aprovechar del paciente.

Durante estas relaciones, ¿el paciente puede ser más manipulable o más manipulador?

Yo creo que depende, a veces puede iniciarse la relación siendo más manipulador y terminando siendo manipulado, como le puede ocurrir a todo el mundo. Lo que sí puede ser cierto, en el campo de los pacientes, es que la psicopatología acompañante y su enfermedad entendida sobre todo por el impacto cognitivo que puede tener, suelen tener más dificultades para establecer estrategias precisas y mantenidas, por lo que cuando tratan de manipular también pueden tener problemas y limitaciones. En el caso de ser manipulables, algunos pacientes, quizás con mayor gravedad cognitiva de la enfermedad, más episodios previos, hospitalizaciones, etc., pueden ser más fácilmente manipulables.

Existe la idea de que es frecuente es que el paciente bipolar abandone las relaciones de manera abrupta, ¿es esto cierto?

El paciente diagnosticado de trastorno bipolar, puede relacionarse de muchas maneras y no podemos definir arquetipos. No obstante, creo que no se aleja mucho de la verdad el pensar, que sobre todo en los enamoramientos iniciados en fase maníaca, existe mucha más inestabilidad afectiva. Por este motivo, tal como opinábamos antes, a menudo ocurre, que “lo que se inicia rápido, también puede terminarse rápido”.

En la fase de eutimia, ¿es consciente el paciente de lo que ha vivido?

Creo que dependen: del paciente, de las características de sus síntomas, de su tratamiento, de la duración de la recaída… No obstante lo habitual es que en fase de eutimia, sean más conscientes de lo que ocurrió durante la fase hipomaníaca o maníaca, que mientras ésta cursaba, aunque no conscientes al cien por cien.

¿Qué suele ocurrir con estos enamoramientos si el paciente entra en fase de depresión?

Un cambio por completo de la perspectiva. Lo que antes era ilusión, desenfreno, alegría, proyectos y vitalidad, se convierte en un “no poder hacer nada”, tristeza, apatía y perspectivas muy negativas de futuro.

E aquí una diferencia entre enamoramiento e ilusión por una relación. La ilusión por una relación es algo más fugaz aunque puede llegar a ser muy intenso y más dependiente de una situación, neuroquímica cerebral, social, etc. El enamoramiento tiene que ver con más proyectos de futuro, no es tan volátil o fugaz y, por lo tanto, también tiene más probabilidades de sobrevivir al estado depresivo que la mera ilusión, propia de posibles fases hipomaníacas o maníacas.

¿En que medida pueden tratarse de relaciones cíclicas, es decir, que el paciente entre en un círculo de enamoramiento y "desenamoramiento"?

Las relaciones cíclicas: enamoramiento-desenamoramiento, tampoco debemos verlas como propiedad de los pacientes con trastornos bipolares. Son propiedad de la humanidad. Dicho esto, sí que por las características clínicas que hemos ido describiendo los pacientes diagnosticados de trastornos bipolares pueden ser más

inestables, impulsivos y que sus pensamientos cambien de forma substancial apareciendo este tipo de relación, que tampoco calificaría de obsesiva, si de inestable.

Durante estos enamoramientos, ¿puede el paciente manifestar algún otro trastorno psíquico?

Naturalmente, de hecho, los otros síntomas acompañantes son los que deben guiarnos para poder intentar optar a definir como un “enamoramiento patológico”… de no ser así, debemos respetar que todo el mundo se pueda enamorar como quiera, de quien quiera y las veces que quiera, ¡no faltaría más!

Los otros síntomas acompañantes: trastornos del sueño, hiperactividad, euforia, cambios en el pensamiento, incluso ideas delirantes y alucinaciones.

¿Es más frecuente la promiscuidad en enfermos de trastorno bipolar?

Durante las fases hipomaníacas y maníacas, por supuesto que sí, por todo lo que hemos ido mencionado. De hecho es por este motivo, que los médicos tenemos que incidir a menudo en preguntas sobre medidas anticonceptivas y también consejos para relaciones sexuales sin riesgos. Recuerdo varios casos de embarazos no deseados entre mis pacientes, que han llevado a complicaciones personales, sociales y económicas.

¿Y la infidelidad?

Naturalmente también se da con frecuencia. La probabilidad de que las relaciones sean “subterráneo-clandestinas”, es más elevada. Es por este motivo que a menudo se producen separaciones y divorcios, que fragmentan familias, separan de los hijos y generan cambios económicos en personas que por estar afectas de la enfermedad a menudo son limitantes. La infidelidad puede ser una de las repercusiones sociales para los pacientes y sus familias que implica grandes desajustes**.**

Se relaciona la mentira con el trastorno bipolar, ¿es cierto?

La mentira debería relacionarse con el género humano. Me niego a relacionar mentira con pacientes diagnosticados de trastorno bipolar. Todo el mundo miente, unos mejor otros peor y precisamente los pacientes con el diagnóstico de trastorno bipolar pueden tener dificultades para mentir de forma consistente, estructurada, estratégica y persistente en el tiempo. Lo que sí es cierto, como ya hemos señalado, es que toda relación clandestina, como todo aquello que por valores, por preceptos sociales o creencias, no esté bien visto, implica que mintamos más fácilmente**.**

¿Cuáles son las principales consecuencias que se pueden derivar de los enamoramientos patológicos?

Las separaciones son una de las consecuencias, con todo lo que comporta la soledad y el no ver a diario a los hijos, caso que existan. Además de los cambios económicos que se derivan. Para las personas enamoradas, pues depende…, si se trata de un enamoramiento fugaz e impulsivo, el hecho que no dure mucho tiempo tampoco suele generar grandes cambios a la otra persona, puesto que no ha habido tiempo de elaborar grandes proyectos en común.

En el momento en el que existan síntomas más graves como síntomas psicóticos, por ejemplo el anteriormente mencionado delirio erotomaníaco, sí que la persona de la cual está enamorado/a el paciente puede verse asediada, perseguida, controlada, no obstante, no suele ser frecuente un riesgo elevado para ella.

¿Y durante la fase depresiva?

Durante las fases depresivas, y con la percepción de “haberlo perdido todo”, los pacientes diagnosticados de trastornos bipolares, tienen un riesgo 30 veces superior a la población general de llevar a cabo comportamientos o conductas de suicidio.

¿Hasta qué punto este tipo de enamoramientos patológicos pueden resultar nocivos?

Los enamoramientos patológicos en los pacientes diagnosticados de trastornos bipolares resultan nocivos para si mismos, en el sentido que pueden tener unas repercusiones sociales y personales graves. Los pacientes pueden a veces ser objeto de "engaño" o "autoengañarse". Lo más frecuente que suele ocurrirles son consecuencias como separaciones matrimoniales o pérdida de las parejas. Respecto a las parejas, naturalmente la infidelidad es un problema y también la prodigalidad económica que pueden presentar en circunstancias de manía o hipomanía, puede serlo.

En circunstancias de gravedad psicopatológica y concretamente en el caso de que existan ideas delirantes, también puede existir cierto asedio a la persona idealizada, aunque esta situación creo que es la excepción y para nada algo frecuente en el contexto de los trastornos bipolares.

En el momento en el que existan síntomas más graves como síntomas psicóticos, por ejemplo el anteriormente mencionado delirio erotomaníaco, sí que la persona de la cual está enamorado/a el paciente puede verse asediada, perseguida, controlada, no obstante, no suele ser frecuente un riesgo elevado para ella. Lo más habitual es que existan molestias como llamadas de teléfono, mensajes, cartas, etc, pero cuando me refiero a que no suele existir un elevado riesgo vital, es por que los homicidios y las agresiones no son lo más común. Los pacientes bipolares, no incurren en más delitos por agresividad que la población general.

Solo un matiz, en España, con 47 millones de habitantes, epidemiológicamente le corresponden unos 1.410.000 pacientes diagnosticados de trastorno bipolar (un 3% de la población general). Estamos hablando de muchísimas personas. Lo más habitual es que los pacientes no muestren graves problemas respecto a conductas agresivas. Situaciones delirantes como los anteriormente mencionados delirios erotomaníacos, son una excepción, no una regla y en este sentido, hay que evitar el sensacionalismo, atentar a la verdad y estigmatizar a los pacientes y sus familiares. Hecho que debemos tenerlo muy en cuenta.

Hay que considerar que "los problemas de enamoramiento", no son feudo de los trastornos bipolares. Existen muy frecuentemente en otros trastornos como los trastornos de la personalidad, los trastornos delirantes crónicos, la esquizofrenia, entre otros. Y en cada uno de ellos, con unas connotaciones diferentes. No obstante, es la población general, presuntamente no diagnosticada de ningún trastorno, quien suele sufrir problemas de este índole.

¿Debería el paciente comunicar que sufre trastorno bipolar?

Yo creo que sí. Pero también creo que lo debería comunicar a la pareja estable, con quien se haya establecido una relación pueda ir adelante. A mi entender sería una falta de respeto hacia la pareja que el paciente no le explicara sus circunstancias, los riesgos que puede tener y esta parte de su pasado. Solo así, con la comunicación, el paciente tendrá comprensión, ayuda, colaboración y solidaridad. Muy probablemente su pareja también deberá comentar aspectos no del todo agradables de su pasado al paciente. ¡Es la vida!.

¿Cómo puede afectar a la relación el hecho de que la pareja no sepa de este trastorno?

Simplemente puede afectar en el sentido “que no entienda nada” de lo que le está pasando al paciente… que no pueda comprenderlo y que no sea capaz de relativizar algunas de las cosas que han ocurrido. De este punto se derivan muchas de las complicaciones sociales que existen. Como decía Gandi, lo más imprescindible para el hombre es la comunicación. En este sentido, es muy importante que la pareja que comparte la vida con el paciente, sepa qué le ocurre, cuáles son los síntomas e incluso se convierta en un coterapéuta con el equipo de profesionales, ayudando a detectar episodios de recaída y a interpretar síntomas.

¿Es posible la prevención de estos enamoramientos patológicos?

Estoy convencido que es posible el intentar conseguir una larga estabilidad anímica. Por lo tanto evitar algunos enamoramientos patológicos que solo van a hacer sufrir a los pacientes y a las personas de su entorno. Espero que los pacientes, de cualquier enfermedad, edad, sexo y religión puedan continuar enamorándose, porque de esto también depende su calidad de vida.

¿Qué consejos daría al paciente para no caer en estos enamoramientos o afrontarlos sin consecuencias graves?

Quizás el consejo más importante tiene que ver con el tomar la medicación adecuadamente. Los trastornos bipolares son enfermedades de causa genética, que se manifiestan por una alteración del funcionamiento de las estructuras del sistema límbico, sistema que se encarga de la estabilidad de las emociones. Los medicamentos

son el único recurso para lograr una estabilidad anímica, para lograr que el sistema límbico funcione “bien engranando”. El disponer de personas allegadas que velen por la evolución del paciente, por si toma o no la medicación y para detectar la eclosión de síntomas de recaída es fundamental.

A la pareja de un enfermo bipolar, ¿qué consejos le daría?

Amarle lo que pueda. Amándole, le comprenderá, le ayudará, le asesorará, le apoyará y le acompañará. También es importante aprender a diferenciar, hasta donde uno pueda, aquello que ha hecho la persona en un momento de enfermedad o lo que ha podido hacer con “premeditación” sin respetarla a lo largo del tiempo. Creo que es muy diferente un concepto del otro, aunque también comprendo que para muchísimas personas esta diferencia puede ser difícil de cocer en sus adentros y, por lo tanto, las consecuencias puedan ser graves.

Desde el punto de vista terapéutico, ¿qué precisan estos enfermos?

Primero que se les explique bien el tipo de enfermedad que tienen, lo que les ocurre, los riesgos que tienen…, necesitan saber el ABC de su enfermedad.

Segundo necesitan el tratamiento más adecuado para su forma específica de trastorno bipolar. En este sentido las recomendaciones terapéuticas de las principales asociaciones mundiales de psiquiatría son una fuente.

Tercero un buen profesional que lo conjugue todo: psiquiatra y si es posible un psicólogo para hacer una buena psicoeducación.

Cuarto, y no menos importante, una familia que también se interese por lo que le ocurre y apoyarle en lo necesario.

¿Cuál es el pronóstico actualmente?

Con los tratamientos actuales la mayoría de los pacientes diagnosticados de trastorno bipolar pueden hacer vidas muy similares a las de las personas no diagnosticas: tener una familia propia, disponer de un trabajo y buena calidad de vida.

Por supuesto, algunos pacientes tienen mayor gravedad de la enfermedad: muchas más recaídas, hospitalizaciones, síntomas psicóticos. No obstante, después de un período en el que se busca la mejor opción terapéutica, en la inmensa mayoría de los casos se logra la estabilidad anímica y una adecuada capacidad funcional.

Enlaces de interés
Trastorno bipolar | Aspectos generales | Entrevista con el Dr. Eduard Vieta
http://www.oei.es/divulgacioncientifica/?Trastorno-bipolar-Entrevista-con

Trastorno bipolar - Entrevista con el Dr. Eduard Vieta

Twittear

facebook

«Los estigmas sobre el trastorno bipolar se pueden romper a través de la divulgación científica, la información y la educación. Hablando abiertamente de ello, y afrontando la enfermedad con naturalidad. Castigando a quienes discriminan a las personas con enfermedades mentales, y fomentando su integración social»

.....

Profesor Eduard Vieta, Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínic de Barcelona. Profesor titular de Psiquiatría de la Universitat de Barcelona.

.....

Entrevista Houda Bakkali

¿Cómo podríamos definir el trastorno bipolar?

El trastorno bipolar es una enfermedad de los mecanismos cerebrales que se ocupan de la regulación del estado de ánimo.

¿Cuántos tipos existen?

Existen 4 tipos: el tipo I, el tipo II, la ciclotimia, y el no especificado. El más común es seguramente este último, pero es también el más difícil de estudiar, ya que no está bien definido y algunas personas que lo padecen no son conscientes de ello.

¿Se trata de una enfermedad crónica?

Sí, en el sentido de que es cíclica y recurrente y precisa tratamiento a largo plazo, pero con un abordaje adecuado muchas personas hacen una vida normal.

¿Cuáles son las principales causas de este trastorno?

Tiene una base genética pero aparece en circunstancias de estrés elevado en las personas predispuestas.

¿Es una enfermedad hereditaria?

Sí, aunque se hereda la predisposición, no la enfermedad.

¿Es más común en mujeres o en hombres?

Más o menos por igual.

¿Existe diferencia en el pronóstico si afecta a una mujer o a un hombre?

No, no existe diferencia.

¿Cuál es la incidencia de trastorno bipolar en España? ¿Y a nivel mundial?

Se calcula en un 2% si contabilizamos únicamente las formas más graves y fáciles de identificar (tipos I y II), pero alcanza el 4% con las formas menos graves y atípicas. Son cifras de Estados Unidos pero se calcula que son parecidas en todo el planeta.

Características de la personalidad como timidez o inseguridad, ¿pueden influir en el desarrollo de esta patología o afectar a su pronóstico?

Hay que distinguir entre rasgos de personalidad y trastornos de la personalidad o patologías concomitantes, como la fobia social, que sí influyen en el pronóstico. La timidez y la inseguridad son rasgos de personalidad y no influyen en la enfermedad ni en su pronóstico

El hecho de haber vivido experiencias traumáticas en la infancia, ¿influye en el trastorno bipolar?

Sin duda puede influir, tanto en la probabilidad de que se manifieste, como en su curso y pronóstico.

Manía VS depresión, ¿cuáles son los síntomas más comunes en en cada caso?

Manía: hiperactividad, locuacidad, euforia, irritabilidad, impaciencia, prodigalidad (gastar dinero y regalarlo), hipersexualidad, agitación, etc.

Depresión: apatía, abatimiento, fatiga, falta de ilusión o motivación, alteraciones del sueño, ansiedad, etc.

¿Cuánto puede durar cada periodo?

Es muy variable. Las fases maníacas pueden durar semanas o meses, aunque con tratamiento se resuelven en cuestión de días. Las fases depresivas son más difíciles, duran meses o incluso años y el tratamiento es más complicado, pero prácticamente siempre se encuentra una solución.

Durante el periodo de eutimia, ¿se puede considerar que el paciente está totalmente curado?

No.

¿Cuánto puede durar este periodo de estabilidad?

Años. A veces toda una vida, pero casi siempre siguiendo tratamiento.

El paso de la euforia a la depresión, ¿siempre tiene factores medioambientales como detonante?

No. Los cambios pueden ser también espontáneos.

¿Qué fase puede tener peores consecuencias, la manía o la depresión?

Desde el punto de vista de adaptación social, la manía es peor, pero la depresión es terrible para los pacientes y más duradera. Los pacientes temen más a la depresión, las familias temen más a la manía. Lo mejor es estar eutímico, asumiendo la enfermedad, y previniendo sus consecuencias.

¿Qué diferencia la manía de la hipomanía?

La gravedad o intensidad de los síntomas. La manía es más grave.

¿Cómo se diferencia la depresión provocada por el trastorno bipolar de una depresión común?

No es nada fácil. El indicio más importante es la historia previa de episodios maníacos o hipomaníacos, pero hay otros: la historia familiar de trastorno bipolar, los síntomas atípicos (hipersomnia, hiperfagia), la inhibición psicomotriz, la eventual presencia de síntomas psicóticos, la edad...

¿Qué es el cuestionario MDQ?

Una serie de preguntas a las cuales responde el paciente por escrito que permiten establecer la sospecha de un posible trastorno bipolar, que luego hay que confirmar a través de una entrevista personal en profundidad.

¿A qué edad es más frecuente que se manifieste el trastorno bipolar?

A todas las edades pero preferntemente hacia los 20 años.

¿Es posible que las crisis se presenten a una edad más avanzada (a los 50 o 60 años)?

Sí, es posible.

¿Cuáles son las características que definen el trastorno bipolar en esta fase de la vida?

Hay que asegurarse de que no vaya acompañado de una enfermedad orgánica. A esa edad generalmente predominan las fases depresivas.

Por lo general, con la edad, ¿se agravan o disminuyen las crisis? ¿Es mejor o peor el pronóstico?

En las edades extremas el pronóstico es peor (inicio muy precoz o muy tardío), pero cada caso es distinto. La tendencia más general es que la enfermedad tiende a acelerarse, con períodos cada vez más cortos de remisión o eutimia, hasta que a cierta edad las crisis vuelven a espaciarse. Un tratamiento adecuado lo cambia todo.

Cuando el trastorno bipolar se manifiesta en esta etapa (a partir de los 50 años), ¿puede relacionarse la enfermedad con otros problemas neurológicos, o con problemas de tiroides?

Sí, muchas veces, pero no siempre.

¿Qué otras patologías pueden coexistir con el trastorno bipolar?

Físicas: diabetes, hipertensión, hipotiroidismo, etc.
Psiquiátricas: trastorno s de ansiedad, adicciones, trastornos de la personalidad, etc.

¿Puede el trastorno bipolar ser factor causal de otros trastornos psicológicos?

Los trastornos psicológicos son multifactoriales.

En fase de manía, ¿son más frecuentes los enamoramientos intensos?

Sí, sin duda.

¿Se pueden tener ideas obsesivas con personas recién conocidas?

Sí, se pueden tener.

Se dice que los enfermos bipolares mienten más, ¿es esto cierto?

Las fases maníacas e hipomaníacas son proclives a las fantasías. Algunos pacientes mienten sobre sus circunstancias personales, incluso cuando están bien, paar evitar el estigma social (ocultar que están sin trabajo o separados, etc.).

Y en relación con la promiscuidad, ¿es común en estos pacientes?

La manía se acompaña en ocasiones de hipersexualidad, de aumento de la sociabilidad, y de desprecio del riesgo. Eso hace a algunos pacientes más proclives a conductas promiscuas y sexuales de riesgo.

¿Cómo afecta el trastorno bipolar a la sexualidad?

Aumenta en la manía, disminuye en la depresión.

¿El paciente recuerda las acciones que ha desarrollado en la fase maníaca una vez pasado este periodo?

Generalmente sí.

¿Cómo puede afectar el trastorno bipolar a la salud física del paciente?

Puede afectar mucho ya que hace a la persona más proclive a enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes, el tabaquismo, la obesidad, etc.

Desde el punto de vista diagnóstico, ¿cuáles son las principales dificultades a las que se enfrentan los especialistas?

En las fases depresivas los pacientes son confundidos con pacientes depresivos comunes. En las fases maníacas son confundidos con pacientes esquizofrénicos, sobre todo cuando aparecen síntomas psicóticos; en las fases de remisión, se les etiqueta con frecuencia de trastorno de personalidad al reconstruir su historia previa. Todo ello puede llevar a tratamientos inadecuados.

¿Cómo puede una persona sospechar que padece trastorno bipolar?

Si tiene cambios de humor exagerados, con etapas de falta total de energía, y períodos de cierta hiperactividad.

Por lo general, ¿cuál suele ser la reacción del paciente respecto a su enfermedad?

Le cuesta aceptarla.

¿Qué signos deben alertar a la familia?

Falta de sueño, hiperactividad, enclaustramiento, gastos desaforados, etc.

Desde el punto de vista terapéutico, ¿con qué medidas contamos hoy en día?

Hay fármacos muy eficaces e intervenciones psicológicas que los complementan.

¿En qué medida los pacientes suelen abandonar el tratamiento?

Hasta un 40% toma mal el tratamiento y prácticamente todos los pacientes sienten alguna vez la tentación de dejarlo, especialmente cuando ya están recuperados.

En el abordaje del trastorno bipolar, ¿qué retos quedan por conseguir?

La prevención primaria, la recuperación funcional completa, la comprensión precisa de sus causas y su tratamiento curativo.

A familiares y amigos de pacientes con trastorno bipolar, ¿qué consejos les daría?

Vayan a un especialista, o mejor a un equipo de especialistas, y sigan sus consejos. Con el tratamiento adecuado, en muchos casos es posible llevar una vida normal.

¿Cómo romper con los estigmas que sigue habiendo respecto a este trastorno?

Los estigmas sobre el trastorno bipolar se pueden romper a través de la divulgación científica, la información y la educación. Hablando abiertamente de ello, y afrontando la enfermedad con naturalidad. Castigando a quienes discriminan a las personas con enfermedades mentales, y fomentando su integración social.

Enlaces de interés

Centro de Investigación Biomédica en Red en el Área de Salud Mental (CIBERSAM)

¿Qué es el trastorno bipolar?. Dr. Eduard Vieta; Dr. Francesc Colom; Dra. Anabel Martinez-Aran

Manual de Psicoeducación para el Trastorno Bipolar. Dr. Eduard Vieta; Dr. Francesc Colom

grupo cts
LABJOR
CSIC Consejo Superior de Investigaciones Científicas
OEI
Junta de Andalucía Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo
sinc La ciencia es noticia
Agencia CyTA
Investigación y Desarrollo ID

Trastorno esquizoafectivo | Dra Rosa Catalán Campos

Twittear

facebook

Entrevista HBakkali
Dra. Rosa Catalán Campos, Coordinadora de Calidad y Seguridad Clínica del Instituto de Neurociencias del Hospital Clínic de Barcelona. Profesora Asociada de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona.

¿En qué consiste el trastorno esquizoafectivo?

Se caracteriza por la combinación de síntomas psicóticos y síntomas episódicos depresivos, maniacos, y/o de tipo mixto. Esta concurrencia de síntomas afectivos y esquizofrénicos en la presentación clínica es vista por algunos expertos como

1. el reflejo de la co-presencia de los dos trastornos psicopatológicos (esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo)
2. es una variante clínica de la esquizofrenia donde los síntomas afectivos son prominentes
3. se ubicaría dentro de los trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos que persistirían con una gravedad y duración variable.

En resumen, hay una falta de consenso sobre el marco diagnostico en el que situamos esta patología

Su definición vendrá determinada por el sistema diagnostico utilizado, y como comentábamos con anterioridad hay diferentes enfoques nosológicos que inducen una baja fiabilidad con una pobre estabilidad diagnostica a largo plazo y con ello una validación cuestionable del diagnóstico en si

En el DSMV se ha realizado un esfuerzo para mejorar la fiabilidad de esta condición al proponer criterios específicos, y el concepto de trastorno esquizoafectivo evoluciona de un diagnostico que se apoya principalmente en el análisis del el episodio índex a la evaluación de todo el curso evolutivo del trastorno.

¿Cuántos tipos hay? ¿Cuál es el más común?

Según los criterios ICD los subtipos serán: maniaco, depresivo, tipo mixto o inespecífico. En el DSMV, el tipo bipolar o depresivo. El subtipo más frecuente sería el tipo bipolar.

¿Cuáles son sus principales manifestaciones?

Según el estudio de Benabarre y cols (2001) la forma más frecuente de inicio de los pacientes esquizoafectivos fue la sintomatología psicótica pura (56%) seguida de manía (29%) y depresión psicótica (15%)

¿Por qué se produce este trastorno?

La importancia de los factores hereditarios en la etiología del trastorno esquizoafectivo ha sido evidenciada en estudios familiares de adopción y de gemelos. Asimismo, existen evidencias clínicas y experimentales que avalan que las enfermedades mentales (entre ellas, el trastorno esquizoafectivo) son enfermedades de la neurotransmisión. Esta afectación de la neurotransmisión central va acompañada de alteraciones neuroendocrinas, neuroquímicas y neuroanatómicas si bien la función exacta de los neurotransmisores en la etipopatogenia del trastorno está en continuo debate.

También los resultados obtenidos al utilizar técnicas neuroradiológicas han demostrado la presencia de alteraciones neuroestructurles (p.ej. atrofia en del lóbulo temporal medial), neurodinamicos (p.ej. disminución del metabolismo prefrontal), o alteraciones de los procesos neuroquímicos. Sin embargo, por el momento no se ha encontrado una alteración exclusiva (y explicativa) asociada al trastorno esquizoafectivo.

¿Afectan los factores medioambientales a esta dolencia? ¿El estrés? ¿Haber vivido situaciones traumáticas en la infancia?

En la actualidad, gracias a los estudios epidemiológicos y clínicos es posible sostener que factores socioambientales participan en la etiopatogenia del trastorno. Existen datos en la bibliografía que concluyen que los pacientes esquizoafectivos presentan mayor tasa de acontecimientos traumáticos (44% vs 25%; p=0.025) que los pacientes bipolares, y esto era debido a un mayor porcentaje de abuso físico, durante la infancia, en esta población.

¿A qué edad es más común que se manifieste?

Según la bibliografía, la edad media de inicio del trastorno es aproximadamente a los 22 años.

¿Presenta peor pronóstico si se manifiesta a edades más tempranas?

Faltan estudios centrados en esta población para contestar esta pregunta. Pero si extrapolamos los resultados encontrados en la población afecta de esquizofrenia, podemos afirmar que el inicio del trastorno en edad infantojuvenil presenta un pronóstico más tórpido.

¿Cuánto pueden duran los episodios?

La duración es altamente variable entre los pacientes. Podría oscilar entre varios meses a más de dos años en el 20 % de la población afecta.

¿Se trata de un dolencia de carácter crónico?

Si, es poco frecuente (<15% de los casos) que el paciente solo sufra un episodio único.

¿Con qué herramientas se cuenta para su diagnóstico?

El diagnóstico sigue siendo clínico y en base a criterios operativos de los síntomas psicopatológicos recogidos en los diferentes sistemas clasificatorios. Dado que no hay un marcador biológico discriminatorio entre los sujetos esquizoafectivos, esquizofrénico ni bipolares que sea validador del diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo.

¿Qué aspectos pueden dificultar el diagnóstico?

En la práctica clínica existe una aplicación excesiva del diagnóstico sin la utilización de una entrevista semiestructurada que contenga un amplio listado de síntomas para evaluar la adherencia a los criterios operativos necesarios para el diagnóstico. Ello provoca un diagnóstico poco fiable y mal definido, limitando validez diagnostica y su utilidad clínica e investigadora. Igualmente, los datos de la bibliografía apuntan a que el trastorno esquizoafectivo presenta una pobre estabilidad del diagnóstico a largo plazo.

¿Cómo afecta el trastorno esquizoafectivo a la calidad de vida del paciente y de su entorno?

Además de la presencia de síntomas psicóticos y afectivos que pueden persistir a largo plazo, se suma un exceso de morbimortalidad debido a altas tasas de conducta suicida, mayor riesgo de comorbilidad psiquiátrica (abuso y dependencia de tóxicos) e incremento de comorbilidad médica (p.ej, incremento de prevalencia de Sd metabólico). Sin olvidarnos que estas personas pueden tener menor acceso a los cuidados sanitarios Todos los aspectos comentados pueden limitar a la persona en su día a día y, con ello, disminuir la percepción de su calidad de vida.

¿Hasta qué punto puede llegar a ser una dolencia limitante?

En la psicosis existe un nivel de funcionamiento psicosocial muy deficiente con altas tasas de desempleo, índice de pobreza elevado, ausencia de relaciones sociales que provoca un sufrimiento para familiares y cuidadores.

¿Qué diferencia el trastorno esquizoafectivo del trastorno bipolar?

Cuando los síntomas psicóticos ocurren exclusivamente durante un episodio afectivo el diagnostico apropiado es de trastorno afectivo con síntomas psicóticos.

¿Y de la esquizofrenia?

Cuando el paciente presenta sintomatología psicótica sin síntomas afectivos predominantes, durante al menos 15 días, el diagnóstico debe ser de trastorno esquizoafectivo o esquizofrenia. Donde la presencia de abulia, disminución de le expresión emocional, deterioro cognitivo y un pronóstico más tórpido estarían asociadas a esquizofrenia.

¿Es posible la prevención del trastorno esquizoafectivo?

Si. Los ensayos clínicos controlados han demostrado que los fármacos antipsicóticos de segunda generación (olanzapina, risperidona, ziprasidona, aripiprazol o paliperdona) comparados con placebo son eficaces para controlar la sintomatología y prevenir la recaída clínica.

Es frecuente en la práctica clínica utilizar estabilizadores del humor como el litio o anticonvulsionantes en el subtipo bipolar; o antidepresivos en el subtipo depresivo. Sin embargo, faltan ensayos clínicos controlados con placebo o con comparador activo para determinar su grado de eficacia clínica a más largo plazo.

¿Cuáles son las medidas terapéuticas se cuenta hoy en día?

Como comentábamos con anterioridad, los fármacos de primera elección son los antipsicoticos de segunda generación, en especial, olanzapina, risperidona,ziprasidona, aripiprazol o paliperdona que son eficaces en monoterapia en el 22% de los casos. Seguido de la combinación de antipsicoticos y estabilizadores del humor (20%); antipsicoticoticos mas antidepresivos (19%) y la combinación de las tres familias de psicofármacos comentadas en el 18% de los caos. Desde la perspectiva más psicológica y extrapolando de los resultados hallados en esquizofrenia, se propone en la mayoría de guías de práctica clínica, tales como la PORT o Nice y en base a diferentes estudios meta-analíticos que proporcionan datos convincentes que apoyan la implementación de una variedad de intervenciones psicosociales, incluyendo rehabilitación cognitiva,terapia cogntiivo -conductual, entrenamiento en habilidades sociales, terapia familiar, empleo protegido , en los programas de rehabilitación psicosocial para personas diagnosticadas de esquizofrenia.

¿Cuál es el pronóstico actualmente?

El pronóstico clínico ha mejorado actualmente, en especial evitando la recaídas/recurrencia o cronicidad del trastorno.

¿Qué aspectos pueden complicar el pronóstico de este trastorno?

En no realizar el diagnóstico a tiempo y como consecuencia, retrasar el inicio de tratamiento especializado, la falta de adherencia al plan terapéutico aconsejado, el abuso y dependencia de sustancias, estresores ambientales frecuentes y a largo plazo y un bajo soporte sociofamiliar.

Desde el entorno familiar, ¿cómo se puede ayudar al paciente?

En el plan terapéutico integral del paciente esquizoafectivo debe estar incluida la terapia y la psicoeducacion familiar. Con la psicoeducacion familiar se facilita la compresión del trastorno y asegura una mayor adherencia terapéutica, además de una identificación rápida de síntomas prodrómicos de recaída. Con la terapia familiar se informa a los familiares sobre el manejo de las conductas de hostilidad/agresividad, como se disminuye la expresividad emocional y con ello como se puede gestionar la interacción y resolución de problemas entre los diversos miembros de la familia evitando de esa forma, el aislamiento y la posterior marginación.

grupo cts
LABJOR
CSIC Consejo Superior de Investigaciones Científicas
OEI
Junta de Andalucía Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo
sinc La ciencia es noticia
Agencia CyTA
Investigación y Desarrollo ID
asenmac

Dr. Javier de Santiago: "En teoría, la vasectomía es un método 100% eficaz e irreversible"

Twittear
facebook

Anticoncepción masculina
Entrevista realizada por HBakkali
«En los últimos años se trabajó e investigó en anticoncepción hormonal masculina sin que el grado de eficacia y tolerabilidad haya llevado a su implementación»
«La tasa de recanalizaciones en manos expertas es alta, pero la de embarazos se sitúa en torno al 50% según los estudios publicados»
«La vasectomía, en principio, debe considerarse como irreversible y utilizarse en varones que hayan cumplido sus deseos reproductivos»

.....

Hombres y métodos anticonceptivos, ¿cuáles son los más comunes?

El preservativo y la vasectomía.

¿En que consiste la vasectomía?

Consiste en la ligadura de los conductos que transportan los espermatozoides desde el testículo hasta su expulsión durante la eyaculación (conductos deferentes).

¿A qué edad es más común que se opte por este método?

Se trata de un método irreversible, por lo que se opta por él cuando ya no se desean más hijos. No hay una edad específica.

Antes de que un hombre se someta a este método, ¿cuáles suelen ser las dudas más frecuentes que traslada al especialista?

Si puede afectar a su líbido o a su potencia sexual.

¿Qué cuidados requiere el paciente antes de la intervención?

Se trata de una intervención de bajo riesgo y segura. Se realiza con anestesia local.

¿Qué cuidados debe tener el paciente después de la intervención?

Se recomienda reposo relativo al menos 24 horas para disminuir la inflamación. Las dos primeras semanas no se recomienda hacer ejercicio ni levantar peso. Después de la operación se recomienda utilizar slip para recoger mejor los testículos y evitar que estos cuelguen. Generalmente, se prescribe un analgésico para evitar dolor.
¿Cuáles pueden ser los principales efectos secundarios tras someterse a una vasectomía?

Dolor e inflamación.

Tras la operación, ¿cuánto tiempo debe pasar hasta poder mantener relaciones sexuales sin riesgo de embarazo?

El médico que la realiza recomendará el control posterior mediante seminograma. Dos o tres meses después. Hasta tener el resultado de este debería utilizarse otro método.

Como método anticonceptivo, ¿es eficaz al 100%?

En teoría, la vasectomía es un método 100% eficaz e irreversible. Sin embargo pueden producirse fallos ocasionales relacionados con la técnica o con la no utilización de protección hasta constatar el éxito de la misma.

¿Puede este proceso afectar la capacidad de erección del hombre?

No.

¿Y derivar en alguna complicación para su salud sexual?

No.

¿Es la vasectomía un procedimiento reversible?

La vasectomía, en principio, debe considerarse como irreversible y utilizarse en varones que hayan cumplido sus deseos reproductivos. En caso de que después se cambie de opinión puede intentarse la recanalización de los conductos o pueden lograrse espermatozoides mediante punción o biopsia testicular.

¿Qué es la vaso-vasostomía?

La recanalización de los conductos deferentes mediante técnicas microquirúrgicas.

¿En qué consiste el proceso? ¿Se trata de una intervención compleja?

En volver a unir y permeabilizar los conductos con cirugía después de haber realizado una vasectomía. El resultado requiere un cirujano con experiencia en estas técnicas y es mejor si ha transcurrido poco tiempo desde la vasectomía.

¿Es común esta intervención?

No, muy infrecuente.

¿Es realmente una técnica eficaz?

La tasa de recanalizaciones en manos expertas es alta, pero la de embarazos se sitúa en torno al 50% según los estudios publicados.

¿Qué principales efectos secundarios puede tener?

En principio, los relacionados con una intervención quirúrgica.

¿Puede afectar a su capacidad sexual?

No.

En lo referente a investigación en materia anticoncepción masculina, ¿cuáles son los últimos avances? ¿En qué se está trabajando actualmente?

En principio, los avances son pocos, en los últimos años se trabajó e investigó en anticoncepción hormonal masculina sin que el grado de eficacia y tolerabilidad haya llevado a su implementación.

Dr. Javier De Santiago, jefe de Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

Más sobre anticoncepción

La píldora anticonceptiva, riesgos y beneficios
Anticoncepción durante la adolescencia

FECYT
FUNDACIÓN ESPAÑOLA PARA LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA
CSIC
LABJOR

Inicio

El Dr. Aureli Torné habla sobre el cáncer de vulva

Me gusta 2 G+ Twittear Pinterest 0 Tumblr

El Dr. Aureli Torné Bladé

El **Dr. Aureli Torné Bladé**, presidente electo de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia, es uno de los representantes de mayor prestigio del panorama médico actual. Su dilatada trayectoria profesional y académica constituye un referente imprescindibles a la hora de abordar aquellos temas relacionados con la ginecología oncológica. El Dr. Torné, profesor asociado de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de Universidad de Barcelona y consultor de Ginecología Oncológica del Hospital Clínic de Barcelona.

H. Bakkali

Página anterior

Vídeo: Las últimas palabras de un niño con cáncer a su

Descubre enfemenino...

Sencillas y saludables: 30 cenas que te ayudarán a adelgazar

¿Oler la comida engorda? Un estudio demuestra que sí

Comida zen: 10 alimentos para reducir el estrés

Test: ¿cuál es tu dieta ideal?

El cáncer en la menopausia

Me gusta 1 G+ Twittear Pinterest 0 Tumblr

Prevención durante la menopausia

Durante los periodos de la perimenopausia y menopausia, los cambios psicofisológicos que puede experimentar la mujer, hacen necesaria una revisión especializada que contribuya no sólo a una mejora en la calidad de vida, sino que ayude a la prevención y detección precoz de los cánceres ginecológicos más frecuentes en estas etapas.

El Dr. **Mair Abehsera Bensabat,** durante años Presidente de la Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia, ex jefe de la Unidad de Ginecología del Hospital Carlos Haya de Málaga y experto en oncología ginecológica, responde a algunos de los interrogantes que plantea este tema.

H.Bakkali

Fuente: DivulgaUNED.es

Puede interesarte...

Antes de la menopausia: la premenopausia
Adiós al dolor premenstrual y de la menopausia

Descubre enfemenino...

10 claves para mantener una alimentación saludable durante las vacaciones

Sabemos qué música prefieren los cirujanos para operar (y no es la que crees)

Dieta de la piña: lo que puedes esperar de este plan para adelgazar

¿Sabes qué elegir en un restaurante cuando estás a dieta?

Cáncer en el embarazo

Me gusta 1 G+ Twittear Pinterest 0 Tumblr

Entrevista al experto

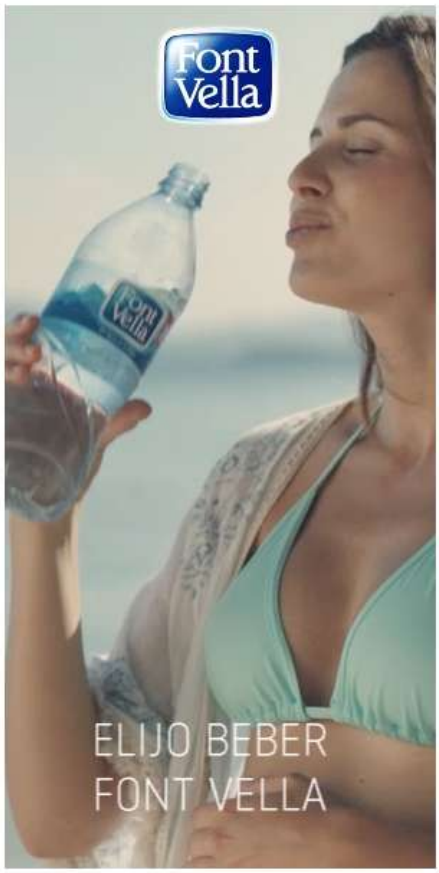
El cáncer durante el periodo de gestación supone uno de los retos más complejos para un facultativo, tanto desde el punto de vista médico como desde el punto de vista moral.

El doctor **Alberto Reche Rosado**, jefe de la unidad de ginecología y obstetricia del Hospital Carlos Haya de Málaga, responsable de la unidad de reproducción humana del Hospital Materno Infantil y experto en el campo de la bioética y de la comunicación médica, responde a algunos de los interrogantes que se plantean en el abordaje de esta patología.

H.Bakkali

Fuente: DivulgaUNED.es

Página siguiente ▶



Descubre enfemenino...

10 claves para mantener una alimentación saludable durante las vacaciones

Sabemos qué música prefieren los cirujanos para operar (y no es la que crees)

Dieta de la piña: lo que puedes esperar de este plan para adelgazar

¿Sabes qué elegir en un restaurante cuando estás a dieta?

Vacunarse reduce el cáncer de cuello de útero

Me gusta 26 G+ Twittear Pinterest 0 Tumblr

"La vacuna del VPH pretende reducir la infección del mismo y sus consecuencias"

La infección por algunos tipos de Virus del Papiloma Humano (VPH) es una de las causas directas del cáncer de cérvix, uno de los tumores de mayor incidencia en la mujer. La vacuna del VPH, es una de las medidas más eficaces tanto para la prevención de este cáncer como de otros relacionados con el papiloma virus. **El Dr. José María Bayas Rodríguez**, Presidente de la Asociación Española de Vacunología y responsable del Centro de Vacunación de Adultos, Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología del Hospital Clínic de Barcelona nos ha aclarado algunas cuestiones fundamentales sobre esta vacuna.

¿En qué consiste la vacuna del VPH (Virus del Papiloma Humano)?
Es una vacuna que pretende reducir la infección del VPH y sus consecuencias, como el cáncer de

Descubre enfemenino...

¿Oler la comida engorda? Un estudio demuestra que sí

Comida zen: 10 alimentos para reducir el estrés

Test: ¿cuál es tu dieta ideal?

Las calorías del alcohol: ¿qué bebidas

a la hora de tratar las Enfermedades de Transmisión Sexual. Pese a que actualmente la mayoría de éstas tienen tratamiento, la ausencia de sintomatología en algunas supone uno de los mayores inconvenientes a la hora de su detección.

El Dr. Sergio Luna Ordóñez, experto en oncología ginecológica del Hospital Carlos Haya y del Centro Gutenberg de Málaga, responde a algunas de las interrogantes que se plantean sobre estas enfermedades y a su posible asociación a cánceres ginecológicos.

Todo sobre las ETS o enfermedades de transmisión sexual

H.Bakkali

Fuente: DivulgaUNED.es

cáncer

Me gusta 8 G+ Twittear Pinterest 0 Tumblr

¿Quién es?

Emilio Alba, nuevo presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), es uno de los referentes de mayor peso y prestigio dentro del panorama facultativo actual.

Con una carrera brillante a sus espaldas, Alba compagina su labor como jefe del servicio de oncología médica del Hospital Clínico Universitario de Málaga y su responsabilidad al frente del área de oncológica del Hospital Internacional Xanit de Benalmádena, con su tarea como agente activo en la labor de educación, **investigación y comunicación sobre cáncer**.

Emilio Alba muestra durante la entrevista un especial interés por la labor de los medios como divulgadores de la ciencia.

H.Bakkali

Fuente: DivulgaUNED.es

Descubre enfemenino...

Dieta de la piña: lo que puedes esperar de este plan para adelgazar

¿Sabes qué elegir en un restaurante cuando estás a dieta?

Las dietas detox a examen: ¿funcionan realmente?

9 consejos para mejorar la dieta de una deportista

Además...

Doctor Gatell: "El sexo sin protección es la causa de cerca del 98% de los casos de VIH"

Me gusta 15 G+ Twittear Pinterest 0 Tumblr

Doctor Gatell: "El 95-98% de las transmisiones de VIH son debido a relaciones sexuales no protegidas"

Los avances científicos en la lucha contra el VIH/SIDA resultan cada día más esperanzadores. No obstante, la posibilidad cada vez más cercana de conseguir una vacuna terapéutica no minimiza la necesidad de abordar otros temas tan significativos como acabar con la estigmatización de los pacientes o fomentar una mayor y mejor prevención, ya que se estima que el sexo sin protección es la causa de cerca del 98% de los casos de transmisión de VIH.

El **Dr. José María Gatell**, Jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clinic de Barcelona, Catedrático en Medicina, Co-Director del proyecto HIVACAT y uno de los máximos representantes en investigación de VIH a nivel internacional, contesta algunas de las cuestiones más demandadas sobre VIH/SIDA y sobre la repercusión científica de la nueva vacuna que él y su equipo han presentado recientemente en la revista *Science Translational Medicine*.

En este artículo

Descubre enfemenino...

Sencillas y saludables: 30 cenas que te ayudarán a adelgazar

¿Oler la comida engorda? Un estudio demuestra que sí

Comida zen: 10 alimentos para reducir el estrés

Test: ¿cuál es tu dieta ideal?

Me gusta 0 G+ Twittear Pinterest 0 Tumblr

Cáncer de mama masculino

En cáncer de mama en el hombre es una enfermedad muy poco frecuente. Sin embargo, **puede presentar peor pronóstico que en la mujer debido a su detección tardía**.

El **Dr. Luis Anselmo Martínez Meseguer**, jefe de la Unidad Endocrina y de Mama del Hospital Carlos Haya de Málaga, junto con el equipo de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplantes, representado por la Dra. Marta Ribeiro González, el Dr. Antonio Bayón Muñiz y el Dr. Julio Santoyo Santoyo, responden a las particularidades de esta patología y a la **importancia que supone la información, la prevención y el diagnóstico precoz a la hora abordarla.**

H.Bakkali
Fuente: DivulgaUNED.es

Puede interesarte...

Qué hacer si te detectan un cáncer
Cómo afrontar el cáncer

Descubre enfemenino...

Dieta de la piña: lo que puedes esperar de este plan para adelgazar

¿Sabes qué elegir en un restaurante cuando estás a dieta?

Las dietas detox a examen: ¿funcionan realmente?

9 consejos para mejorar la dieta de una deportista

Además...

Noticias | Trucos y consejos | Vídeos

Beneficios del bimi, la reinvención

Reconstrucción de la mama con células madre

Me gust G+ Twitte Pinterest 0 Tumblr

Entrevista con el experto: Dra. Rosa Pérez Cano

La reconstrucción de mama con células madre es una de las técnicas más esperanzadoras para la regeneración del pecho tras su extirpación por la cirugía.

Una terapia, aún en fase de estudio, que en 2008 fue aplicada a 40 pacientes con extirpación parcial de la mama en Reino Unido, Italia, Bélgica y España, donde el estudio fue llevado a cabo por los especialistas del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, logrando implantar con éxito células madre para la regeneración mamaria de las mujeres que formaron parte del ensayo.

La **Dra. Rosa Pérez Cano**, Jefa de Cirugía Plástica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y profesora asociada de la Universidad Complutense de Madrid, explica **en qué consiste el proceso y cuáles son las ventajas que esta práctica clínica aporta a la paciente.**

H.Bakkali

Fuente: DivulgaUNED.es

Descubre enfemenino...

Sabemos qué música prefieren los cirujanos para operar (y no es la que crees)

Dieta de la piña: lo que puedes esperar de este plan para adelgazar

¿Sabes qué elegir en un restaurante cuando estás a dieta?

Las dietas detox a examen: ¿funcionan realmente?

Entrevista con el Dr. Juan Jesús Cruz, presidente de la SEOM

Tus amigos ya están en enfemenino.com, descubre lo que leen

Entrevista con el Dr. Juan Jesús Cruz, presidente de la SEOM

El cáncer sigue siendo uno de los problemas de salud más importantes de nuestra sociedad. Los avances en investigación, la necesidad de una mayor y mejor información sobre la enfermedad, la creación de comités multidisciplinares o la importancia de desmitificar la palabra "cáncer", son algunos de los aspectos que más urgen a la hora de abordar este tema.

El doctor Juan Jesús Cruz, actual presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), Jefe del Servicio de Oncología del Hospital Clínico de Salamanca y Catedrático de Medicina, responde a algunas de estas cuestiones.

¿Cuál es el origen del cáncer?
El cáncer es una enfermedad genética, es decir, consiste en una alteración de genes que tiene como consecuencia el crecimiento desordenado de las células de un determinado tejido u órgano. Las causas son múltiples y, posiblemente, el origen es multifactorial: desde causas genéticas (se cree que aproximadamente el 10%-15% de los casos tienen un origen genético), causas ambientales (posiblemente las más influyentes: alimentación, contaminación, radiación solar, radiación ionizantes de baja intensidad, tóxicos como el tabaco o el alcohol...) o factores hormonales (cáncer de mama y ovario, etc.), hasta causas infecciosas (virus de la hepatitis, virus del papiloma humano, virus VIH, etc.), entre otras.

¿Cómo se forma un tumor?
El tumor se inicia con una célula que adquiere la capacidad de crecimiento desordenado, es decir, sin control por parte del organismo. En la fase de tumor, las células crecen hasta formar una "masa" de células que conocemos como tumor, con un tamaño, un peso, etc. En esta fase, las células pueden, o bien crecer sin invadir los tejidos circundantes, o infiltrar e invadir estructuras vecinas, según la malignidad del tumor.

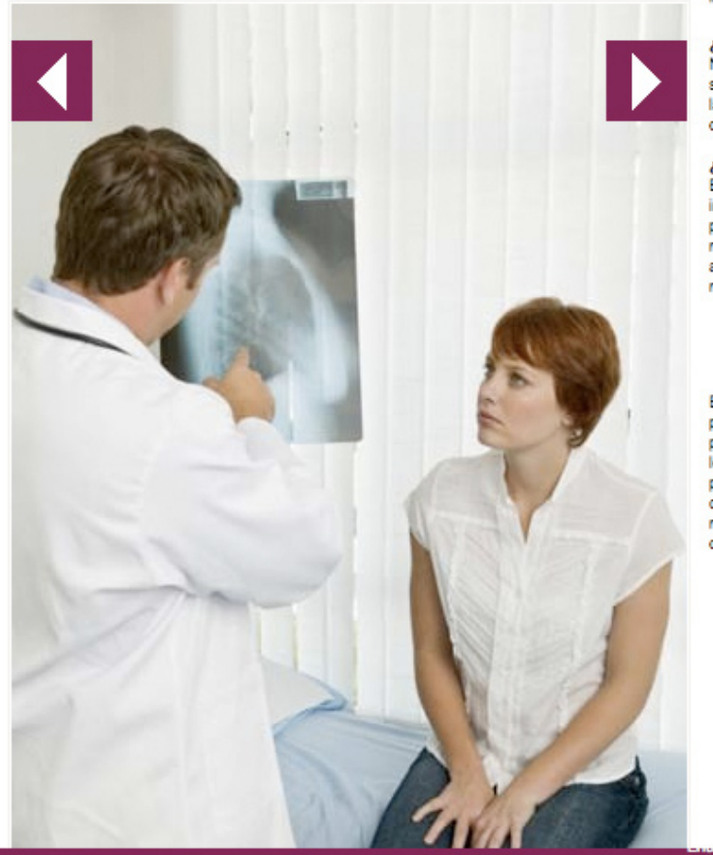
Puede interesarte...

- Todo sobre el cáncer de útero
- Vídeo: métodos de exploración del cáncer de útero

Entrevista con el Dr. Juan Jesús Cruz, presidente de la SEOM

Tus amigos ya están en enfemenino.com, descubre lo que leen

Foto 2/7



"El pronóstico también depende de los tratamientos"

¿Cómo se identifica o se mide esa malignidad del tumor?
Normalmente, los tumores benignos crecen sin infiltrar, los malignos suelen invadir las estructuras vecinas. Cuando las células alcanzan la capacidad para invadir vasos sanguíneos y viajar por la sangre a distancia, hablamos de "cáncer".

¿Por qué unos tumores son de peor pronóstico que otros?
El pronóstico depende de varios factores: de la malignidad intrínseca de las células que lo componen, es decir, las células pueden tener mayor o menor capacidad de división, de invasión o de metastatización. Estas propiedades son genéticas y se van adquiriendo a medida que avanza el tiempo, generalmente por mutación o amplificación, aunque hay otros sistemas.

> *El pronóstico, además, depende del momento en que se detecta el tumor.*

Está claro que cuanto antes se detecte, mejor será el pronóstico, pues habrá menos probabilidades de que haya podido invadir o producir metástasis a distancia. El pronóstico también depende de los tratamientos (hay tumores que responden mejor que otros), de la persona en la que acontece (mejor en gente joven, entre otras cosas porque pueden afrontar mejor los tratamiento), del primer médico que atiende al paciente (en la rapidez para sospecharlo y dirigirlo al cirujano o al oncólogo), etc.

enfemenino.com
En forma

ENFEMENINO.TV | BELLEZA | MODA | NOVIAS | LUJO | MATERNIDAD | EN FORMA | PAREJA | MUJER DE HOY | PSICO & TESTS | ELLOS | DECORA

Foro | Álbum | Blogs | Mi espacio | Videos | Mensajes | Club

Inicio > En forma > Salud y Bienestar

Entrevista con el Dr. Juan Jesús Cruz, presidente de la SEOM

Tus amigos ya están en enfemenino.com, descubre lo que leen

Tweet

Foto 3/7

"En términos generales, muchos pacientes (en torno al 60%) se curan al 100%"

Cuando un paciente se cura, ¿lo hace al 100% o continúa siendo un enfermo crónico?
Decimos que un paciente está curado cuando "muere de otra cosa muchos años después". Esto, aunque puede sonar a perogrullo, es cierto: hay tumores para los cuales 5 años (límite de la larga supervivencia), es mucho tiempo y se pueden considerar "curados". Otros, en cambio, como el cáncer de mama o la Enfermedad de Hodgkin, pueden provocar recaídas incluso pasados 20 años. Pero, en términos generales, muchos pacientes (en torno al 60%) se curan al 100%, es decir, no vuelve a manifestarse la enfermedad el resto de la vida del enfermo. En otros casos, podemos hablar de largos supervivientes (más de 5 años) mientras que hay quiénes sobreviven con la enfermedad mucho tiempo: son los enfermos crónicos.

La metástasis es la causa del 90% de las muertes por cáncer, ¿cómo es su mecanismo? ¿Por qué se produce metástasis?
La metástasis es la localización de las células que componen un tumor a distancia. Se forma cuando las células, a través de la adquisición de mutaciones en el genoma, adquieren la capacidad de invadir los capilares sanguíneos y, por tanto, de viajar por el torrente sanguíneo (o linfático) y alcanzar órganos a distancia. Además, tienen que poder colonizar el órgano diana y crecer dando lugar a una nueva colonia (cancerosa) lejos del tumor original.

¿Es posible controlar un tumor metastásico?
Es posible, sobre todo con los nuevos medicamentos con los que contamos hoy en día. Muchos de los nuevos fármacos son anticuerpos monoclonales que actúan a través de moléculas en la superficie de la célula tumoral y otros son inhibidores de señales intracelulares, es decir, pequeñas moléculas que actúan por dentro de la célula. En definitiva, unos y otros lo que hacen es disminuir las señales que actúan sobre el núcleo de la célula y que mandan a dicha célula proliferar y resistir. La inhibición de estas señales conduce a que esas células, aunque no mueran, se puedan mantener con crecimiento "cero", o mínimo, incluso durante años.

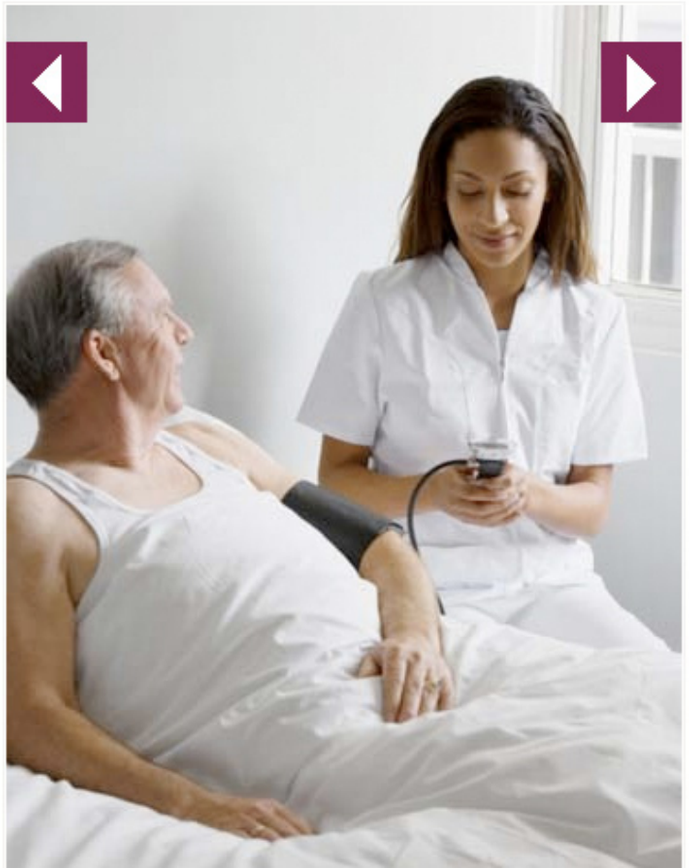
enfemenino.com
En forma

Recíbelo en casa
SIN GASTOS DE ENVÍO
¡Haz click aquí!
por sólo 14,90€
VER VÍ

Entrevista con el Dr. Juan Jesús Cruz, presidente de la SEOM

Tus amigos ya están en enfemenino.com, descubre lo que leen

Foto 4/7



"Cada año se diagnostican unos 200.000 casos nuevos de cáncer en España"

¿La agresividad de la metástasis es igual en todos los tipos de cáncer?
Hay metástasis que son muchos más agresivas que otras, incluso dentro del mismo órgano. Y según el órgano donde se asientan, el pronóstico es diferente. Por ejemplo, no es lo mismo una metástasis de un cáncer de mama que ocurra en el cerebro que una que se produzca en el hueso. La primera tiene mucho peor pronóstico. Y las metástasis en el hígado, por ejemplo, si se producen por un cáncer de pulmón, tienen peor pronóstico que si las produce un tumor neuroendocrino de páncreas.

¿Cuál es la incidencia del cáncer en España actualmente? ¿En qué tumores se está ganando la batalla? ¿Cuáles son los que presentan peores pronósticos?
Cada año se diagnostican unos 200.000 casos nuevos de cáncer en España. La batalla se está ganando en el cáncer de mama, los linfomas y leucemias, tiroides, tumores germinales y otros más. Los de peor pronóstico son el de pulmón (el cáncer que mayor mortalidad provoca de todos) y el de páncreas (aunque menos frecuente, pero con alta tasa de mortalidad). Otros tumores de mal pronóstico son los glioblastomas cerebrales, y el de esófago e hipofaringe, entre otros.

¿Qué factores ambientales y laborales pueden constituir riesgo de cáncer?
Factores ambientales: tabaco, alimentación, alcohol, contaminación, radiación solar, radiación electromagnética, tratamientos hormonales sustitutivos en la menopausia, etc. Factores laborales: exposición a asbesto, al polvo de la madera, exposición solar excesiva, minería, plantas petroquímicas, colorantes, etc.

enfemenino.com
En forma

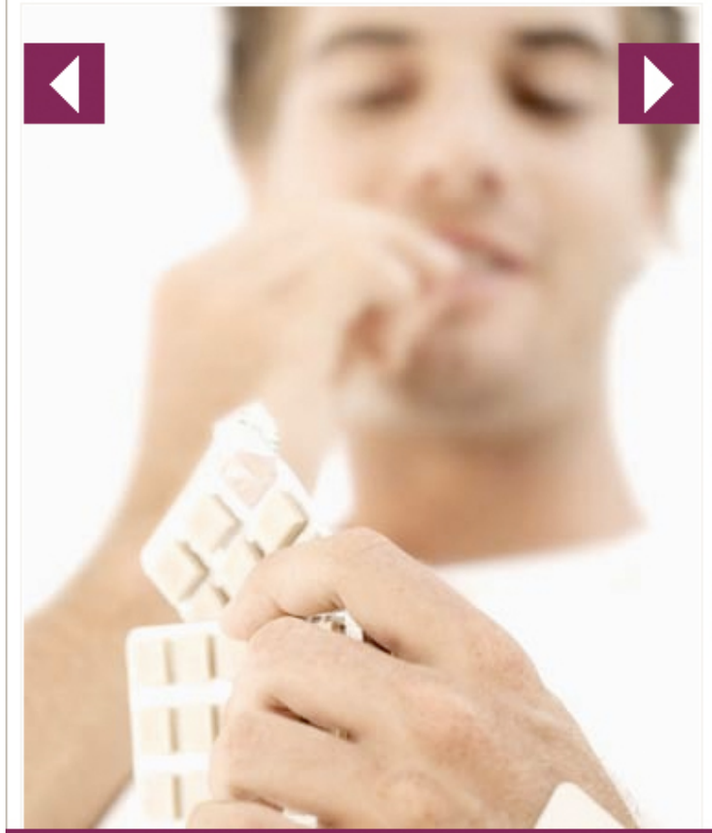
'Por la compra de 3'
Dixan Micolor Perlan Vernel Neutrex

Entrevista con el Dr. Juan Jesús Cruz, presidente de la SEOM

Tus amigos ya están en enfemenino.com, descubre lo que leen

+1 0 Tweet

Foto 5/7



"Muchos cánceres no tendrían lugar, o aparecerían mucho más tarde, si se llevaran a cabo campañas de prevención"

¿Cuál es la actual línea de investigación farmacológica?
La investigación farmacológica va dirigida contra nuevas dianas moleculares. Hay dos grandes grupos. Por un lado, los anticuerpos monoclonales, que actúan sobre moléculas en la superficie externa de las células tumores, o indirectamente a través del sistema inmunitario del individuo. Por otro lado, los inhibidores de señales intracelulares, entre los que se encuentran los inhibidores de tirosin-kinasa y mTOR, muchos de ellos antiangiogénicos también, es decir, que luchan contra los vasos sanguíneos, que son, precisamente, los que nutren y oxigenan a las células cancerosas.

¿En qué medida el cáncer se puede prevenir?
Las medidas de prevención son muy importantes y muchos de ellos no tendrían lugar, o aparecerían mucho más tarde, si se llevaran a cabo campañas de prevención. Dentro de la prevención primaria (evitar su aparición), los hábitos de vida saludable (dieta sana y equilibrada con abundantes frutas, verduras, escasas grasas, carnes rojas con bajo consumo de alcohol, sal y salazones/latas), el ejercicio físico regular, y evitar el tabaco o el sol en exceso, son los más importantes.

> *En cuanto a la prevención secundaria, el diagnóstico precoz es la clave: diagnosticarlo cuanto antes para mejorar las expectativas.*

Se aconseja la mamografía anual o cada dos años a partir de los 45 años en la mujer hasta los 70 años, la autoexploración mamaria, y el PSA y tacto rectal en los varones a partir de los 50 años.

¿Sabes lo que compras?
Entrevista con el Dr. Juan Jesús Cruz, presidente de la SEOM

enfemenino.com
En forma

FRENADOL Ps

Entrevista con el Dr. Juan Jesús Cruz, presidente de la SEOM

Tus amigos ya están en enfemenino.com, descubre lo que leen

Like 0 +1 0 Tweet 0

"Afortunadamente, cada vez más casos se curan o son largos supervivientes"

Además de estas revisiones, ¿cuándo debemos acudir al médico?
Hay que advertir a la población que acudan a su médico de cabecera ante algún signo de alarma: un bulto o nódulo en cualquier parte (mama, testículo, axila, cuello...), una ronquera que dura más de 2 semanas, un lunar que pique, crezca o cambie de color, fatiga, sangrado por cualquier parte no justificado, cambios en el hábito intestinal, pérdida de peso no justificada, etc.

¿Qué visión considera que tiene la sociedad hoy en día de la palabra cáncer?
Hoy en día, la población ha cambiado un poco el significado y no está en la mente de todos la ecuación: cáncer = muerte. Afortunadamente, cada vez más casos se curan o son largos supervivientes. Los medios a nuestro alcance son cada vez mejores y en España, en concreto, contamos ya con más de millón y medio de largos supervivientes que son testigos directos de que es posible vivir tras un cáncer.

¿Por qué resulta tan necesario desmitificar el término "cáncer"?
Es preciso desmitificar el término porque ya no es equivalente a muerte, la palabra debe poder emplearse con normalidad, sin tenerle miedo. Se agradece que se hayan abandonado términos como "...falleció tras una larga y penosa enfermedad", y que ahora se hable de cáncer como se habla de infarto, de ictus o de accidente de coche. Las nuevas generaciones tienen que aprender que se puede vivir con cáncer y que muchas personas lo han superado. Que no es ningún tipo de estigma.

¿Sabes lo que compras?
Entrevista con el Dr. Juan Jesús Cruz, presidente de la SEOM

enfemenino.com
En forma

Lea las instrucciones de este Medicamento

ENFEMENINO.TV | BELLEZA | MODA | NOVIAS | LUJO | MATERNIDAD | EN FORMA | PAREJA | MUJER DE HOY | PSICO & TESTS | ELLOS | DECORA

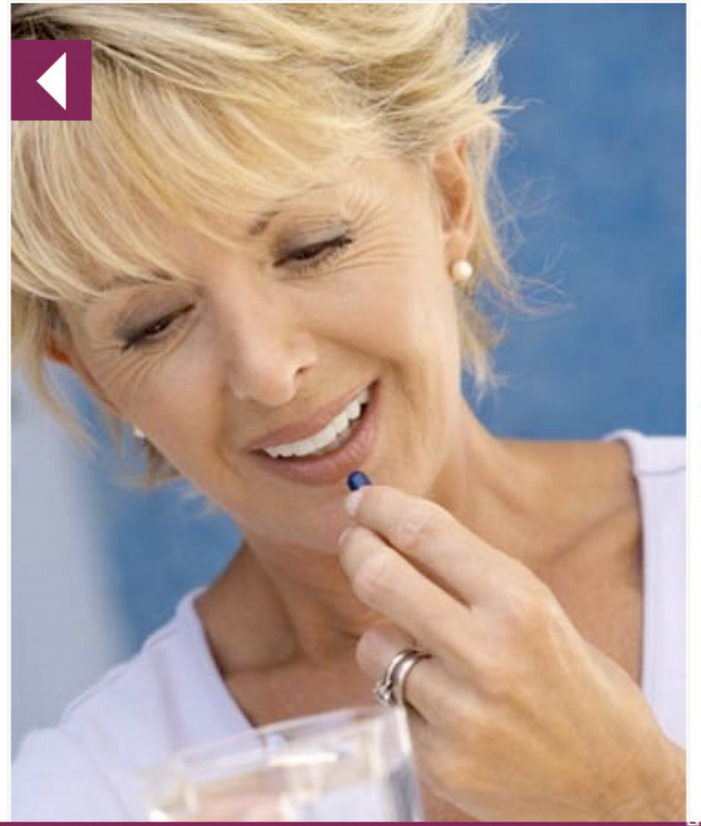
Foro | Álbum | Blogs | Mi espacio | Vídeos | Mensajes | Club

Inicio > En forma > Salud y Bienestar

Entrevista con el Dr. Juan Jesús Cruz, presidente de la SEOM

Tus amigos ya están en enfemenino.com, descubre lo que leen

Like 0 +1 0 Tweet 0



"El reto es ir desplazando la quimioterapia por los nuevos fármacos, o combinaciones de éstos"

¿Cuál considera que ha sido el cambio más importante en oncología en los últimos 10 - 15 años?
La investigación traslacional ha sido el mayor avance, pues ha permitido detectar nuevas dianas moleculares contra las que enfocar los nuevos fármacos, más dirigidos, con menos efectos secundarios y más eficaces. Y ha sido en cáncer de mama y colon, los linfomas y leucemias y algunos tumores como los GIST y neuroendocrinos, así como en el cáncer renal, donde hemos asistido a los mejores avances.

Si hablamos de futuro, ¿cuáles serían los principales retos a medio plazo? ¿Cómo cree que será el abordaje oncológico en los próximos 10 - 15 años?
A medio plazo, el reto es ir desplazando la quimioterapia por los nuevos fármacos, o combinaciones de éstos. Además, hay que testar las nuevas moléculas con las quimioterapias, comprobar qué fármacos y qué combinación de éstos, con o sin quimioterapia, resultan más eficaces y en qué tumores. La Oncología de los próximos 15 años supondrá el paso de la quimioterapia a la medicación casi exclusivamente por vía oral mediante terapias dirigidas. Eso sí, cada tumor tendrá su propio tratamiento farmacológico (un fármaco o combinación de varios).

Puede interesarte...

- El cáncer de mama en los hombres
- Entrevista al doctor José María Bayas Rodríguez

Día Mundial contra el Cáncer

Doctor Gatell: "El sexo sin protección es la causa de cerca del 98% de los casos de VIH"

Tus amigos ya están en enfemenino.com, descubre lo que leen

Doctor Gatell: "El 95-98% de las transmisiones de VIH son debido a relaciones sexuales no protegidas"

Los avances científicos en la lucha contra el VIH/SIDA resultan cada día más esperanzadores. No obstante, la posibilidad cada vez más cercana de conseguir una vacuna terapéutica no minimiza la necesidad de abordar otros temas tan significativos como acabar con la estigmatización de los pacientes o fomentar una mayor y mejor prevención, ya que se estima que el sexo sin protección es la causa de cerca del 98% de los casos de transmisión de VIH.

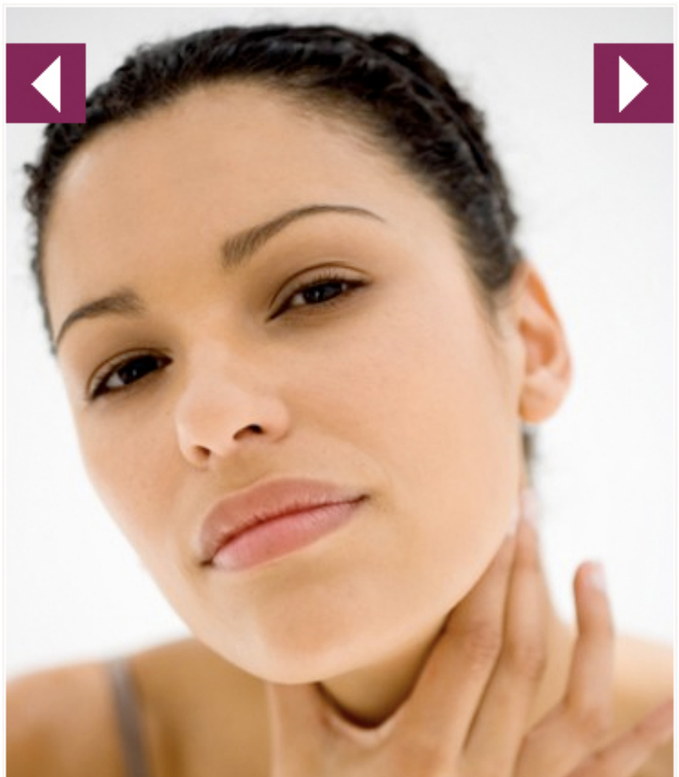
El **Dr. José María Gatell**, Jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clinic de Barcelona, Catedrático en Medicina, Co-Director del proyecto HIVACAT y uno de los máximos representantes en investigación de VIH a nivel internacional, contesta algunas de las cuestiones más demandadas sobre VIH/SIDA y sobre la repercusión científica de la nueva vacuna que él y su equipo han presentado recientemente en la revista *Science Translational Medicine*.

¿A qué nos referimos cuando hablamos de VIH y a qué nos referimos cuando hablamos de SIDA?
El VIH es un virus que pertenece a la familia de los retrovirus, y es capaz de infectar a las personas. Procede de animales: de primates no humanos (chimpancés). Hace aproximadamente unos 50 ó 60 años dio el salto interespecies e infectó a los primeros seres humanos. Sin tratamiento, la infección por este virus es lenta y va destruyendo el sistema inmunitario. Al cabo de entre 5 y 15 años de infección, cuando el grado de destrucción del sistema inmunitario ya es importante, los pacientes empiezan a tener complicaciones. Es lo que en el argot médico se conoce como "infecciones oportunistas". Cuando aparece la primera de éstas, decimos que la persona tiene el SIDA. A partir de este momento, si no se trata, la esperanza de vida es de entre 1 y 2 años.

Doctor Gatell: "El sexo sin protección es la causa de cerca del 98% de los casos de VIH"

Tus amigos ya están en enfemenino.com, descubre lo que leen

Like 0 +1 0 Tweet 0



"Si no se hace nada, es una mera cuestión de tiempo que la enfermedad progrese"

¿Cuál es el mecanismo de actuación del VIH?
Todos los virus para poder replicarse necesitan invadir unas células del huésped: "células diana". En el caso del VIH las células diana son unas del sistema inmunológico que se llaman linfocitos CD4, cruciales para defendernos contra las infecciones. Con el VIH, por primera vez en la historia de la medicina, nos encontramos ante un virus cuyas células diana son aquellas que se supone que nos tienen que defender frente al virus. De ahí sus consecuencias catastróficas. Los virus que conocíamos hasta ahora atacaban las células respiratorias, las células del sistema nervioso central, las células de las mucosas como en el caso del herpes, etc., pero nunca habíamos sufrido una infección por un virus que atacara células del sistema inmunológico.

¿Una persona infectada por el VIH desarrollará siempre el SIDA?
Si no se hace nada sí. Es una mera cuestión de tiempo: 7-10 años de promedio. Hay algunas personas que lo desarrollan más rápido, en 2 ó 3 años, y otras lo pueden desarrollar de manera más lenta, en 15-20 años.

¿Es posible que una persona infectada no desarrolle la enfermedad?
El mensaje general es que si se está infectado por el virus del SIDA y no se hace nada, es una mera cuestión de tiempo que la enfermedad progrese. Sólo hay una excepción: existe un pequeño porcentaje de pacientes, alrededor del 1%, que tienen una información genética especial que hace que el virus no progrese, siendo capaces de controlarlo por sí solos sin ningún tipo de medicamento. Se les llama "controladores de élite" o "no progresores a largo plazo". Pero esto es algo muy minoritario.

enfemenino.com
En forma

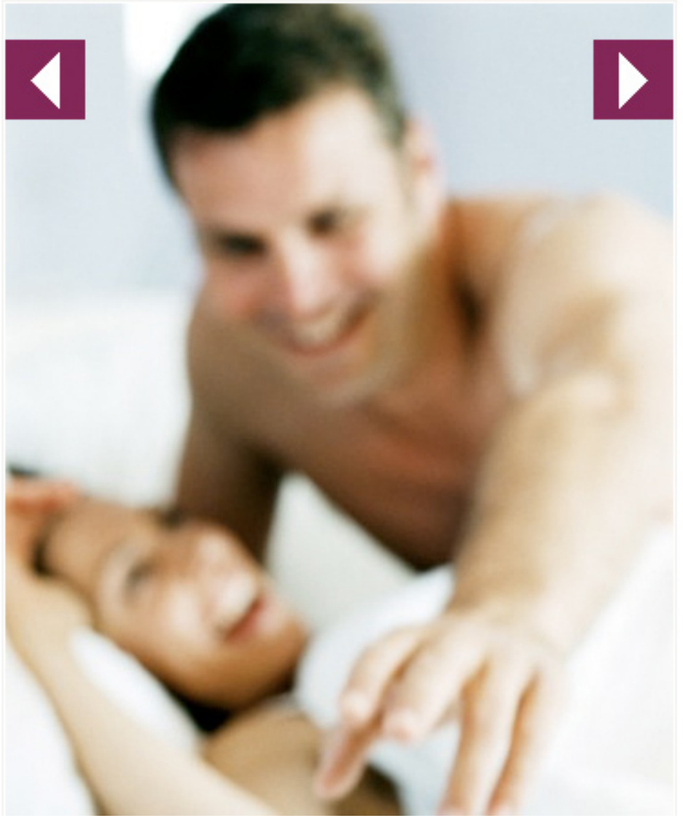
ENFEMENINO.TV | BELLEZA | MODA | NOVIAS | LUJO | MATERNIDAD | EN FORMA | PAREJA | MUJER DE HOY | PSICO & TESTS | ELLOS | DECORA

Foro | Álbum | Blogs | Mi espacio | Videos | Mensajes | Club

Inicio > En forma > Salud y Bienestar

Doctor Gatell: "El sexo sin protección es la causa de cerca del 98% de los casos de VIH"

Tus amigos ya están en enfemenino.com, descubre lo que leen



"La probabilidad de transmisión por sexo oral es muy baja, si es que existe"

¿Cuál es la manera más habitual de transmisión del VIH?
Por lo general, entra en el cuerpo humano a través de relaciones sexuales. El 95-98% de las transmisiones de VIH que se producen en el mundo son debido a relaciones sexuales no protegidas. El virus puede entrar en el organismo atravesando la mucosa vaginal en el caso de un hombre a una mujer; atravesando la mucosa del glande en el caso de una mujer a un hombre; o atravesando la mucosa del ano en los casos de relaciones anales. El virus atraviesa la mucosa, empieza a replicarse y acaba yendo hacia los ganglios linfáticos para luego diseminarse.

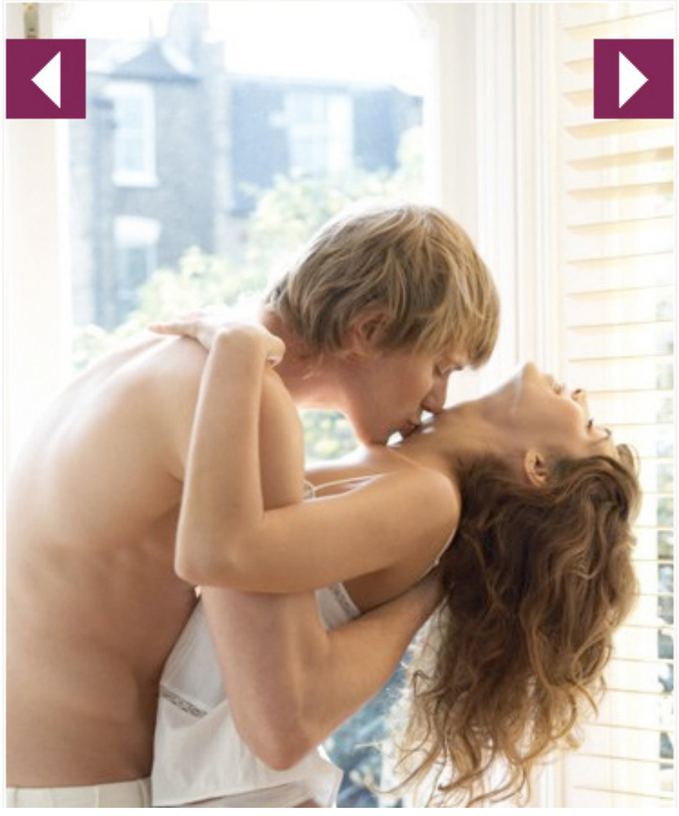
¿Se puede transmitir por sexo oral?
La probabilidad de transmisión es muy baja, si es que existe.

Si tuviéramos que poner una cifra, ¿cuál sería el riesgo de transmisión por vía sexual?
1 por 300. Cuando una persona está infectada y no está tratada y otra persona no está infectada, y no utilizan mecanismos de prevención como el preservativo, el riesgo es 1 por 300. Es relativamente bajo, pero hay un principio estadístico que a veces no resulta fácil de entender: 1 por 300 no quiere decir que una persona tenga 299 relaciones sexuales seguras y vaya a tocar en la 300, si no que la probabilidad es la misma en la primera relación, en la 40 o en la que hace 299.

El uso del preservativo, ¿en qué medida garantiza la protección frente al VIH y a otras ETS?
El preservativo protege frente al VIH y a otras ETS en más de un 90% si se utiliza y se utiliza bien.

Doctor Gatell: "El sexo sin protección es la causa de cerca del 98% de los casos de VIH"

Tus amigos ya están en enfemenino.com, descubre lo que leen



"Una persona portadora del VIH/SIDA tiene las mismas probabilidades que cualquier otra de padecer una ETS"

¿En qué casos una persona que padezca una ETS es más vulnerable a contraer el VIH?
Cuando la persona tenga úlceras genitales (vaginal, peneana, anal, etc.), provocadas por cualquier motivo: por una ETS, por un traumatismo, etc. Es más vulnerable porque al virus le es más fácil atravesar la mucosa.

¿Una persona portadora del VIH/SIDA es más susceptible de padecer una ETS?
No es más susceptible, tiene las mismas probabilidades que cualquier otra persona. Existen estadísticas que señalan que las ETS son más frecuentes en las personas que tiene VIH/SIDA, debido al estilo de vida. Una persona que tiene VIH/SIDA, normalmente es una persona que no ha tomado demasiadas precauciones en sus relaciones sexuales, porque si no no tendría el VIH/SIDA. Pero si se corrige el estilo de vida (tomar precauciones en las relaciones sexuales), la probabilidad es la misma.

¿La carga de VIH es mayor en aquellas personas que padecen alguna ETS?
No. Puede ser un poco mayor cuando hay una infección activa en general, sea una ETS, una gripe o que a la persona se le haya puesto una vacuna.

enfemenino.com
En forma

ENFEMENINO.TV | BELLEZA | MODA | NOVIAS | LUJO | MATERNIDAD | EN FORMA | PAREJA | MUJER DE HOY | PSICO & TESTS | ELLOS | DECORAC

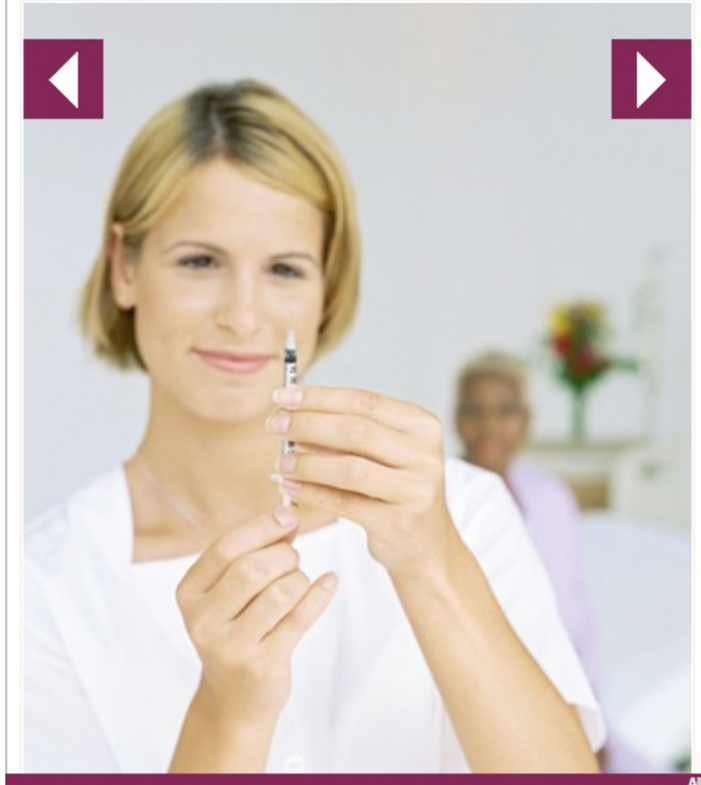
Foro | Álbum | Blogs | Mi espacio | Videos | Mensajes | Club

Inicio > En forma > Salud y Bienestar

Doctor Gatell: "El sexo sin protección es la causa de cerca del 98% de los casos de VIH"

Tus amigos ya están en enfemenino.com, descubre lo que leen

Like 0 +1 0 Tweet 0



"Un paciente tratado es muy difícil que pueda transmitir la infección"

¿Por qué cada vez hay más infección por VIH?
Porque la prevención no ha funcionado bien hasta ahora. Para mejorar la prevención, a parte de los cambios de conducta y de los mecanismos de barrera como el preservativo, hay un objetivo a corto plazo: identificar al mayor número posible de pacientes infectados y tratarlos, porque un paciente tratado es muy difícil que pueda transmitir la infección. A medio y largo plazo, el objetivo sería disponer de una vacuna preventiva como la de la polio, la rubéola, la del VPH, etc.

¿Cuál es el objetivo de una vacuna terapéutica?
Permitir interrumpir el tratamiento antirretroviral sin que se produzca un rebrote del virus.

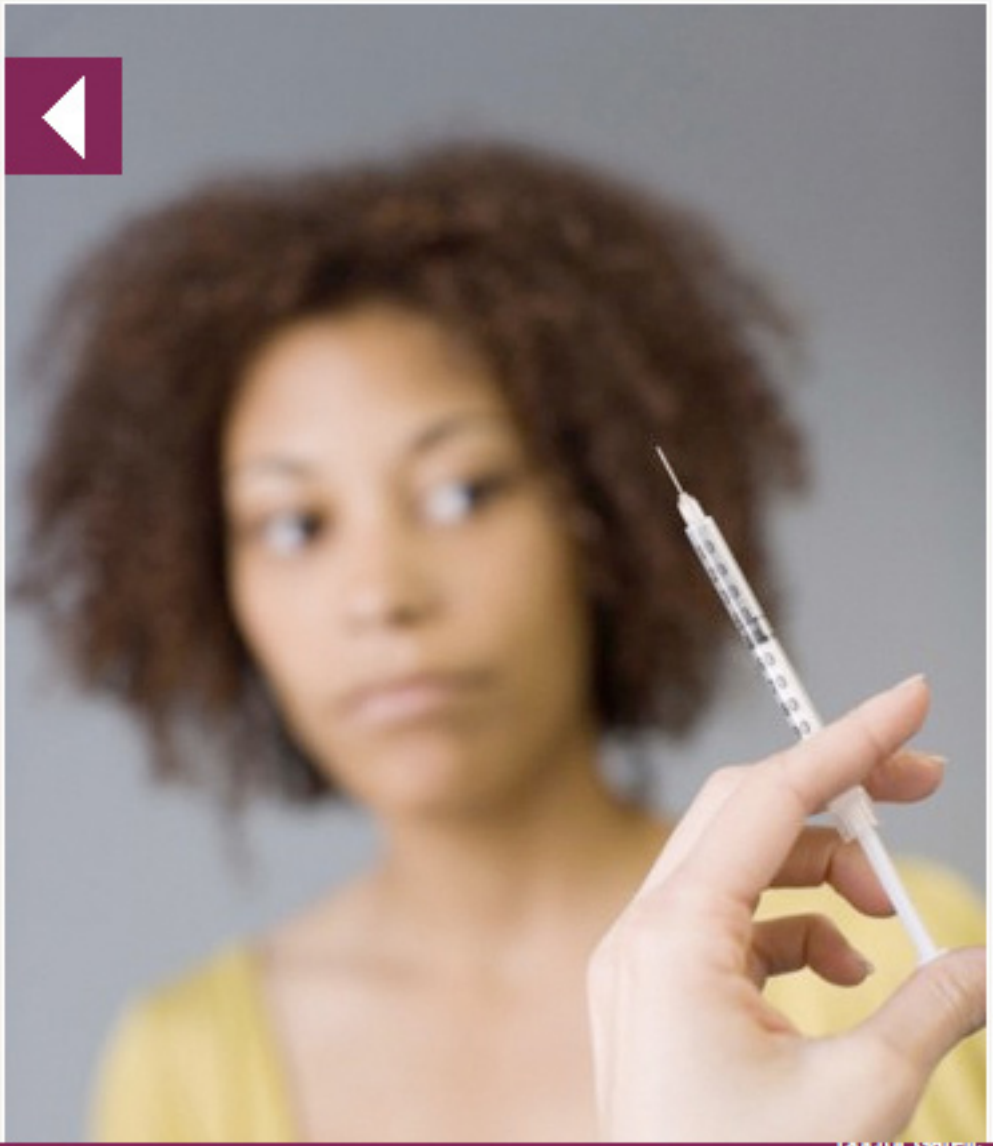
¿Es esto posible?
Todavía no somos capaces de hacerlo. Pero en los últimos años estamos trabajando en modelos de vacuna terapéutica que cada vez se acercan más a este objetivo.

De hecho, el pasado 2 de enero presentaste un estudio que publica la revista *Science Translational Medicine* sobre una nueva vacuna capaz de controlar temporalmente la replicación del virus ¿En qué consiste exactamente?
Es una vacuna terapéutica personalizada. Se prepara obteniendo células mononucleares de sangre periférica del paciente que se convierten en el laboratorio en células dendríticas (las encargadas de activar la respuesta inmune en nuestro organismo). Esta células dendríticas se pulsan en el laboratorio con virus autólogos (del propio paciente) que previamente se han inactivado con calor. Finalmente se reinyectan al paciente.

Alimentación para el embarazo: ¿qué alimentos debes evitar?
Decálogo para combatir a la gripe: ¡toma nota de nuestras recomendaciones!

Doctor Gatell: "El sexo sin protección es la causa de cerca del 98% de los casos de VIH"

Tus amigos ya están en enfemenino.com, descubre lo que leen



"El objetivo sería obtener una curación funcional"

¿Qué resultados se han obtenido? ¿Es capaz de curar al paciente?
El objetivo sería obtener una curación funcional (esto es, conseguir que aunque el paciente esté infectado por el virus del VIH, nunca llegue a desarrollar ni, por tanto, padecer la enfermedad). Esto no se ha logrado dado que en todos los pacientes se vio un rebrote de carga viral al retirar los antirretrovirales. No obstante, el rebrote fue unas 10 veces inferior al esperado. Con ello quedaba probado el concepto de que una vacuna terapéutica podría ser posible.

¿Ayuda a romper con los estigmas el avance en los tratamientos?
Que los tratamientos funcionen es un hecho que ha contribuido mucho a mejorar este tema. La mayoría de la gente conoce a personas que son VIH positivas, que tienen que tomar una medicación y que tienen que hacerse unos controles médicos, pero que llevan una vida completamente normal y una buena calidad de vida. Esto es lo que más contribuye a normalizar las cosas pero se debe seguir trabajando en esta vía, aunque sin minimizar el problema.

Puede interesarte...

- Todo sobre los síntomas del VIH/SIDA
- La prevención del VIH/SIDA

“El 75-80% de las mujeres con cáncer de mama se curan”

Foto 1/7

Entrevista con el doctor Emilio Alba

El cáncer de mama es el tumor de mayor incidencia entre mujeres occidentales. Sólo en España se detectan entre 22.000 y 25.000 nuevos casos cada año. Esta incidencia es similar en todos los países mediterráneos y es mayor en los países del norte de Europa y en Norteamérica, siendo menor en Asia y África. De acuerdo con los expertos, información, prevención y diagnóstico precoz son claves para combatir la enfermedad.

El Dr. Emilio Alba, responsable del Instituto Oncológico Xanit Internacional de Benalmádena y Jefe del Servicio de Oncología del Hospital Clinico Universitario de Málaga, es uno de los oncólogos españoles de mayor prestigio internacional gracias a su dilatada labor de investigación centrada, principalmente, en el cáncer de mama, tanto a nivel clínico como traslacional.

¿A qué edades es más frecuente?
La edad media de diagnóstico en España del cáncer de mama es de 62 años. La mayoría de los casos se concentran en el rango de edad de los 40 a los 75 años.

Entrevista realizada por HBakkali

Puede interesarte...

- El cancer de mama en los hombres
- Ir a la Home

Descubre enfemenino...

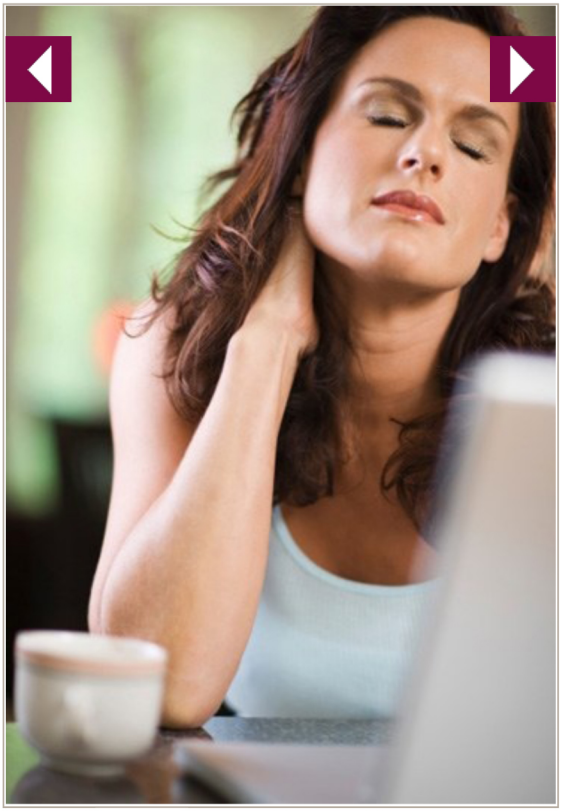
Descubre el observatorio de la belleza de Clarins y enfemenino.com

La alcohorexia: anorexia y alcoholismo

¡Siempre en alza! Ejercicios para el pecho

Adelgazar sin pasar hambre... (y sin matarse en el gimnasio)

“El 75-80% de las mujeres con cáncer de mama se curan”



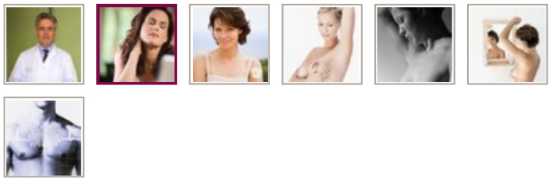
"Muchos cánceres se diagnostican antes de producir síntomas"

¿Qué sintomatologia manifiesta?
La mayoría de las mujeres a las que se diagnostica un cáncer de mama consultan por la aparición de un bulto en la mama. Menos frecuentemente, los síntomas de diagnóstico son enrojecimiento de la piel de la mama o secreción sanguinolenta unilateral por el pezón. Hay que destacar que en la actualidad muchos cánceres se diagnostican antes de producir síntomas por medio del screening por mamografía.

¿Cuáles son las principales causas de este tumor?
Las causas últimas son desconocidas, pero es sabido que la mayoría de los factores causales son de origen hormonal.

¿En que medida el factor genético puede ser causa de esta enfermedad?
El factor genético está relacionado con, aproximadamente, un 5% de los casos.

¿Qué relación existe entre obesidad y cáncer de mama?
Hay una relación epidemiológica. El sobrepeso se relaciona con el cáncer en mujeres posmenopausicas.



◀ Página anterior

Página siguiente ▶

Descubre enfemenino…

Descubre el observatorio de la belleza de Clarins y enfemenino.com

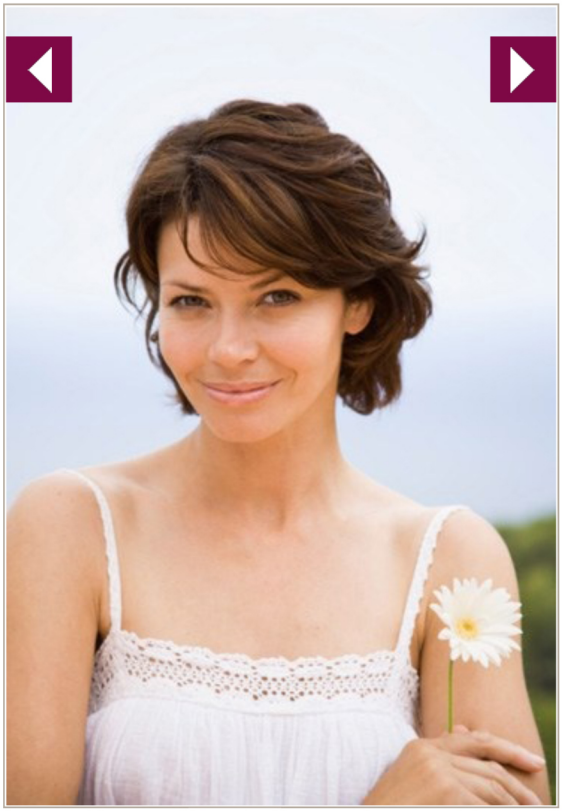
Todo sobre la menopausia

Alteraciones del ciclo menstrual, ¿a qué se deben?

La dieta Cambridge: adelgaza rápidamente

"El 75-80% de las mujeres con cáncer de mama se curan"

Like 0 +1 0 Tweet 0



"El cáncer es más agresivo en las mujeres jóvenes"

¿Qué pronóstico presenta el cáncer de mama actualmente?
En la actualidad, un 75-80% de mujeres con cáncer de mama se curan.

En mujeres jóvenes, ¿su manifestación es más agresiva?
Las mujeres jóvenes tienen con más frecuencia cáncer de mama HER2+ ó triple negativo, que son subtipos asociados a una mayor agresividad.

Las mujeres que han sufrido cáncer de mama previo, ¿tienen más posibilidades de desarrollar nuevamente el tumor?
Sí. Las mujeres que han tenido un cáncer de mama tienen más riesgo que la población general de tener un segundo cáncer de mama.

Las mujeres que han sufrido una extirpación ovárica, ¿pueden padecer este cáncer?
La extirpación ovárica, especialmente antes de los 40 años, disminuye la incidencia de cáncer de mama.

Las mujeres que tienen hijos a edades más avanzadas, ¿tienen más riesgo de padecer esta enfermedad?
Sí. La paridad tardía ó la nuliparidad se asocia a un aumento de la incidencia.

◀ Página anterior

Página siguiente ▶

Descubre enfemenino...

Dry Nites, noches secas

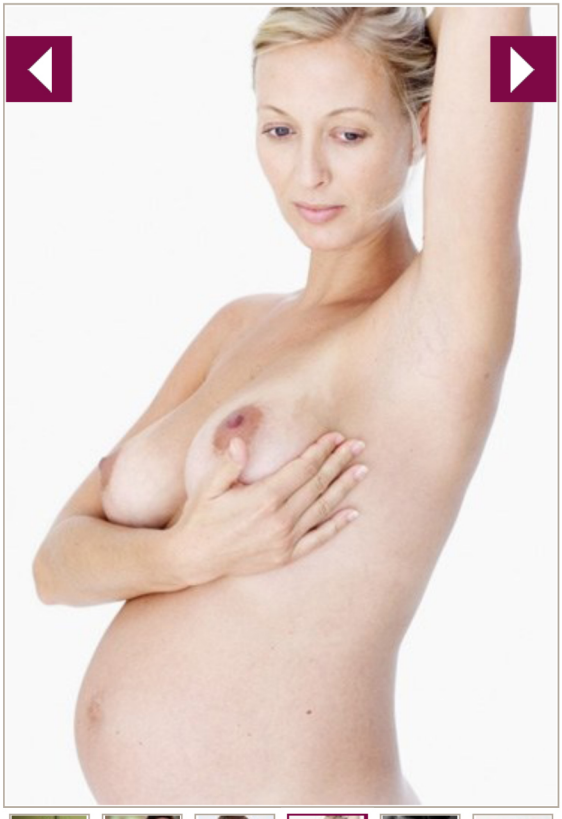
Descubre el observatorio de la belleza de Clarins y enfemenino.com

Todo sobre la menopausia

Alteraciones del ciclo menstrual, ¿a qué se deben?

“El 75-80% de las mujeres con cáncer de mama se curan”

Like 0 +1 0



"El cáncer de mama durante el embarazo es raro"

¿Cómo afecta el cáncer de mama a la fertilidad?
En principio no tiene ningún efecto. Lo que sí puede afectar a la fertilidad son los tratamientos del cáncer como la hormonoterapia ó la quimioterapia.

¿Es común este tumor en mujeres embarazadas?
El cáncer de mama durante el embarazo es muy raro.

Cuando el cáncer de mama afecta a una mujer en estado de gestación, ¿Cuáles son las principales dificultades diagnósticas?
Las derivadas de la utilización de pruebas de imagen que se basan en la radiación.

¿Cómo se aborda la enfermedad en mujeres embarazadas?
Es complejo. Depende del momento del embarazo y de los deseos de la paciente.

¿Cuáles son los principales riesgos para la madre y para el feto?
Para la madre, el cáncer en sí mismo. Para el feto, los derivados de la salud de la madre y del tratamiento como, por ejemplo, la quimioterapia.

¿Cuál es el pronóstico en estos casos?
En general, peor que los no asociados al embarazo.

Descubre enfemenino...

Descubre el observatorio de la belleza de Clarins y enfemenino.com

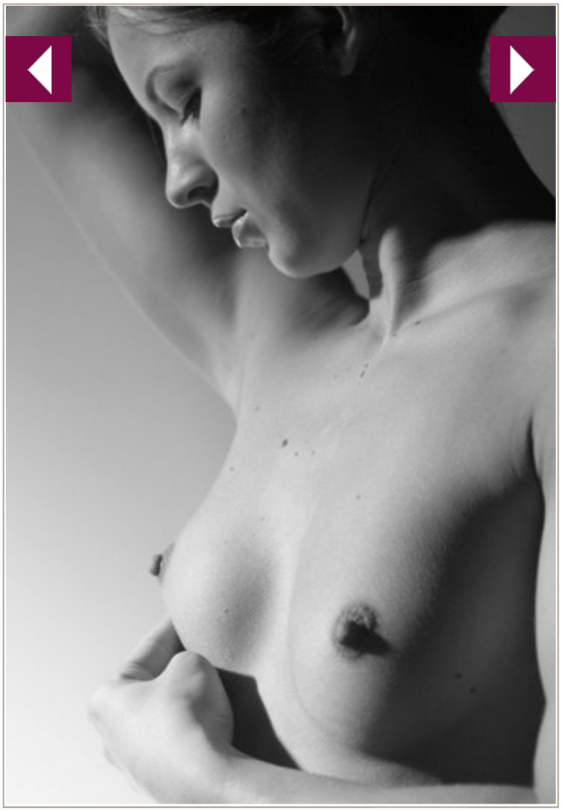
Todo sobre la menopausia

Alteraciones del ciclo menstrual, ¿a qué se deben?

La dieta Cambridge: adelgaza rápidamente

“El 75-80% de las mujeres con cáncer de mama se curan”

Like 0 +1 0 Tweet 0



"El tratamiento es muy individualizado"

¿A qué nos referimos con cáncer de mama metastásico?
Cuando la enfermedad afecta a órganos a distancia como el hueso, pulmón ó hígado.

¿Cuáles son las principales atenciones que exigen las pacientes con cáncer de mama metastásico?
Es difícil de sintetizar. El tratamiento es muy individualizado.

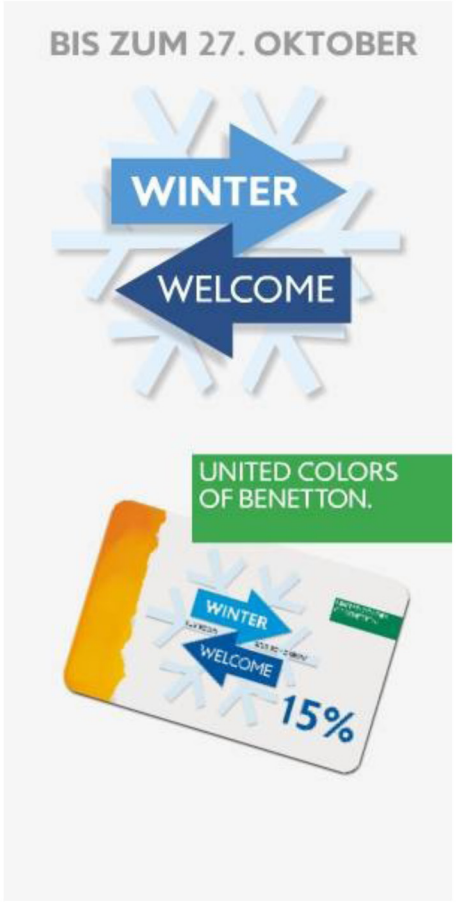
¿A qué nos referimos con cáncer de mama inflamatorio?
A un tipo de cáncer con infiltración difusa de los linfáticos de la piel de la mama.

¿Qué es el cáncer de Paget?Es la afectación de la epidermis del pezón/areola.

Desde el punto de vista quirúrgico, ¿cuáles son los últimos avances en el abordaje del cáncer de mama?
La cirugía mínima a nivel de glándula y a nivel de la axila.

◀ Página anterior

Página siguiente ▶



Descubre enfemenino…

¡Consigue el lote de Marcilla!

Descubre el observatorio de la belleza de Clarins y enfemenino.com

Todo sobre la menopausia

Alteraciones del ciclo menstrual, ¿a qué se deben?

“El 75-80% de las mujeres con cáncer de mama se curan”

Like 0 +1 0 Tweet 0

"Diagnóstico precoz y tratamiento multidisciplinar"

¿Cuáles son las mejores armas para combatir el cáncer de mama?
Un buen diagnóstico precoz y un buen manejo multidisciplinar de la enfermedad.

Un cáncer de mama cogido a tiempo, ¿garantiza el éxito de la curación?
En general sí, pero no siempre desafortunadamente.

Desde el punto de vista de la investigación en cáncer de mama, ¿en qué punto estamos?
Se conoce mejor la biología de la enfermedad y esto permite administrar tratamientos más específicos.

¿Considera que actualmente se tiene la información suficiente sobre el cáncer de mama?
Creo que en general las mujeres están bien informadas.

¿Cómo acabamos con la estigmatizacion de la palabra cáncer?
Es difícil. Todavía se puede ver en la prensa su utilización referida a aspectos negativos de la vida social ó económica.

◀ Página anterior

Página siguiente ▶

NISSAN SHIFT_
NISSAN MICRA ELLE
1.2 GASOLINA 80CV 5P
ATACA EL DÍA CON ELEGANCIA

por 89€ al mes*
VER DETALLES DE LA OFERTA

Descubre enfemenino…

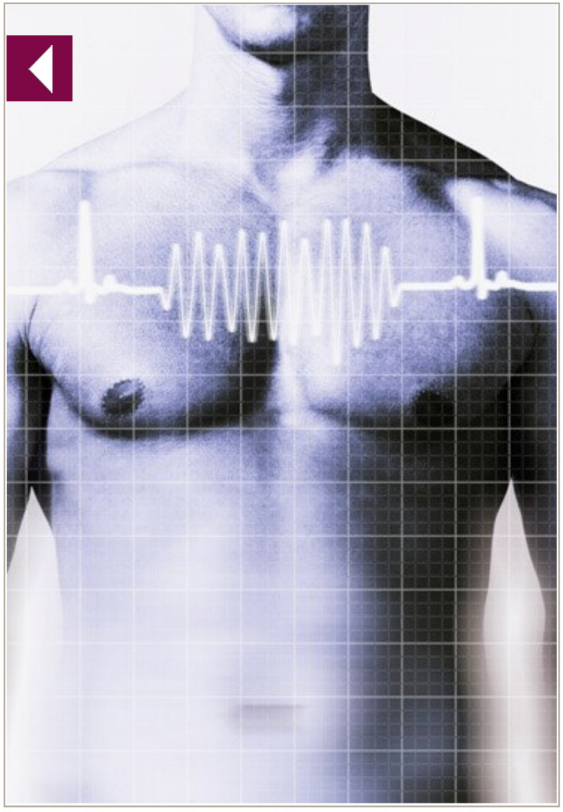
Descubre el observatorio de la belleza de Clarins y enfemenino.com

“El 75-80% de las mujeres con cáncer de mama se curan”

La menopausia en la mujer

Todo sobre la menopausia

“El 75-80% de las mujeres con cáncer de mama se curan”



El cáncer de mama en el hombre

Este tumor es más frecuente en mujeres, pero ¿puede darse en varones? ¿Qué manifestaciones presenta en estos casos?
Es raro en varones, pero cuando se presenta, los síntomas son similares a los de las mujeres.

¿Qué pronóstico suele tener en el varón?
Igual a la mujer, estadio por estadio.

¿Qué métodos de prevención y de detección precoz debe tener el hombre?
No están establecidos con seguridad.

Puede interesarte...

- El cancer de mama en los hombres
- Ir a la Home

Página anterior

Descubre enfemenino...

Descubre el observatorio de la belleza de Clarins y enfemenino.com

La menopausia en la mujer

Todo sobre la menopausia

Alteraciones del ciclo menstrual, ¿a qué se deben?

Vacunarse reduce el cáncer de cuello de útero

Tus amigos ya están en enfemenino.com, descubre lo que leen

Like 0 +1 0 Tweet 1

En este artículo

- Vacunarse reduce el cáncer de cuello de útero
- "El benefico máximo se consigue cuando se vacuna a niñas"
- Las nuevas pautas sexuales aumentan las probabilidades de infección
- "Si no existiera el VPH, el cáncer de cuello de útero no existiría"
- "La prevención también se extiende a otros cánceres"
- "No hay ninguna vacuna que esté 100% libre de riesgo"

"La vacuna del VPH pretende reducir la infección del mismo y sus consecuencias"

La infección por algunos tipos de Virus del Papiloma Humano (VPH) es una de las causas directas del cáncer de cérvix, uno de los tumores de mayor incidencia en la mujer. La vacuna del VPH, es una de las medidas más eficaces tanto para la prevención de este cáncer como de otros relacionados con el papiloma virus. **El Dr. José María Bayas Rodríguez**, Presidente de la Asociación Española de Vacunología y responsable del Centro de Vacunación de Adultos, Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología del Hospital Clínic de Barcelona nos ha aclarado algunas cuestiones fundamentales sobre esta vacuna.

¿En qué consiste la vacuna del VPH (Virus del Papiloma Humano)?

Es una vacuna que pretende reducir la infección del VPH y sus consecuencias, como el cáncer de cuello de útero y otros cánceres menos comunes como el de ano, pene, vulva, vagina, etc. Asimismo, algunas de las vacunas disponibles reducen el riesgo de verrugas genitales.

¿Cómo es su administración?

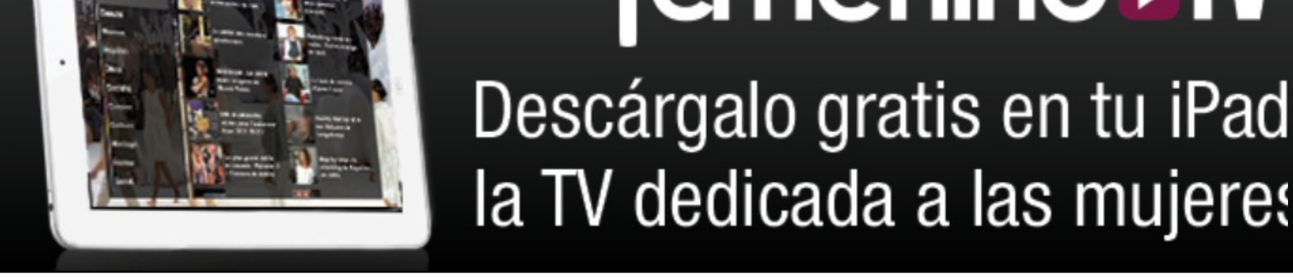
Es por vía intramuscular. Se administra en tres dosis: la primera en el momento elegido por la paciente, la segunda al cabo de 2 ó 3 meses y la tercera al cabo de 6 meses.

Puede interesarte...

- Todo sobre el cáncer de útero
- Vídeo: métodos de exploración del cáncer de útero

Página siguiente ▶

Hbakkali



Vacunarse reduce el cáncer de cuello de útero

Tus amigos ya están en enfemenino.com, descubre lo que leen

"El benefico máximo se consigue cuando se vacuna a niñas"

Para mujeres que ya han mantenido relaciones sexuales, ¿les previene del cáncer de cérvix?
Sí, aunque el benefico máximo se consigue cuando se vacuna a niñas, porque la respuesta es más vigorosa y segura... Sencillamente por el hecho de que aún no han iniciado relaciones sexuales.

> *"Prácticamente **todas la mujeres** que mantienen actividad sexual **pueden beneficiarse de la vacuna**"*

Ésta únicamente no tendría sentido en una mujer que jamás ha mantenido relaciones sexuales y que jamás piensa tenerlas, pero se trataría de una situación poco común.

¿En qué grado evita la infección por VPH?
Evita la infección en una propoción muy alta. Las vacunas del VPH pueden reducir el cáncer de cuello de útero en una proporción que oscila entre el 70 y el 80%. Es una eficacia protectora notable que, obviamente, no debe suponer que la mujer deje a un lado otros programas de detección secundaria como, por ejemplo, la prueba de Papanicolau, etc.

◀ Página anterior

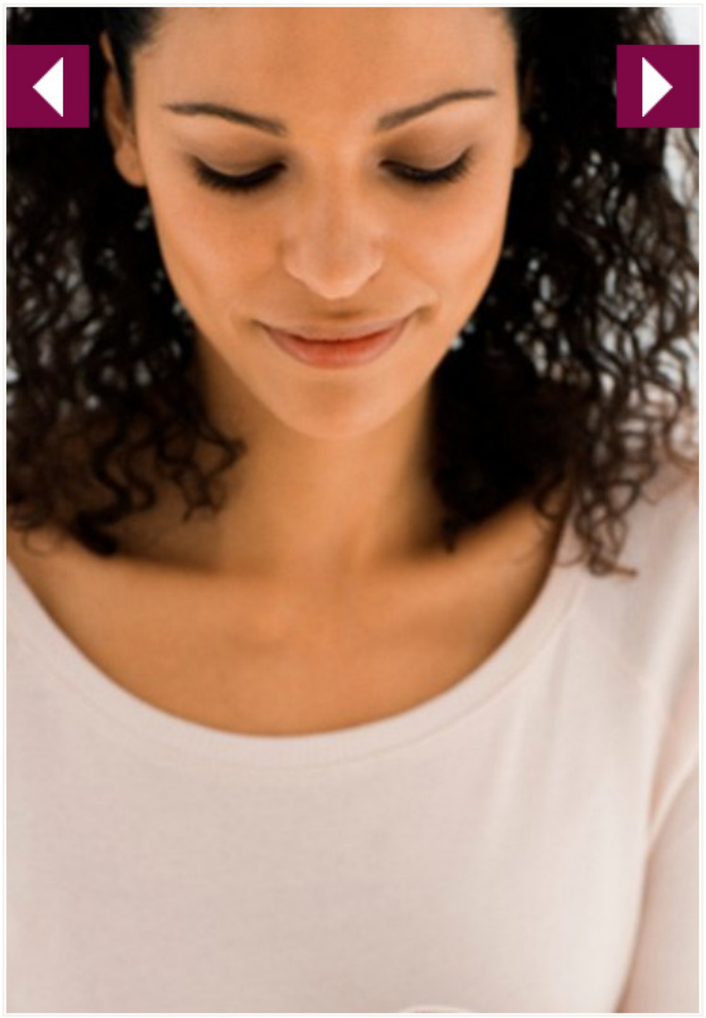
Página siguiente ▶

Hbakkali

nicio > En forma > Salud y Bienestar

Vacunarse reduce el cáncer de cuello de útero

Tus amigos ya están en enfemenino.com, descubre lo que leen



Las nuevas pautas sexuales aumentan las probabilidades de infección

Actualmente, las pautas sexuales han cambiado respecto a hace dos o tres décadas ¿Cómo afecta este hecho a la incidencia de infecciones por VPH?
Los cánceres que se están diagnosticando actualmente son la expresión de las pautas sexuales de hace 20 ó 30 años. Efectivamente, estas pautas han cambiado. En la actualidad, las mujeres inician las relaciones sexuales antes de lo que lo hacían sus madres o sus abuelas, y el número de parejas sexuales que se tiene también es mayor.

> *"La edad media de la primera relación sexual se ha reducido **entre 5 y 6 años**".*

Las mujeres que actualmente tienen 70 años, iniciaron las relaciones sexuales a los 22-23, y las mujeres que actualmente tienen 25 años, las han iniciado hacia los 16-17. Se sabe que el inicio temprano de las relaciones sexuales es un factor que aumenta la posibilidad de sufrir infecciones persistentes con riesgo de padecer cáncer de cuello de útero. Asimismo, si hay más parejas sexuales distintas, hay más probabilidades de infección.

◀ Página anterior

Página siguiente ▶

Publicado por La redacción de En forma

Hbakkali

Vacunarse reduce el cáncer de cuello de útero

Tus amigos ya están en enfemenino.com, descubre lo que leen

"Si no existiera el VPH, el cáncer de cuello de útero no existiría"

¿Qué cánceres se asocian a este virus?
Fundamentalmente, el cáncer de cuello de útero y, en menor proporción, el cáncer de pene, de vulva, de vagina, de ano, de cavidad oral y el cáncer de la orofaringe. Hay que tener en cuenta que si no existiera el VPH, el cáncer de cuello de útero no existiría, pero sí los demás cánceres. Se calcula que en el mundo se producen 560.000 casos de cáncer en el que estaría implicado el Virus del Papiloma Humano, y casi 500.000 son cánceres de cuello de útero.

¿Cuál es la incidencia del cáncer de cérvix en España actualmente?
Sería de, aproximadamente, 9 casos por cada cien mil habitantes y año. Dato referido únicamente al cáncer de cérvix, no a todos los cánceres relacionados con el VPH. Resulta importante añadir que en mujeres de 15 a 44 años es el segundo cáncer en frecuencia después del de mama.

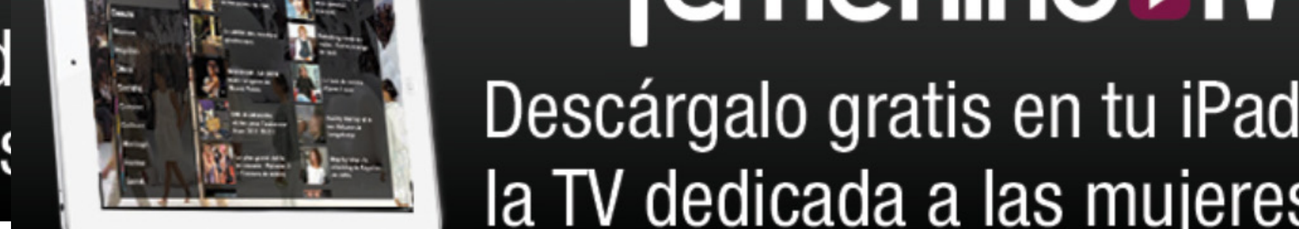
El VPH, ¿puede provocar cáncer en el varón?
Sí, puede provocar cánceres como el de ano, pene, cavidad oral o cánceres de la orofaringe. La vacunación del varón tiene interés para protegerle a él, y también para evitar que actúe como fuente de infección (a otras mujeres).

◀ Página anterior

Página siguiente ▶

Publicado por La redacción de En forma

Hbakkali



Vacunarse reduce el cáncer de cuello de útero

Tus amigos ya están en enfemenino.com, descubre lo que leen

"La prevención también se extiende a otros cánceres"

¿En qué beneficiaría al hombre esta vacuna?
Además de lo expuesto anteriormente, el beneficio se extiende a la protección frente a verrugas genitales. Algo relativamente común en varones que mantienen relaciones con múltiples parejas.

Queda claro, pues, que esta vacuna es eficaz para reducir la incidencia del cáncer de cérvix, pero ¿ayuda a prevenir otros cánceres?
Sí, ayuda a prevenir cánceres como el de ano, que es un problema muy importante entre los varones homosexuales, así como en mujeres que mantienen relaciones sexuales anales. La prevención también se extiende a otros cánceres como el de pene, cavidad oral, cánceres de la orofaringe, vulva, vagina...

◀ Página anterior

Página siguiente ▶

Publicado por La redacción de En forma
el 19/12/2012

Hbakkali

Descárgalo gratis en tu iPad
la TV dedicada a las mujeres

Vacunarse reduce el cáncer de cuello de útero

Tus amigos ya están en enfemenino.com, descubre lo que leen

"No hay ninguna vacuna que esté 100% libre de riesgo"

¿Qué efectos adversos puede tener la vacuna?

No hay ninguna vacuna que esté 100% libre de riesgo, pero lo que sabemos actualmente, después de haber administrado en el mundo más de 120 millones de dosis, es que los acontecimientos adversos que ha habido son similares a los de otras vacunas.

> *"Nunca se ha asociado **ningún caso de muerte** a la vacuna".*

Se ha dado algún caso muy raro de anafilaxia, siendo las molestias más comunes las de tipo local debido, fundamentalmente, a los adyuvantes que llevan.

La vacuna contra el VPH, ¿cumple los criterios exigidos de seguridad y eficacia?

Sí. Es tan segura como cualquiera de las vacunas de uso sistemático. Los mayores costes de la investigación en vacunas son para garantizar la seguridad. Los ensayos de estas vacunas incluyen a docenas de miles de presonas, otros fármacos estudian a lo sumo unos pocos centenares. Después de haber suministrado el fármaco en millones de personas no se ha detectado ningún efecto de especial relevancia.

Publicado por La redacción de En forma
el 19/12/2012

Puede interesarte...

- El cáncer de mama en los hombres

Hbakkali

- Publicidad -

Onmeda.es Para tu salud
Todo sobre medicamentos
Consulta nuestra base de datos e infórmate
Entrar

-Publicidad-

App de Onmeda:
Descárgate la aplicación para iPad, iPhone y Android.

Entrevista con el Dr. Josep Brugada

Autor: Redacción Onmeda

La influencia de la obesidad infantil en la salud cardiovascular

La obesidad es un factor de riesgo de primer orden para la salud coronaria. Una alimentación deficiente y la inactividad física pueden afectar de forma directa en la salud del corazón. Hecho que cobra mayor valor cuando la obesidad afecta a los más pequeños, pudiendo favorecer la aparición a edades más tempranas de dolencias cardiacas como la arteriosclerosis coronaria o los infartos de miocardio, y de otras patologías que se suelen asociar con la edad adulta como la hipertensión, la diabetes o la hipercolesterolemia.

El cardiólogo Josep Brugada, Director Médico del Hospital Clínic de Barcelona, nos explica la importancia que cobra la educación para la salud en este contexto, el papel que deben jugar padres y educadores para fomentar la prevención y los hábitos saludables en los más pequeños y las consecuencias que tiene la obesidad infantil en la salud futura.

¿En qué medida prevenir la obesidad infantil ayuda a prevenir los riesgos cardiovasculares?

En este tema vamos a remolque de Estados Unidos, ya estuvimos a remolque en el tema del tabaquismo, de la obesidad de adultos y ahora la obesidad infantil. El gran problema en el mundo civilizado es la obesidad, probablemente el factor de riesgo prevenible más importante después del tabaquismo. En tabaquismo se han hecho grandes campañas con muy buenos resultados. La obesidad supone el otro gran reto. Afortunadamente, todavía no tenemos el gran número de obesos mórbidos que hay en Estados Unidos, pero la consecuencia inmediata es que esos obesos mórbidos generan también obesos mórbidos infantiles por formas inadecuadas de comer, eso va condicionando una generación de obesos que desde edades tempranas pueden presentar un factor de riesgo cardiovascular importante. Nos podría llevar a una generación muy compleja de manejar desde el punto de vista médico.

Desde el punto de vista de la educación, ¿qué consejos daría?

La educación es básica. Antes teníamos muchos menos niños que sufrían obesidad, porque se disponía de mayor tiempo de dedicación para cuidar su alimentación, lo que ayudaba a mantener una dieta más equilibrada y más adecuada. Por eso hace 30 o 40 años la obesidad infantil prácticamente no existía. Ahora estamos entrando en una dinámica de comidas poco planificadas.

¿Qué papel juegan las escuelas?

Un papel importante, ya que muchos niños comen en las escuelas lo que ayuda a su alimentación. Las escuelas ya se han dado cuenta de que deben planificar cuidadosamente la dieta de sus alumnos.

Lo que ocurre es que en muchas ocasiones la falta de tiempo en el entorno familiar puede fomentar que fuera de las escuelas los hábitos alimenticios no estén lo suficientemente cuidados y se abuse de comidas y productos ricos en hidratos de carbono, fáciles de asimilar y que generan que cierta parte de la población esté mal alimentada.

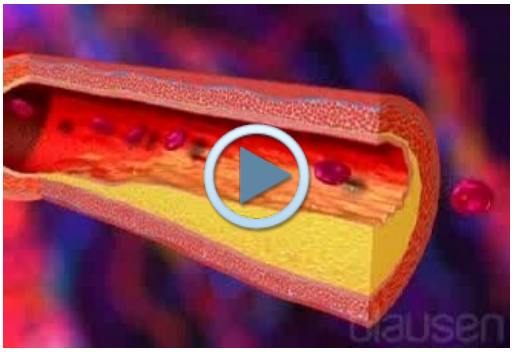
¿Qué patologías cardiovasculares puede desencadenar una mala alimentación?

Lo que vamos a conseguir es que estos niños tengan más riesgo de desarrollar arteriosclerosis coronaria y que aparezca a una edad más temprana. Si se sobrealimenta desde edades muy tempranas de manera inadecuada, con productos inadecuados, no haciendo el ejercicio físico necesario, se fomentará la aparición de la hipertensión, colesterol, arteriosclerosis y aumenta el riesgo de que sufran un infarto de miocardio a edades más tempranas.

Clínica Ravenna Madrid
clinicaravenna-madrid.com
Método de demostrada eficacia en Adelgazar y Mantener el peso ideal

DunaNatur
Adelgazar comiendo sano
San Valentin en Teatreneu
¿Padece de Artrosis?
NouMón Centro de estética
Canal Plus Cine

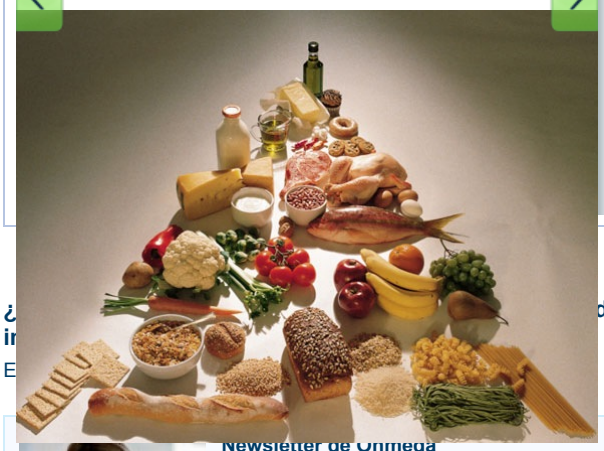
Infarto de miocardio: Vídeos



¿Los padres son conscientes del problema que supone para la salud de sus hijos una alimentación poco equilibrada?

De manera global no. El gran reto es la educación enfocada a los padres. Los niños no olvidarán lo aprendido si se les enseña bien y se emplea el tiempo necesario para enseñarles desde las instituciones educativas una serie de normas básicas. Esto les ayudará a construir una actitud positiva. El niño lo asumirá como lo bueno, lo normal, y lo practicará y transmitirá en su casa.

10 reglas para una alimentación saludable

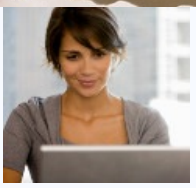


Una alimentación sana y equilibrada es fundamental para manter un buen estado de salud. Además, cuidar la dieta es mejor que hacer cualquier dieta especial. Para ello se recomienda comer todo tipo de alimentos. Las verduras, las frutas, la carne, el pescado, los cereales y los lácteos deben ser la base de la dieta. ¿Quieres saber más?

1 de 10

¿ ...diovasculares durante la in...

E...



Newsletter de Onmeda

Aprende a cuidarte con sencillas recomendaciones y consejos de salud elaborados por médicos y expertos en salud. Regístrate de forma gratuita y recibe semanalmente las claves para mantenerte en forma. **¡Quiero suscribirme a la Newsletter!**

En cardiología pediátrica, ¿qué se ha conseguido?

Se ha conseguido que cardiopatías congénitas diagnosticadas en niños que eran mortales, ahora se puedan considerar enfermedades crónicas. Se han tenido que crear unidades de cardiopatías congénitas del adulto, porque los niños con patologías congénitas llegan a adultos. Anteriormente, no existían estas unidades porque los niños fallecían en los primeros años de vida. Ahora, como la inmensa mayoría de estas patologías tienen una solución quirúrgica y el niño puede llegar a la edad adulta se han tenido que crear estas unidades para poder hacer el seguimiento de estos pacientes con cardiopatía congénita corregida.

Se ha avanzado muchísimo en prácticamente todos los ámbitos de la cardiopatía pediátrica, por ejemplo, en arritmias. Los niños con taquicardias los estamos curando de manera definitiva con técnicas mínimamente invasivas; los niños que tienen agujeros en el corazón los cerramos; los niños con un bypass los redirigimos, etc. Hoy en día, contamos con una gran capacidad de actuación, tanto con cirugía con medios mínimamente invasivos, que nos han resuelto el 95% de los casos.

¿Tienes alguna pregunta sobre cardiología? Plantea tus dudas a nuestros expertos en los foros.

Por **H. Bakkali**

Todo sobre: **enfermedades cardiovasculares**

Puede interesarte

- » Alimentos ricos en hierro - Onmeda
- » Orgasmo
- » Entrevista con el Dr. Javier de Santiago
- » Síndrome del X frágil (síndrome de Martin-Bell)

recomendado por

Publicidad

Pregunte Médico Online

medicina.justanswer.es

5 Médicos están en línea. Pregunte y obtenga su respuesta ya!

Enlaces patrocinados

Publicidad

- » Alimentación saludable
- » Todos los medicamentos
- » Foros: pregunta a un experto
- » Actualidad en salud
- » Vídeos sobre salud
- » Tests: ponte a prueba
- » ¿Qué revela un síntoma?
- » Todo sobre el embarazo

Onmeda cumple y respeta las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario porque cumple sus principios generales y el código ético

Nosotros subscribimos los Principios del código HONcode. Compruébelo aquí.

Aviso legal: © 2014 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

Todo sobre: hepatitis

Entrevista con el Dr. José María Gatell

Autor: Redacción Onmeda

"Entre un 30 y un 50% de las personas infectadas por el VIH están también infectadas por el virus de la hepatitis C."

Actualmente, se estima que en España entre un 30 y un 50% de las personas con VIH también están infectadas por la hepatitis C. Esta coinfección puede suponer una progresión más rápida de la infección del virus C de la hepatitis y, como consecuencia, puede existir un mayor daño hepático. No obstante, los tratamientos que actualmente están disponibles para el abordaje de esta circunstancia consiguen resultados cada vez más eficaces, mejorando el pronóstico de los pacientes.

Sobre los aspectos más frecuentes que se pueden derivar de esta coinfección, su abordaje terapéutico y la respuesta al tratamiento en estos casos, nos responde el Dr. José María Gatell, Jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínic de Barcelona.

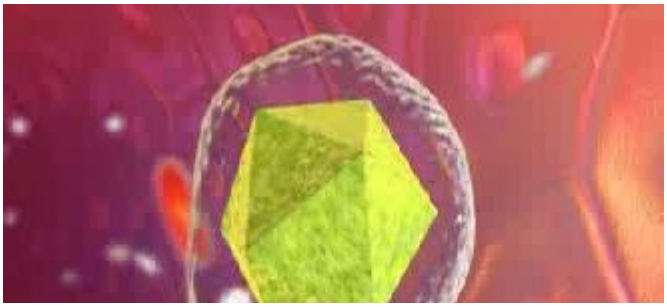
¿Qué tienen en común el VIH-SIDA y la Hepatitis C?

Tienen varias cosas en común y tienen algunas diferencias fundamentales. Lo más importante es que se transmiten por vías parecidas y esto es lo que hace que muchas personas estén infectadas a la vez por los dos virus. Una diferencia importante entre ambos es que el VIH de momento no se puede erradicar con los fármacos y, por lo tanto, necesita un tratamiento supresivo durante toda la vida. En el caso de una infección por el virus de la hepatitis c, con los tratamientos actuales, y con los que estarán disponibles en el futuro, cada vez son más los pacientes que se curan.

Hepatitis C y VIH-SIDA, ¿es frecuente esta coinfección?

Esto depende de los países y depende de cómo se ha adquirido la infección por VIH. Cuando la infección se adquiere entre drogodependientes por intercambio de jeringas, prácticamente toda esta población presenta ambos virus, casi se puede hablar del 100% de coinfección. Cuando la infección por VIH se adquiere por vía sexual la transmisión del virus C de la hepatitis es un poco más difícil y esto hace que las tasas de coinfección sean más bajas. Por ejemplo, en nuestro Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínic de Barcelona se estima que, aproximadamente, un 30% de cerca de los 5.000 pacientes VIH positivos que controlamos están al mismo tiempo infectados por el virus C de la hepatitis.

Hepatitis: Vídeos



En España, ¿cuál es la incidencia de pacientes que presentan ambos virus?

En España, aproximadamente, entre un 30 y un 50% de las personas que están infectadas por el VIH están también infectadas por el virus de la hepatitis C.

¿Y a nivel internacional?

Varía muchísimo de unos países a otros. En el este de Europa, donde casi todos los casos de infección por VIH son por intercambio de jeringas entre personas drogodependientes, la tasa de coinfección se acerca al 100%. Mientras que en países del centro y norte de Europa, y ahora cada vez más en España donde la infección por VIH se adquiere a través de relaciones sexuales, la tasa de coinfección es mucho más baja.

Padecer esta coinfección, ¿acelera o agrava el daño hepático?

Esto se demostró hace mucho tiempo. La hepatitis C en una persona que no está infectada por el VIH tiene una evolución muy lenta a lo largo del tiempo. Generalmente, se pueden tardar 20 o más años en que se produzca una evolución hacia una cirrosis, e, incluso, algunos casos evolucionan hacia cáncer de hígado. Estar coinfectado por el VIH, sobre todo si no se controla el VIH con tratamiento antirretroviral, acelera la progresión de la infección de la hepatitis C. Esto hace que a todos los pacientes coinfectados se les recomiende empezar el tratamiento contra el VIH lo antes posible, independientemente de las cifras de defensas que tengan o de la carga viral que presenten.

A parte del daño hepático, ¿qué otras complicaciones pueden derivarse de esta coinfección?

La hepatitis C puede crear algunas complicaciones fuera del hígado, por ejemplo, a nivel renal. Pero el 90% de los problemas relacionados con la hepatitis C se desarrollan en el hígado.

Últimos avances en hepatitis C

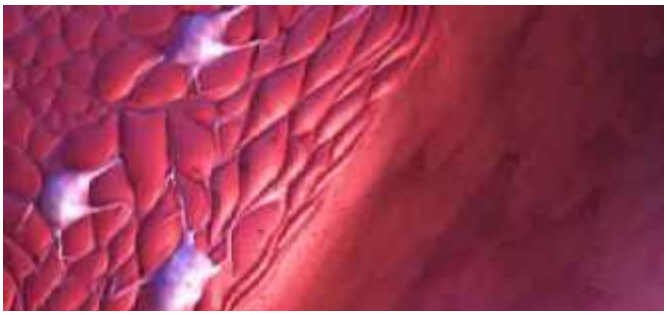
Se estima que tan solo la mitad de los afectados por hepatitis C está diagnosticado, por lo que se la considera la epidemia silenciosa.

1 de 18
zurückvor

¿Cuál es el abordaje terapéutico en estos pacientes?

El abordaje terapéutico del VIH es el habitual, con la diferencia de que en los casos en los que coexisten ambos virus el tratamiento debe empezarse lo antes posible. También hay que procurar escoger para el tratamiento del VIH aquellos fármacos que tienen una mejor tolerancia y una menor toxicidad para el hígado. Desde el punto de vista de la hepatitis C, lo que se debe hacer es decidir cuándo hay que empezar el tratamiento. En el momento actual, para el tratamiento de la hepatitis C, tenemos fármacos que si se utilizan bien, la tasa de curación de la hepatitis C estará entre el 50 y el 75% en los pacientes coinfectados. Actualmente, se están desarrollando muchísimos fármacos para el tratamiento de la hepatitis C que lo más probable es que estén disponibles en breve y con los cuales podremos curar, si no el 100% de los casos de hepatitis C, sí un porcentaje muy alto.

SIDA: Vídeos



Por lo general, ¿cómo responden los pacientes al tratamiento?

Al tratamiento del VIH responden bien, y al tratamiento de la hepatitis C, los pacientes coinfectados responden un poco peor que aquellos que no tienen el VIH, su respuesta es un poco más baja. Pero con los nuevos fármacos la respuesta está mejorando y con los fármacos que se comercializarán en uno o dos años es probable que no haya ninguna diferencia entre pacientes coinfectados por ambos virus y aquellos pacientes que no tienen el VIH.

¿Existe algún efecto adverso cuando se combinan fármacos para tratar ambas infecciones?

En general, cuantos más fármacos tiene que tomar un paciente peor resulta. En estos casos, si el paciente debe tomar de manera simultánea tratamiento para el VIH y para la hepatitis C, la tolerancia, las interacciones, etc., siempre son peores que en pacientes que no combinan ambos tratamientos.

Padecer hepatitis C, ¿empeora el pronóstico de un paciente con SIDA?

En principio no. Pero sí que padecer SIDA empeora el pronóstico de la hepatitis C. Tener hepatitis C no empeora la respuesta al tratamiento de VIH, lo que ocurre es que en algunos de estos pacientes la hepatitis C progresa y puede derivar en una cirrosis o en un cáncer de hígado, por este motivo pueden llegar a fallecer a causa de hepatitis C, por tanto, aumenta la mortalidad. De hecho, actualmente, un porcentaje no despreciable de los pocos pacientes con VIH que mueren se debe a que están coinfectados por el virus C de la hepatitis y sufren complicaciones a causa del mismo. Podríamos decir que la hepatitis C sí que empeora el pronóstico del VIH porque provoca que el paciente muera prematuramente, aunque no sea por causa del VIH.

¿Es posible controlar la hepatitis C en pacientes con VIH-SIDA?

Con los tratamientos que tenemos, actualmente se curan entre un 50 y un 60%. Y con lo fármacos que habrá en el mercado en uno o dos años, quizá podamos hablar del 80 al 90% de pacientes en los que la infección se pueda curar.

¿Cómo influye esta coinfección en la calidad de vida de los pacientes?

La hepatitis C disminuye la esperanza de vida de un paciente VIH positivo, salvo que tratemos la enfermedad y la curemos.

Por **H. Bakkali**

Todo sobre: hepatitis

Onmeda pertenece al conjunto de portales de salud que cumplen y respetan las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario tras ser revisada por el comité evaluador y cumplir los principios generales y el código ético.

Aviso legal:
© 2013 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es

tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

enfemenino.com

Sobre Nosotros
Contacto
Mapa del sitio
Exención de responsabilidad
Equipo

Todo sobre: cáncer cervical

Entrevista con el doctor Jose María Bayas

Autor: Redacción Onmeda

"Sin la presencia del VPH no habría cáncer de útero"

El Virus del Papiloma Humano (VPH) puede ser factor causal de diferentes afecciones como las verrugas genitales o el desarrollo de algunos tipos de cáncer, tanto en varones como en mujeres. Tumores como el de cuello uterino, por ejemplo, que de no ser por la presencia de este virus no existirían.

La vacuna frente al VPH es una de las medidas para disminuir y prevenir los riesgos de estas patologías. Sobre cuál es el mecanismo de actuación de esta vacuna, cuándo resulta más eficaz su administración, y cuáles son sus principales beneficios y sus principales riesgos, tanto en mujeres como en hombres, responde el Dr. José María Bayas Rodríguez, Presidente de la Asociación Española de Vacunología y responsable del Centro de Vacunación de Adultos, Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología del Hospital Clínc de Barcelona.

¿Qué es el Virus del Papiloma Humano (VPH)? ¿Cómo actúa sobre el organismo?

El VPH es un conjunto muy amplio de virus que infecta a diferentes especies animales. En humanos, algunos de estos virus producen verrugas de diferentes tipos tanto en pies, como en manos o en genitales. Otros tipos del VPH están relacionados con determinados cánceres: cáncer de cuello de útero, ano, vulva, vagina, pene y cavidad bucal (naso y orofaringe). De los, aproximadamente, 14 tipos de virus del papiloma humano relacionados con cáncer, los tipos 16 y 18 son responsables de alrededor del 70% de los cánceres de cuello de útero.

Cáncer de útero: Vídeos

¿Cómo funciona la vacuna del VPH?

Los dos tipos de vacuna que se han desarrollado frente a este virus pretenden actuar sobre el cáncer, y una de estas vacunas pretende prevenir también las verrugas genitales. Ambas vacunas se administran en tres dosis. La primera en el momento elegido, la segunda al cabo de uno o dos meses y la tercera al cabo de seis meses.

¿Cuáles son los principales beneficios la vacuna del VPH?

Sus principales beneficios son prevenir los tipos de cáncer asociados al VPH, y reducir la frecuencia de verrugas genitales. En la prevención de los cánceres asociados a estos virus cabría destacar el cáncer de cuello de útero que es el más importante de todos los asociados al VPH. Cabe recordar, que precediendo al cáncer invasor, se producen toda una serie de lesiones en el cuello uterino a causa de estos virus. Las personas vacunadas no solamente tendrán una reducción en la probabilidad de padecer el cáncer de útero, sino que podrán prevenir estas lesiones previas, lesiones precancerosas, que pese a poder ser tratadas, el coste que esto supone, tanto en términos de sufrimiento de la paciente como en términos económicos, es alto. Por otro lado, el resultado de estos tratamientos no siempre es satisfactorio.

¿Y los principales riesgos que puede tener?

Son riesgos similares a los riesgos que puedan tener otras vacunas que se encuentran en los programas sistemáticos de vacunación. Una proporción pequeña de vacunados puede tener ligeras molestias locales pasajeras, como puede ocurrir con otras vacunas, como por ejemplo la del tétanos. Los riesgos graves de la vacuna frente al VPH son extraordinariamente remotos. Ninguna actuación médica tiene un riesgo cero. Hemos de actuar siempre con criterios de balance beneficio-riesgo. Los beneficios aquí son abrumadores, así se ha constatado en los ensayos clínicos y en la vigilancia post comercialización de estas vacunas tras millones de dosis administradas.

¿Puede conllevar mayor riesgo administrar esta vacuna en niñas que administrarla en mujeres adultas?

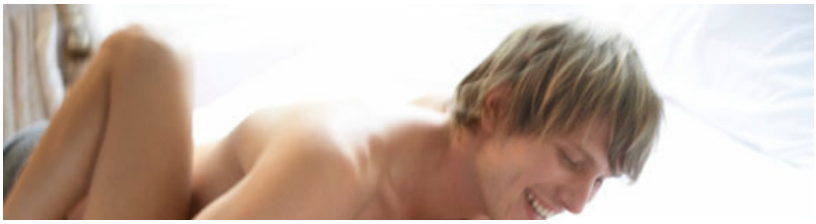
No. El perfil de seguridad estudiado en mujeres y en niñas, así como en niños y en varones adultos es el mismo. Los riesgos son bajos y asumibles.

¿En qué medida puede beneficiar a mujeres adultas que ya hayan estado expuestas al VPH?

En estos casos, la mujer se puede beneficiar en una medida importante. Obviamente, el beneficio óptimo se consigue cuando se vacuna a niñas por dos razones: en primer lugar porque las personas más jóvenes responden de una forma mucho más vigorosa a ésta y a otras vacunas; y en segundo lugar porque cuando se vacuna a niñas sabemos que todavía no se ha producido ningún tipo de contacto con estos virus, puesto que su transmisión es a través de relaciones sexuales.

Cuando se vacuna a mujeres adultas que ya han iniciado relaciones sexuales y que han podido infectarse, también resulta muy beneficioso, incluso en mujeres que han tenido enfermedades asociadas con estos virus y a las que ha habido que hacer algún tipo de intervención sobre el cuello del útero, porque estas mujeres pueden tener un riesgo de reactivación de estas lesiones, por antiguas o nuevas infecciones. Precisamente, al haber tenido estas lesiones precancerosas la vacunación estaría especialmente recomendada.

Las enfermedades de transmisión sexual en 14 claves



Enfermedades de transmisión sexual (ETS), infecciones de transmisión sexual o enfermedades venéreas son aquellas patologías que se contagian fundamentalmente por medio del contacto sexual.

1 de 14

¿Es eficaz su administración en hombres?

Sí, también resulta eficaz. La respuesta a la vacunación en términos de anticuerpos es similar a la de las mujeres. Los niños responden también mejor que los hombres adultos. También tenemos información sobre su eficacia frente a las verrugas genitales.

Estas vacunas se han estudiado, fundamentalmente, en mujeres porque ellas son las que soportan la carga más importante de las enfermedades asociadas al VPH. Por lo tanto, tenemos menos experiencia sobre los beneficios de estas vacunas aplicadas a varones. Evidentemente, cuando se consiga vacunar a mujeres y hombres de forma amplia, se reducirán las fuentes de infección y se reducirá la proporción de personas infectadas que son las que infectan a las que todavía no lo están. Respecto a las pautas de administración en el varón, serían iguales que en la administración a la mujer: en tres dosis. La primera en el momento elegido, la segunda al cabo de uno o dos meses y la tercera al cabo de seis meses.

¿A qué edad se recomienda su administración en varones?

En algunos países, como en los Estados Unidos, se ha recomendado la vacunación entre los 9 años y los 26 años. Fundamentalmente, se recomienda en niños que aún no han mantenido relaciones sexuales. Los mayores beneficios se obtienen en niños, pero también se administra y se recomienda a varones que ya han iniciado relaciones sexuales.

Si un hombre ha estado expuesto al VPH, ¿le beneficia vacunarse?

Sí. Lo que ocurre con el VPH es que las infecciones se eliminan de forma espontánea, la mayor parte de las veces (aunque la persistencia de la infección parece ser mayor que en las mujeres), pero la reinfección es la norma. La vacuna no evita una lesión que estuviera ya en marcha, pero sí que beneficia a hombres que han estado expuestos y que han eliminado el virus porque prevendría nuevas reinfecciones.

¿Qué tipos de cánceres asociados al VPH son los más comunes en la mujer?

El más importante es el cáncer de cuello de útero. Se estima que el número de cánceres que se producen en el mundo directamente relacionados con el virus del papiloma humano son cerca de 700.000 casos nuevos por cada año, del orden de 550.000 son cánceres de cuello uterino. Es muy importante señalar que sin la presencia del VPH no habría cáncer de útero. Si consiguiéramos acabar con estos virus, acabaríamos con el cáncer de cuello de útero. Como hemos comentado, también se asocia el VPH a otros cánceres como el de vulva, el de vagina, el de ano y el cáncer de cavidad bucal, aunque en menor medida.

¿Y en el varón?

Entre los cánceres más importantes asociados al VPH en el hombre destaca el ano, que es más frecuente en

varones que tiene relaciones sexuales con otros varones. Y también están relacionados el cáncer de cavidad bucal y el cáncer de pene.

¿En qué grado la vacuna del VPH previene de cánceres asociados de este virus?

Si hablamos de los tipos del VPH 16 y 18, que son los principales asociados a estos cánceres que hemos comentado, los ensayos clínicos nos informan de eficacias protectoras por encima del 95%. Asimismo, se ha demostrado protección cruzada frente a otros virus oncogénicos, cuyos antígenos no están contenidos en la vacuna.

¿Durante cuánto tiempo protege la vacuna frente al VPH?

La respuesta aún no la tenemos, no sabemos si habrá que administrar dosis de refuerzo, pero los datos son muy esperanzadores, puesto que ya hay un seguimiento de años y por comparación con otros tipos de vacunas como la de la hepatitis B y otras, sí que sabemos que el tiempo de protección va a ser muy duradero. Me atrevería a aventurar que, al menos en personas inmunocompetentes, no serán necesarias dosis de recuerdo.

Por **H. Bakkali**

Todo sobre: cáncer cervical

Onmeda pertenece al conjunto de portales de salud que cumplen y respetan las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario tras ser revisada por el comité evaluador y cumplir los principios generales y el código ético.

Aviso legal:
© 2013 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

Onmeda.es
Para tu salud

Todo sobre: cáncer

Entrevista con el Dr. Emilio Alba

Autor: Redacción Onmeda

Día Mundial contra el Cáncer: ¿se puede prevenir la metástasis?

La mayoría de los cánceres tienen como causa factores ambientales. Tal y como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS), al menos un tercio de todos los cánceres se pueden prevenir. Hábitos como llevar una dieta sana y equilibrada, realizar ejercicio físico, tomar el sol con precaución, adoptar medidas de prevención frente al Virus del Papiloma Humano (VPH) y evitar el tabaco, ayudan a prevenir el cáncer.

Con motivo del Día Mundial Contra el Cáncer, que se conemora el 4 de febrero, el doctor Emilio Alba, jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, nos explica la situación actual del cáncer y el proceso de la metástasis, uno de los aspectos más importantes de la enfermedad, y que hoy en día supone uno de los grandes retos para la investigación oncológica.

¿Qué causas hacen posible que se forme un tumor?

Las causas más frecuentes del cáncer son el tabaco, el sobrepeso, la infección por virus y la predisposición genética.

¿En qué cánceres se está consiguiendo un mayor control?

Los tumores en los que se está alcanzando una más alta tasa de curaciones son los tumores infantiles, algunos tumores hematológicos, los tumores germinales y los tumores de mama y colon.

¿Cuáles son los que presentan peor pronóstico?

Los que presentan peor pronóstico son los de pulmón, tracto digestivo superior y cerebrales.

Cáncer de pulmón: Vídeos

¿Cómo podríamos definir la metástasis?

La metástasis se define como un foco de células tumorales que emigran desde un tumor primario hasta otro órgano diferente del organismo, por lo general pulmón, hígado, hueso , ganglios o cerebro.

¿Cómo y por qué se produce?

La causa no es bien conocida. Hoy día, se admite que el tumor adquiere unas características genéticas que hace que pueda emigrar a órganos diferentes del de origen. Por otra parte, la capacidad de producir metástasis es diferente en los diversos tumores.

¿Es posible su prevención?

Depende. En algunos tumores se puede disminuir su frecuencia con quimioterapia u hormonoterapia. Es más controlable en tumores de mama y colon y en algunos otros menos frecuentes.

Newsletter de Onmeda

Aprende a cuidarte con sencillas recomendaciones y consejos de salud elaborados por médicos y expertos en salud. Regístrate de forma gratuita y recibe semanalmente las claves para mantenerte en forma. **¡Quiero suscribirme a la Newsletter!**

En España, ¿cómo valora la investigación oncológica? ¿Qué diferencia el modelo español de otros modelos como el estadounidense?

La calidad es similar, aunque la investigación en España y en USA no tiene nada que ver, como por otra parte tampoco tiene que ver el sistema sanitario. Allí no solo hay más recursos sino que es más ágil. Además, ahora hay un problema presupuestario que puede retrasar el proceso.

¿Tienes alguna pregunta sobre el cáncer? Plantea tus dudas a nuestros expertos..

Por **H. Bakkali**

Todo sobre: cáncer

Onmeda cumple y respeta las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario porque cumple sus principios generales y el código ético

Nosotros subscribimos los Principios del código HONcode.
Compruébelo aquí.

Aviso legal:
© 2014 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

Sobre Nosotros
Contacto
Mapa del sitio
Exención de responsabilidad
Equipo

Onmeda.es
Para tu salud

Todo sobre: cáncer

Entrevista con el Dr. Aureli Torné

Autor: Redacción Onmeda

Día Mundial contra el Cáncer: cáncer de ovario

El cáncer de ovario se caracteriza por ser un tumor silencioso y de sintomatología inespecífica, hecho que convierte su detección en tardía empeorando el pronóstico de la enfermedad. Alrededor de un 70% de los cánceres de ovario se detectan en una fase avanzada y pese a no ser el tumor ginecológico más frecuente sí es el que mayor tasa de mortalidad presenta.

Encontrar nuevos métodos que favorezcan la detección temprana de esta neoplasia o poder contar con tratamientos más eficaces y personalizados son algunos de los retos a la hora de enfocar la enfermedad. El Dr. Aureli Torné Bladé, presidente electo de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia, y consultor en Ginecología Oncológica del Hospital Clinic de Barcelona nos explica cuáles son las características principales que definen al cáncer de ovario y cuáles son los avances que más urgen en su abordaje.

¿Cómo se manifiesta el cáncer de ovario?

El cáncer de ovario suele ser una enfermedad bastante silente, con síntomas poco expresivos, lo que condiciona un diagnóstico tardío y ya en fases avanzadas. De hecho, la mayoría de las mujeres con esta enfermedad presentan síntomas abdominales o pélvicos vagos e inespecíficos. El dolor abdominal o la distensión persistentes son los síntomas más frecuentes, aunque en otras ocasiones las pacientes también refieren aumento de la frecuencia urinaria, falta de apetito, molestias digestivas o sensación de saciedad. Solo en estadios avanzados en los que se acumula gran cantidad de líquido en el abdomen, la paciente explica un importante crecimiento del perímetro abdominal con incomodidad para moverse y dificultad respiratoria.

¿Qué son los marcadores tumorales?

Los **marcadores tumorales** son sustancias (proteínas, genes...) que producen las células. Se puede descubrir su presencia en el organismo a través de la **orina**, la **sangre** y otros **tejidos corporales**.

1 de 10

¿Es el cáncer de ovario el de peor pronóstico dentro de los cánceres ginecológicos?

Aunque el cáncer de ovario no es el cáncer ginecológico más frecuente es el que mayor mortalidad provoca. La principal explicación, en buena parte, estriba en el elevado número de casos con diagnóstico tardío. De hecho, si lo comparamos con otros tumores ginecológicos, la supervivencia, estadio por estadio, es similar.

En general se acepta que el cáncer de ovario es muy sensible a la quimioterapia, lo que permite respuestas importantes en la mayoría de casos, incluso en estadio avanzado. Esta elevada quimiosensibilidad es especialmente evidente en algunos tipos de cáncer de ovario como los tumores germinales, en los que este tratamiento permite cirugía conservadora (conservación del ovario contralateral y útero) con una elevada tasa de curación.

¿En qué consiste la histerectomía y en qué grado puede prevenir del tumor de ovario?

La histerectomía simple consiste en extirpar el útero preservando los ovarios y las trompas. La histerectomía radical hace referencia a la extirpación del útero incluyendo los ligamentos y parte de la vagina, pero no implica la extirpación del los ovarios. Estudios clásicos sugerían que la extirpación del útero o la ligadura de trompas se asociaba a una reducción del riesgo de cáncer de ovario.

Actualmente existe una teoría según la cual algunos cánceres de ovario estarían causalmente relacionados con la implantación de células descamadas del canal endocervical (tumores mucinosos), de la cavidad endometrial (endometroides) o de la luz de las trompas (serosos) en la superficie ovárica. Estas células procedentes de otros tejidos, cuya implantación se vería facilitada como consecuencia de la ovulación, tendrían mayor capacidad de transformarse en malignas.

Cáncer de ovarios: Vídeos

¿Existe alguna relación entre el VPH y el cáncer de ovario?

No, el VPH es un virus que se transmite por el contacto entre piel o mucosas y es el factor etiológico principal del cáncer de cuello de útero y de un número significativo de cánceres de vagina, vulva y cáncer del canal anal (tracto genital inferior) pero no está implicado en la génesis de los tumores del tracto genital superior.

¿Cómo puede afectar el cáncer de ovario a la vida sexual de la mujer?

Las implicaciones en la vida sexual pueden producirse a dos niveles, psicológico y físico. En general, cualquier cáncer del área ginecológica puede conllevar ansiedad, angustia y preocupación, lo que se traduce en una reducción de la líbido. Por otro lado, los tratamientos (cirugía radical, quimioterapia) sus secuelas o efectos secundarios (menopausia quirúrgica) pueden condicionar cambios anatómicos que interfieren con la vida sexual normal. No obstante, una gran mayoría de mujeres, pasados los efectos de estos tratamientos, pueden disfrutar de una vida sexual aparentemente normal.

¿En que medida haber padecido cáncer de mama aumenta el riesgo de padecer cáncer de ovario?

Solo en aquellos casos en los que el cáncer de mama es heredo-familiar y está asociado a las mutaciones BRCA1 y 2 que también predisponen al cáncer de ovario.

El embarazo, ¿beneficia o perjudica a la detección de este tumor?

De entrada, este tumor es muy infrecuente durante la gestación, ya que se trata de un cáncer que afecta mayoritariamente a mujeres postmenopáusicas. Los tumores malignos de ovario que aparecen en mujeres jóvenes suelen corresponder a tumores germinales (en las dos primeras décadas de la vida el 70% de los tumores ováricos son de estirpe germinal y la tercera parte de estos son malignos).

En el embarazo, los síntomas inespecíficos causados por el tumor pueden verse enmascarados por la propia sintomatología gestacional. Por otra parte, la realización de ecografías rutinarias durante el control gestacional permiten, a veces, el diagnóstico precoz de tumores iniciales asintomáticos.

¿Benefician la gestación y la lactancia a la prevención de este tumor?

El embarazo en edades jóvenes y la lactancia tendrían un efecto protector, mientras una gestación tardía (a partir de los 35 años) o en especial no tener hijos o ser infértil se asocia a un mayor riesgo.

Si el cáncer de ovario se produce durante el embarazo, ¿cuál sería el abordaje?

Los infrecuentes casos de cáncer de ovario en la gestación suelen corresponder a disgerminomas (el tumor germinal más frecuente) y si están localizados puede extirparse el ovario y dejar proseguir la gestación. En los casos avanzados, la finalización del embarazo dependerá del momento gestacional, aunque en el segundo trimestre y en el tercer trimestre puede administrarse quimioterapia sin aparente perjuicio para el feto. Cuando se trata de otros tumores más agresivos, la conducta debe individualizares teniendo en cuenta el mayor beneficio para la paciente y el feto.

El pronóstico del cáncer de ovario durante la gestación no varía respecto a de las mujeres no gestantes. Los únicos motivos que pueden modificar el pronóstico es si a consecuencia del embarazo se realiza un diagnóstico más tardío o si no se realizan adecuadamente los tratamientos por la interferencia que puede suponer la gestación.

¿Es posible ser madre tras un cáncer de ovario?

La conservación de la fertilidad en el cáncer de ovario epitelial implica limitar la cirugía extirpando únicamente el ovario y trompa afectos y preservando el ovario y la trompa contralaterales así como el útero. Esta situación solo es posible ante una enfermedad inicial (estadio I) comprobada tras una cirugía de estadificación completa que implica revisión de toda la cavidad abdominal, toma de muestras peritoneales, y extirpación de las cadenas ganglionares pélvicas y paraaórticas. En otro tipo de tumores (*borderline,* germinales, de los cordones sexuales-estroma) la preservación de la fertilidad es posible en la mayoría de casos.

Newsletter de Onmeda

Aprende a cuidarte con sencillas recomendaciones y consejos de salud elaborados por médicos y expertos en salud. Regístrate de forma gratuita y recibe semanalmente las claves para mantenerte en forma. **¡Quiero suscribirme a la Newsletter!**

¿Cuáles son los retos pendientes en el abordaje del cáncer de ovario

En primer lugar, encontrar métodos útiles y aplicables para el diagnóstico precoz de la enfermedad. El diagnóstico de un mayor número de casos en estadio inicial permitiría aumentar claramente la supervivencia incluso realizando los tratamientos actualmente disponibles. Mejorar la caracterización molecular de cada tumor con tal de conocer su comportamiento biológico y tener información pronóstica exacta que permita modular los tratamientos y seguimiento de cada paciente.

También obtener nuevos tratamientos o combinaciones de tratamientos que permitan una mayor eficacia en los casos más desfavorables (tumores muy avanzados, tratamiento de la recidiva o metástasis o de los casos resistentes). En definitiva, el tratamiento del cáncer de ovario tiene como reto común al resto de la oncología, aumentar la tasa de curación mediante la aplicación de tratamientos más eficaces y menos invasivos (más conservadores) que supongan una mayor calidad de vida de las pacientes.

¿Tienes alguna pregunta sobre el cáncer de ovario? Plantea tus dudas a nuestros expertos..

Por **H. Bakkali**

Todo sobre: cáncer

Onmeda cumple y respeta las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario porque cumple sus principios generales y el código ético

Nosotros subscribimos los Principios del código HONcode.
Compruébelo aquí.

Aviso legal:
© 2014 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

Sobre Nosotros
Contacto
Mapa del sitio
Exención de responsabilidad
Equipo

Onmeda.es
Para tu salud

Todo sobre: cáncer

Entrevista con Sergio Luna

Autor: Redacción Onmeda

Día Mundial contra el Cáncer: cáncer de endometrio

El cáncer de endometrio de tipo I, el más habitual, es frecuente que se manifieste durante los peridos de perimenopausia y postmenopausia. A su desarrollo, pueden asociarse factores como la diabetes, la obesidad, así como la nuliparidad y la infertilidad.

Con motivo del Día Mundial contra el Cáncer, que se conmemora el 4 de febrero, el doctor Sergio Luna Ordóñez, especialista en Ginecología Oncológica del Hospital Carlos Haya de Málaga, nos explica cuáles son los tipos más frecuentes de este tumor, en qué casos puede resultar más agresivo y de peor pronóstico y qué medidas preventivas y de diagnóstico precoz existen actualmente.

¿Qué tipo de cáncer de endometrio es el más frecuente?

El tipo I, de naturaleza endometrioide. Los cánceres de endometrio son fundamentalmente de tipo endometrioide. Los de tipo II se asocian a mutaciones y condiciones genéticas que, en cierto modo, los acercan a los tumores ováricos en lo que respecta a abordaje terapéutico, medidas de prevención y diagnóstico temprano.

¿Cuál es el tipo de cáncer de endometrio más agresivo?

El cáncer de endometrio de tipo II, los tumores de estirpe papilar seroso y de células claras.

¿Se trata de un tumor de carácter hereditario?

El componente hereditario lo encontramos en los tumores tipo II, más frecuentes en mujeres más jóvenes y vinculados a mutaciones y predisposición genética de alguna manera comparable a los condicionantes genéticos que conocemos en el cáncer de ovario.

Cáncer de ovarios: Vídeos

¿A qué edad es más común que se manifieste este tipo de cáncer?

Es habitualmente un tumor de la segunda mitad de la vida, de la peri y postmenopausia, si nos referimos de forma habitual a los endometrioides que son los más frecuentes. Los tumores tipo II pueden aparecer en mujeres más jóvenes.

¿Es más agresivo este cáncer en mujeres jóvenes?

El cáncer de endometrio en mujeres jóvenes suele ser tipo II, por lo tanto, es más agresivo que los endometrioides.

La obesidad, la infertilidad y la nuliparidad, ¿en qué medidad pueden ser factores de predisponentes a desarrollar este tumor?

Dentro del perfil epidemiológico de las pacientes con cáncer de endometrio (endometrioide) destaca la presencia de obesidad, nuliparidad e infertilidad como factores de riesgo. Se debe incluir también como factor de riesgo la diabetes.

¿La menarquia precoz y menopausia tardia pueden ser factores de riesgo?

Lo son en los tumores endometrioides, los más frecuentes y que están vinculados a un estimulo hormonal mantenido y no equilibrado.

Newsletter de Onmeda

Aprende a cuidarte con sencillas recomendaciones y consejos de salud elaborados por médicos y expertos en salud. Regístrate de forma gratuita y recibe semanalmente las claves para mantenerte en forma. **¡Quiero suscribirme a la Newsletter!**

La Terapia Hormonal Sustitutiva (THS) durante la menopausia, ¿es factor de riesgo

La utilizacion de THS implica un riesgo de desarrollar cáncer de endometrio, si bien con las pautas habituales de prevención y los mecanismos de revisión adecuados, se trata de un factor perfectamente controlable.

Tener antecedentes de quistes de ovario, ¿puede ser otro factor de riesgo?

En absoluto, de forma genérica.

¿El cáncer de endometrio es un tumor común?

El cáncer de endometrio es la neoplasia ginecológica más frecuente, si exceptuamos los cánceres de mama.

¿En qué estadio suele detectarse?

Afortunadamente, los tumores endometrioides pueden diagnosticarse en estadios precoces. Los tumores tipo II tienen una expresión clínica más inespecífica y el diagnóstico en estadios precoces es más complejo.

¿Con qué métodos diagnósticos contamos hoy en día?

La forma de presentación clínica es el sangrado. Los métodos diagnósticos ante un sangrado peri y postmenopausico deben incluir la exploración clínica, ecográfica e histeroscópica para toma de muestras.

¿Tienes alguna pregunta sobre el cáncer de endometrio? Plantea tus dudas a nuestros expertos..

Por **H. Bakkali**

Todo sobre: cáncer

Onmeda cumple y respeta las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario porque cumple sus principios generales y el código ético

Nosotros subscribimos los Principios del código HONcode.
Compruébelo aquí.

Aviso legal:
© 2014 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

Onmeda.es
Para tu salud

Todo sobre: cáncer

Entrevista con el Dr. Juan González García

Autor: Redacción Onmeda

Cáncer y sida: la necesidad de un abordaje conjunto

Sarcoma de Kaposi, los linfomas, el hepatocarcinoma asociado a la infección por hepatitis y aquellos cánceres relacionados con el Virus del Papiloma Humano (VPH) como son el tumor de cérvix y el anal, son los cánceres más comunes en pacientes con VIH-SIDA. Pese a que hecho de padecer ambas enfermedades puede suponer que la combinación de fármacos disminuya la eficacia de algunos medicamentos o incluso que aumente su grado de toxicidad, actualmente es fácil disponer en cada paciente de pautas que permitan conciliar ambos tratamientos.

Con motivo del Día Mundial contra el Cáncer, el doctor Juan González García, jefe de Sección de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario La Paz de Madrid, nos responde a las particularidades que pueden presentarse en el abordaje de los pacientes cuando padecen VIH-SIDA y cáncer.

Actualmente en España, ¿cuál es la incidencia de pacientes que padecen VIH-SIDA y cáncer?

No conozco la existencia de estudios o registros que permitan contestar esta pregunta con exactitud en la población española con infección por VIH, pero sí se puede decir que es superior a la de la población general.

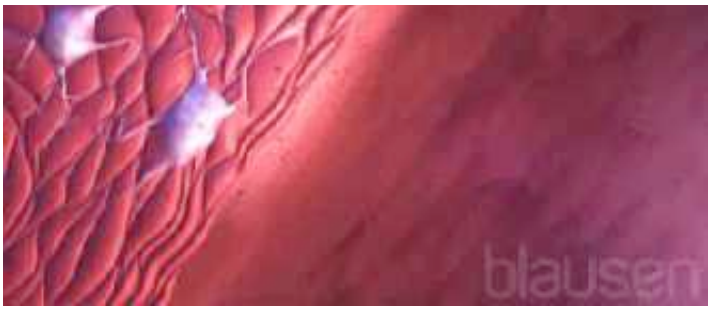
¿El VIH-SIDA hace más vulnerable al paciente a padecer cáncer?

Sí, especialmente a tumores cuyo desarrollo está relacionado con la inmunodeficiencia o con la exposición a otros virus, **como linfomas o el sarcoma de Kaposi**.

¿Qué cánceres son los más comunes en pacientes con VIH-SIDA?

Los linfomas, el sarcoma de Kaposi, los relacionados con infección por VPH (cérvix en la mujer y el anal en varones) o el hepatocarcinoma asociado a la infección por virus de hepatitis. Además los pacientes infectados por el VIH pueden tener una mayor prevalencia de otros factores de riesgo como tabaco o alcohol y por ello tener mayor incidencia de tumores como pulmón o páncreas.

SIDA: Vídeos



¿Está aumentando la incidencia de otras neoplasias en pacientes con VIH-SIDA?

Refiriéndonos a las neoplasias diferentes a aquellas clásicamente asociadas al VIH (linfomas y sarcoma de Kaposi) sí se puede decir que la incidencia de otras neoplasias está aumentando. En este incremento juega un papel importante la mayor supervivencia libre de complicaciones de SIDA que presentan los pacientes infectados por VIH en la actualidad y la exposición a factores de riesgo ya comentados.

¿Incrementa el VIH-SIDA el riesgo de desarrollar cáncer de hígado?

Los pacientes con VIH en España con frecuencia están coinfectados por virus de hepatitis B o hepatitis C o manifiestan un elevado consumo de alcohol. En este sentido el paciente con VIH tiene mayor riesgo de desarrollar cáncer hepático, pero también hay datos que la propia infección por VIH aumenta el riesgo de hepatocarcinoma.

En pacientes que presentan ambas patologías, ¿cuál es el pronóstico del cáncer? ¿Evoluciona más rápidamente?

En pacientes infectados por el VIH el pronóstico tras el diagnóstico de un cáncer (por ejemplo de pulmón o hígado) suele ser más sombrío que en pacientes sin VIH, tanto por ser frecuente un diagnóstico en estadios más avanzado como una evolución más agresiva. Por el contrario, el pronóstico puede ser similar a la población general en aquellos casos en que el diagnóstico es muy precoz en el contexto de programas de cribado (por ejemplo, mama, carcinoma de cérvix o anal).

¿Son más frecuentes las recidivas?

No tengo datos fidedignos para contestar esta pregunta de forma genérica, pero sí está descrito una peor respuesta a los tratamientos y, por tanto, períodos libres de enfermedad más cortos, y en los casos de neoplasias clásicamente asociadas a VIH como los linfomas la recidiva y la peor repuesta al tratamientos está claramente documentado.

¿Cuánto sabes sobre el VIH?
¿Sabes qué métodos anticonceptivos te protegen contra el VIH? ¿Sabes cómo te puedes contagiar¿ ¡Ponte a prueba con nuestro juego de preguntas sobre el VIH! **¡Quiero jugar!**

¿Y el pronóstico del sida empeora?

En general el tratamiento de las neoplasias es inmunosupresor y contribuye a una disminución de linfocitos CD4+, por tanto, aumenta el riesgo de padecer complicaciones como infecciones oportunistas. Podemos decir que el desarrollo de cáncer en un paciente infectado por el VIH contrarresta los efectos beneficiosos del tratamiento con antirretrovirales.

¿En qué consiste el abordaje terapéutico en este tipo de pacientes?

Siempre se debe procurar el tratamiento combinado de ambas enfermedades. Tener un buen control de la

infección por VIH es fundamental para el tratamiento de neoplasias asociadas a la infección por VIH como linfomas o sarcoma de Kaposi. Hay casos, como sarcoma de Kaposi estadios leves, que simplemente controlando la infección por VIH desaparecen. En el caso de otras neoplasias también deberá procurarse hacer un tratamiento combinado para disminuir el riesgo de complicaciones.

Newsletter de Onmeda
Aprende a cuidarte con sencillas recomendaciones y consejos de salud elaborados por médicos y expertos en salud. Regístrate de forma gratuita y recibe semanalmente las claves para mantenerte sano. **¡Quiero suscribirme a la Newsletter¡**

¿Qué problemas pueden surgir de la combinación de fármacos para tratar ambas enfermedades?

Fundamentalmente, las interacciones que pueden disminuir la eficacia de algunos fármacos (especialmente de los antirretrovirales) o aumentar la toxicidad (especialmente de los antitumorales). Pero, hoy en día, disponemos de antirretrovirales con poca capacidad de interaccionar en la actividad de los antineoplásicos por lo que es relativamente fácil disponer en cada paciente de pautas que permitan conciliar ambos tratamientos.

¿Tienes alguna pregunta sobre el cáncer? Plantea tus dudas a nuestros expertos.

Por **H. Bakkali**

Todo sobre: cáncer

Onmeda cumple y respeta las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario porque cumple sus principios generales y el código ético
Nosotros subscribimos los Principios del código HONcode.
Compruébelo aquí.

Aviso legal:
© 2014 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

Sobre Nosotros
Contacto
Mapa del sitio
Exención de responsabilidad
Equipo

Onmeda.es
Para tu salud

Todo sobre: métodos anticonceptivos

Entrevista con Luis Ortiz Quintana y Julia Fernández-Moris

Autor: Redacción Onmeda

Día Mundial de la Anticoncepción

El uso de los métodos anticonceptivos está totalmente instaurado en la sociedad. Sin embargo aún existen muchas dudas y se plantean incógnitas. Y es que, algunos estudios apuntan a que el uso de los anticonceptivos orales, puede incrementar ligeramente el riesgo de desarrollar cáncer de mama, especialmente en mujeres jóvenes. Al mismo tiempo, también se sabe que los anticonceptivos orales ayudan a prevenir el cáncer de ovario y de endometrio.

Con motivo del Día Mundial de la Anticoncepción, que se conmemora el día 26 de septiembre, el Profesor Luis Ortiz Quintana, Jefe del Departamento de Ginecología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid y la doctora Julia Fernández-Moris, médico adjunta de ginecología del mismo centro hospitalario, nos explican cuál es la relación que existe entre la toma de anticonceptivos orales y ciertas neoplasias, nos indican cuáles son los métodos anticonceptivos para la mujer más frecuentes, cuáles los más eficaces y qué riesgos y beneficios para la salud pueden tener cada uno de ellos.

¿Cuáles son los métodos anticonceptivos más habituales en la mujer?

Los hormonales (píldora combinada, parche, anillo vaginal...), el DIU, los de barrera y los métodos de urgencia.

Los métodos anticonceptivos femeninos, ¿protegen sólo frente a embarazos no deseados?

No. Además ofrecen un excelente control del ciclo, tienen efectos favorables sobre la piel y el cabello y mejoran la dismenorrea.

Frente a un embarazo no deseado, ¿qué método anticonceptivo es el más eficaz?

La anticoncepción de urgencia es una "segunda oportunidad" para prevenir el riesgo de embarazo no deseado, cuando se han mantenido relaciones sexuales sin protección o bien si ha surgido un fallo en la utilización del método anticonceptivo habitual.

Métodos anticonceptivos y su eficacia

El **preservativo**: su eficacia depende principalmente de que se haga un uso correcto. **Conclusión: es seguro si se utiliza bien (índice de Pearl: 2 - 12)**

1 de 21

¿De qué tipos son estos anticonceptivos de urgencia?

Son de dos tipos: hormonal y no hormonal. El hormonal contiene progesterona y no requiere receta médica para su dispensación. El no hormonal contiene acetato de ulipristal y necesita receta médica.

¿Cuáles son los principales tipos de píldora anticonceptiva que se emplean actualmente?

Anticonceptivos combinados serían el parche, la píldora combinada y el anillo vaginal. Solo con progestágeno la minipíldora, el implante subdérmico y el inyectable intramuscular.

¿Qué hay de cierto en que la píldora anticonceptiva puede causar cáncer de mama?

En estudios epidemiológicos se comprobó un ligero aumento del riesgo relativo (RR.1´24) de cáncer de mama en las mujeres que están tomando anticonceptivos hormonales orales. El riesgo adicional desaparece de manera gradual 10 años después de la interrupción del uso de AOC.

Empezar con su uso durante la adolescencia, ¿puede incrementar este riesgo?

Sí, algunos estudios sugieren que el uso de los anticonceptivos orales, puede aumentar ligeramente el riesgo de cáncer de mama, especialmente en las mujeres más jóvenes.

¿Es cierto que disminuye el riesgo de cáncer de ovario y de endometrio?

Sí, presenta un efecto directo antiproliferativo sobre el endometrio, independiente de los receptores de progesterona. Y también disminuye el riesgo de cáncer de ovario por la inhibición de la ovulación.

Tomar la píldora anticonceptiva, ¿puede conllevar algún riesgo para la salud? ¿Cuáles pueden ser sus principales contraindicaciones?

No deben utilizarse si existe presencia o antecedentes de trombosis venosa, trombosis arterial, accidente cerebrovascular, pancreatitis, hepatopatía grave, insuficiencia renal grave u función renal aguda, tumores hepáticos, tumores malignos dependientes de los esteroides sexuales (de los órganos genitales o mamas), hemorragia vaginal no diagnosticada o migraña con síntomas neurológicos focales.

¿Es cierto que el uso de la píldora favorece el aumento de peso?

Hoy en día, disponemos de píldoras que tienen una baja incidencia en los cambios en el peso corporal (1,1%).

Si se deja de tomar la píldora, ¿la mujer puede buscar el embarazo inmediatamente después o se debe esperar a que pase un tiempo?

Es aconsejable dejar de tomar la píldora un par de meses antes de intentar quedarse embarazada, aunque

también hay lugares en los que se señala que son necesarios tres meses o más para recobrar plenamente la fertilidad.

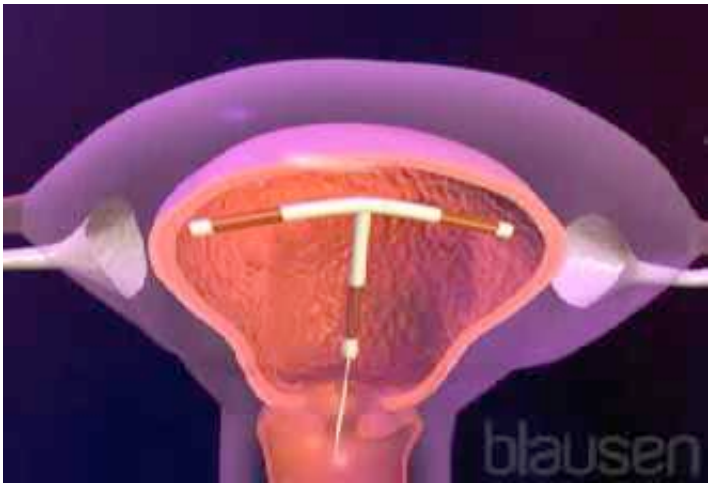
¿Puede su uso conllevar algún daño para el feto?

Estudios epidemiológicos no han revelado aumento del riesgo de defectos de nacimiento en los hijos de mujeres que tomaban AOC antes del embarazo.

¿Qué es el DIU?

Es un dispositivo intrauterino, con función anticonceptiva. Hay dos tipos de DIU, el que libera metales y el hormonal. Puede tener diferentes formas y en el extremo inferior del brazo vertical hay un asa a la que se encuentran unidos dos hilos de extracción. El DIU de cobre puede durar entre dos y cinco años, según el modelo, y el DIU hormonal dura cinco años.

DIU: Vídeos



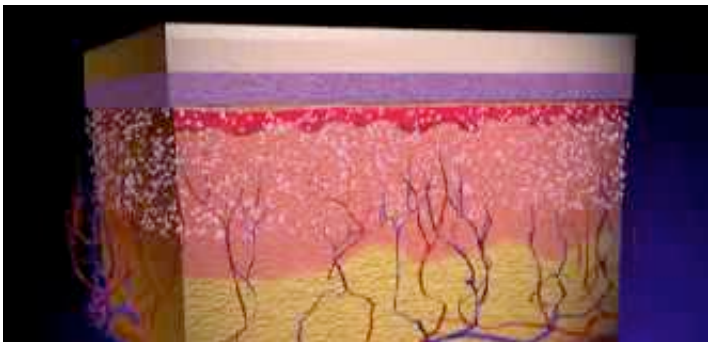
¿Cuáles son los principales riesgos y complicaciones que pueden derivarse de su empleo?

Puede aumentar el riesgo de infección de las trompas uterinas, por eso no es el método más aconsejable en mujeres que no tengan hijos o que tengan relaciones sexuales con varias parejas. Otras complicaciones son dolor durante la inserción, expulsión después de colocarlo, perforación del cuerpo uterino, embarazo, sangrado, dolor o infección.

Y los parches anticonceptivos, ¿en qué consisten? ¿Cómo se emplean?

Es un método anticonceptivo hormonal combinado, que va liberando las hormonas a la sangre a través de la piel. El parche es una fina lámina que contiene un adhesivo que permite su permanencia sobre la piel durante una semana. Cada semana, en el mismo día, se cambia el parche, durante tres semanas consecutivas. Tras usar 3 parches, uno por semana, durante 3 semanas, se tendrá la menstruación en la cuarta semana.

Parche anticonceptivo: Vídeos



¿Es cierto que pueden aumentar el riesgo de trombosis venosa?

Como el resto de los anticonceptivos, no deben utilizarse si existe presencia o antecedentes de trombosis venosa (trombosis venosa profunda o embolia pulmonar).

¿Qué es el anillo vaginal y cuál es la forma correcta de usarlo?

Es un anillo de plástico, flexible, que se coloca en la vagina, y libera lentamente pequeñas cantidades de hormonas. El anillo vaginal se utiliza durante 3 semanas seguidas, y la 4ª semana es la de descanso, durante la que normalmente aparecerá la menstruación.

¿En qué medida es eficaz como método anticonceptivo?

Su eficacia es comparable a la del resto de anticonceptivos hormonales. Es del 99,7%.

¿Cuáles son sus principales inconvenientes?

No protege contra enfermedades de transmisión sexual. En algunas ocasiones, puede notarse al mantener relaciones sexuales. Su colocación puede ser incómoda. Puede tener efectos adversos. Se recomienda comprobar regularmente que el anillo este bien colocado en la vagina. Si se expulsa accidentalmente fuera de la vagina, se debe de insertar uno nuevo, y emplear conjuntamente un método de barrera los 7 días siguientes.

¿Cómo puede afectar este método anticonceptivo a las relaciones sexuales?

La mayoría de las parejas no lo perciben durante las relaciones sexuales. Si está bien colocado en la vagina, no tiene por que afectar a las relaciones sexuales.

Por **H. Bakkali**

¿Tienes alguna pregunta sobre anticoncepción? Plantea tus dudas a nuestros expertos y sal de dudas.

Todo sobre: métodos anticonceptivos

WEB médica acreditada

Onmeda pertenece al conjunto de portales de salud que cumplen y respetan las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

WIS

Onmeda está certificada como web de interés sanitario tras ser revisada por el comité evaluador y cumplir los principios generales y el código ético.

Aviso legal:
© 2013 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta

médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

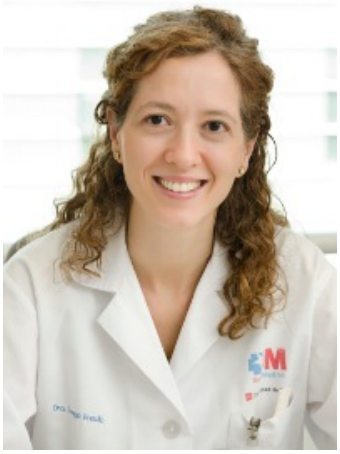
enfemenino.com

Sobre Nosotros
Contacto
Mapa del sitio
Exención de responsabilidad
Equipo

Entrevista con la doctora Isabel Longo

Autor: Redacción Onmeda

Día Mundial del Linfoma: solo en España, se diagnostican 6.000 nuevos casos cada año.



Se estima que la incidencia del linfoma cutáneo en España está alrededor de 1,4 casos por cada 100.000 habitantes, frente a los datos a nivel internacional que recogen 1 caso por cada 100.000 habitantes. Las causas de las formas más frecuentes de este cáncer no parecen del todo definidas, pudiendo responder a factores genéticos, infecciones o badajada de defensas del sistema inmunitario.

Con motivo del Día Mundial del Linfoma, que se conmemora el 15 de septiembre, la doctora Isabel Longo, especialista del Servicio de Dermatología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, nos aclara cuál es el pronóstico que presenta esta enfermedad actualmente, en qué consiste su abordaje terapéutico y cuáles son los avances más esperanzadores en materia de investigación.

¿Qué es un linfoma cutáneo?

El linfoma cutáneo consiste en la presencia de células malignas de la sangre en la piel. El origen de estas células puede ser secundario a otro linfoma, generalmente de los ganglios, que se extiende a otros órganos incluyendo la piel o primario que significa que las células están al principio solo en la piel aunque después haya posibilidad de que se diseminen a otros órganos. Cuando hablamos de linfoma cutáneo nos referimos a este último, al grupo de linfomas cutáneos primarios, que son una forma poco frecuente de linfomas no Hodgkin, ya que la mayoría son ganglionares. Dentro del grupo de los linfomas extraganglionares, los linfomas cutáneos primarios ocupan el segundo lugar en frecuencia por detrás de los linfomas del tracto gastrointestinal.

El linfoma cutáneo engloba un grupo de procesos muy diversos en cuanto a manifestaciones clínicas y pronóstico. La mayoría de los linfomas cutáneos derivan de las células T y NK (75-80%) y el resto está representado por los linfomas de células B, siendo el porcentaje de otros tipos de linfomas muy infrecuente (menos del 1%). Dentro de los linfomas de células T, la forma más frecuente es la micosis fungoide que representa más del 50% de todos linfomas cutáneos.

Enfermedad de Hodgkin: Vídeos

¿Cuáles son los síntomas con los que cursa esta dolencia?

Los síntomas dependen del tipo de linfoma. La micosis fungoide se suele presentar como manchas que se asemejan a un eccema (dermatitis), en algunos casos pueden aparecer bultos o enrojecimiento generalizado de la piel en su evolución. Las otras formas de linfoma cutáneo se suelen manifestar como bultos de tamaño y distribución variable. Pueden ser bultos de pequeño tamaño (inferior a 1 cm) que forman costra como en la papulosis linfomatoide, bultos de mayor tamaño (superior a 1 cm) de color rosado o rojizo (la mayoría de los linfomas de células B), bultos que se ulceran (linfoma anaplásico CD30+, linfoma epidermotropo agresivo CD8+) o bultos que se palpan por debajo de la piel (linfoma paniculítico). Hay ocasiones en los que si el crecimiento es muy rápido solo se observa una úlcera que se puede confundir con úlceras de origen vascular (úlceras por insuficiencia venosa o arterial). Una forma rara de presentación es el enrojecimiento generalizado de la piel (eritrodermia) que representa una forma agresiva de linfoma cutáneo.

¿A qué factores se asocia el desarrollo de este cáncer?

Las causas de las formas más frecuentes de linfoma cutáneo no están del todo aclaradas. Parece existir una predisposición genética que, ante diferentes estímulos como infecciones y junto con una menor defensa del sistema inmunitario de forma fisiológica (por la edad) o por fármacos, puede dar lugar al desarrollo de estos linfomas. Algunos tipos infrecuentes de linfomas se asocian claramente con infecciones como es el linfoma/leucemia T del adulto que se asocia con la infección por el virus linfotrópico humano de células T tipo 1 (HTLV-1) o el linfoma extrganglionar de células NK/T, tipo nasal, que se asocia con la infección por el virus de Epstein-Barr (VEB).

El diagnóstico del linfoma cutáneo, ¿a qué edad es más común?

El diagnóstico es más frecuente entre los 50 y los 70 años, pero hay casos en niños y también linfomas que aparecen en personas de edad avanzada.

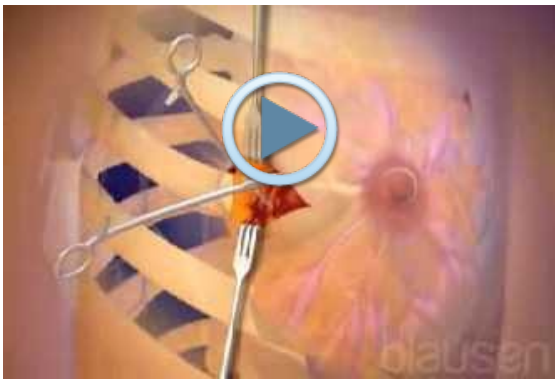
¿El linfoma cutáneo es más frecuente en mujeres o en hombres?

De forma global, es más frecuente en hombres.

¿Cuáles son los métodos diagnósticos con los que se cuenta hoy en día?

El diagnóstico de un linfoma cutáneo requiere una correlación clínico-histológica, esto es, que el paciente tenga lesiones sugestivas de un linfoma y que la biopsia de la lesión presente datos compatibles con ese diagnóstico. Ante la sospecha clínica se realiza una biopsia (se extrae un trozo de piel para analizar al microscopio). En ocasiones, a pesar de realizar pruebas con técnicas especiales, no se consigue llegar a un diagnóstico definitivo y es necesario hacer más biopsias de piel.

Biopsia, parte 1: Vídeos



El diagnóstico de esta dolencia, ¿en qué estadios suele realizarse?

En general, el diagnóstico suele realizarse en estadios iniciales ya que existe mayor conocimiento de la enfermedad por parte de los médicos, y los pacientes consultan ante la aparición de cualquier mancha o bulto.

¿En qué consiste el abordaje terapéutico del linfoma cutáneo?

El abordaje terapéutico es muy amplio y depende del tipo de linfoma y de las características del paciente. En algunos casos incluso la abstención terapéutica (no realizar ningún tratamiento específico) es válido, como por ejemplo en formas de buen pronóstico con lesiones que apenas producen síntomas, especialmente en pacientes de edad avanzada.

En el caso de la micosis fungoide, las formas iniciales localizadas se tratan con productos tópicos (corticoides, quimioterápicos) o radioterapia localizada y si el paciente tiene lesiones muy extensas se emplea la radiación ultravioleta artificial (fototerapia) o la radioterapia (irradiación corporal total). Si no responde o si las lesiones se hacen más progresivas, se emplean fármacos sistémicos como interferón alfa, bexaroteno, quimioterápicos (metotrexato, entre otros), biológicos (anticuerpos monoclonales y proteínas de fusión). Otros tratamientos incluyen la fotoféresis extracorpórea, sobre todo para las formas eritrodérmicas, y las nuevas terapias selectivas (inhibidores de histona deacetilasa e inhibidores

del proteosoma).

Existen otros tipos de linfoma, como la papulosis linfomatoide, que cursan en brotes (aparecen lesiones que desaparecen espontáneamente). Si los brotes son continuos o las lesiones persisten se puede emplear quimioterapia en bajas dosis. Para linfomas con lesiones de buen pronóstico y localizadas se puede emplear la cirugía o la radioterapia.

Para linfomas agresivos hay que utilizar una combinación de terapias sistémicas que incluye en muchos casos quimioterapia, y en casos seleccionados se puede realizar un trasplante de médula ósea.

Quimioterapia: Vídeos

¿Cuáles pueden ser los principales efectos adversos del tratamiento?

Depende del tipo del tratamiento. Los tratamientos dirigidos a la piel como los corticoides tópicos, los quimioterápicos tópicos o la fototerapia, generalmente, se toleran bien. Los corticoides tópicos utilizados de forma muy prolongada pueden producir atrofia cutánea que se manifiesta por piel más fina, con capilares que se rompen más fácilmente. También si se aplica en superficies extensas se puede absorber con los consiguientes riesgos de producir hipertensión arterial, diabetes y osteoporosis.

Los quimioterápicos tópicos (mecloretamina, carmustina) producen una intensa irritación local que puede llegar a erosionar la piel.

La fototerapia puede producir quemaduras (enrojecimiento de la piel) y a largo plazo, si se utiliza durante periodos muy prolongados, puede aumentar el riesgo de cáncer cutáneo.

Si una lesión se trata mediante cirugía, los efectos adversos son los comunes a cualquier intervención: hemorragia, inflamación, dolor e infección a corto plazo y cicatriz poco estética a largo plazo. Generalmente, el tratamiento quirúrgico no presenta complicaciones ya que se suelen tratar lesiones de pequeño tamaño.

Si se realiza radioterapia, los efectos adversos a corto plazo son inflamación, incluso con formación de erosiones pero se resuelve en pocas semanas y el resultado suele ser excelente.

Los tratamientos sistémicos más habituales tienen un perfil de efectos adversos muy variado: el bexaroteno se asocia principalmente con aumento del colesterol y triglicéridos y alteración de la función del tiroides; el interferón alfa se asocia con un cuadro pseudogripal (fiebre, escalofríos, cansancio, dolores musculares), el metotrexato se asocia con anemia y alteración de la función del hígado y otros quimioterápicos que se emplean para linfomas agresivos suelen provocar caída del pelo, náuseas y vómitos, y mayor riesgo de infecciones, entre otros.

Actualmente, ¿qué pronóstico presenta este cáncer?

El pronóstico para la mayoría de los linfomas cutáneos es favorable porque muchos tienen un comportamiento poco agresivo y en los casos más agresivos existen terapias sistémicas que pueden hacer que la enfermedad pase de ser mortal en pocos años a hacerse un proceso más crónico. Además, existen tratamientos más radicales como **el trasplante de médula ósea que puede resultar curativo en formas agresivas de linfomas,** sobre todo en personas jóvenes.

¿Son frecuentes las recidivas?

Generalmente sí, sobre todo en las formas más frecuentes de linfoma. En algunos casos este hecho condiciona un peor pronóstico como es el caso de los linfomas agresivos (linfoma epidermotropo agresivo CD8+, linfoma gamma/delta) pero en la mayoría de los casos la aparición de lesiones en la misma localización o en otra distinta no implica una evolución más desfavorable.

¿Cuál es su incidencia actualmente en España y a nivel internacional?

La incidencia en España, cuyos datos proceden de estudios regionales, está en torno a 1,4 casos por 100,000 habitantes, siendo superior a la incidencia registrada a nivel internacional (aproximadamente 1 caso/100,000 habitantes). **La incidencia ha aumentado en todos los países donde existe un registro,** por ejemplo, en los últimos 30 años la incidencia se ha triplicado en EEUU. Este aumento es

debido en parte al mejor reconocimiento de la enfermedad gracias a los avances en las técnicas diagnósticas pero es posible que existan otros factores que expliquen este incremento y estén aun por dilucidar.

¿Existe alguna manera de prevenir el linfoma cutáneo?

Las únicas formas que se pueden prevenir son las que tienen una causa conocida como son los linfomas asociados a la infección por el HTLV-1 y el VEB. **Mediante la prevención de la infección se minimiza el riesgo de desarrollo de estos linfomas**, aunque el porcentaje de pacientes que tienen anticuerpos frente a estos virus y desarrollan linfomas no supera el 5%. Las formas más frecuentes de linfoma cutáneo como la micosis fungoide no tienen una causa clara.

Hoy en día, en materia de investigación, ¿cuáles son los avances más esperanzadores?

El desarrollo de técnicas moleculares permite un diagnóstico más preciso así como identificar factores pronósticos que pueden predecir la evolución de la enfermedad. Los avances en el conocimiento de las causas y los mecanismos que intervienen en la aparición y desarrollo de los linfomas permiten generar terapias que son más selectivas con la consiguiente ventaja de mayor eficacia y menores efectos adversos.

Por **H. Bakkali**

Todo sobre: **cáncer**

Puede interesarte

» Gonorrea
» Urticaria
» Fisura anal
» Tumor cerebral

recomendado por

Enlaces patrocinados Publicidad

» Tests: ponte a prueba
» Todos los medicamentos
» Actualidad en salud
» Vídeos sobre salud
» Foros: pregunta a un experto
» Todo sobre el embarazo
» Alimentación saludable
» ¿Qué revela un síntoma?

WEB médica acreditada Onmeda pertenece al conjunto de portales de salud que cumplen y respetan las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

WIS Onmeda está certificada como web de interés sanitario tras ser revisada por el comité evaluador y cumplir los principios generales y el código ético.

Aviso legal: © 2013 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

enfemenino·com

Onmeda.es
Para tu salud

Todo sobre: enfermedades cardiovasculares

Entrevista con Felipe Atienza

Última revisión: 20. septiembre 2013 Autor: Redacción Onmeda

Día Mundial del Corazón

La mayor parte de las arritmias cardiacas se derivan de dolencias coronarias como la cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial o las enfermedades valvulares. Sedentarismo, obesidad, tabaquismo, el estrés o excitantes como la teína o la cafeína pueden ser algunos de los desencadenantes de crisis de arritmias.

Con motivo del Día Mundial del Corazón, que se conmemora el 29 de septiembre, el doctor Felipe Atienza, especialista del laboratorio de Electrofisiología y Arritmia del Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, centro hospitalario de referencia en el diagnóstico y abordaje de patología cardiaca, nos responde a algunas de las cuestiones más comunes sobre esta alteración, nos explica cuáles pueden ser sus factores de riesgo, y qué avances son los que más urgen en materia de investigación.

¿Qué es una arritmia cardiaca?

El corazón tiene un "reloj interno" que hace los latidos se produzcan de forma rítmica y acompasada aproximadamente 70 veces por minuto en reposo y hasta 140-150 latidos por minuto durante el ejercicio. La arritmia cardiaca es un **trastorno que hace que el corazón deje de latir de forma rítmica y ordenada,** pasando a hacerlo de forma muy rápida y en ocasiones irregular, o extremadamente lenta.

¿Qué hay que saber sobre el corazón?

El corazón tiene aproximadamente el tamaño de un **puño cerrado**.

1 de 25
zurückvor

¿Qué tipos existen? ¿Cuáles son los más frecuentes?

Las arritmias se dividen en auriculares, dado que se originan en las aurículas que reciben la sangre que llega al corazón, mientras que las arritmias ventriculares se originan en los ventrículos que son los encargados de bombear la sangre al organismo. Las arritmias más frecuentes son las auriculares y también son menos graves a corto plazo, aunque con el tiempo pueden ocasionar también complicaciones graves. Las arritmias ventriculares son más graves, y pueden ocasionar parada cardiaca, dado que afectan la parte del corazón encargada de bombear la sangre al resto del organismo.

¿Cuál es la incidencia de este trastorno cardiaco (a nivel nacional e internacional)?

La arritmia más frecuente es la fibrilación auricular y está presente entre el 5-10% de las personas,

especialmente aquellos mayores de 70 años. No obstante, la incidencia de arritmias cardiacas de cualquier tipo es mucho mayor en personas con cualquier tipo de enfermedad cardiaca, sobre todo, enfermedad de las arterias coronarias y/o de las válvulas del corazón, pudiendo afectar hasta el 50-60% de estos pacientes. No existen grandes diferencias en la incidencia de arritmias cardiacas cuando nos comparamos con los países occidentales de nuestro entorno.

¿Cuáles son sus síntomas más frecuentes?

Aunque en algunas ocasiones pueden pasar desapercibidas, lo habitual es que se manifiesten como palpitaciones (sensación de pulso rápido y con frecuencia irregular), molestias en el pecho (dolor torácico), dificultad para respirar (disnea) y malestar general. Con menor frecuencia, las arritmias cardiacas también pueden ocasionar insuficiencia cardiaca, pérdida de conciencia y muerte súbita por parada cardiaca.

¿Por qué se producen? ¿Cuáles son sus causas?

La mayor parte de las arritmias cardiacas son consecuencia de enfermedades del corazón como la cardiopatía isquémica (infarto de miocardio), las enfermedades valvulares y la hipertensión arterial. No obstante, aproximadamente, un 20% de las arritmias ocurren en personas sin otras alteraciones en la estructura y funcionamiento del corazón, y algunas de éstas tienen una causa genética.

¿Existen factores genéticos asociados a las arritmias cardiacas?

Durante los últimos años se han hecho avances muy importantes en el descubrimiento de los mecanismos responsables de la aparición de arritmias potencialmente graves como el Síndrome de Brugada o los Síndromes de QT largo, que tienen una base hereditaria, y que han permitido reducir su impacto mediante la implantación de desfibriladores. No obstante, todavía queda mucho por avanzar hasta obtener un tratamiento curativo.

¿En qué grado afectan el sedentarismo y la obesidad a este trastorno?

El sedentarismo y la obesidad están estrechamente relacionados con la aparición de enfermedades cardiacas y respiratorias, especialmente la cardiopatía isquémica, que a su vez son causa de gran número de arritmias cardiacas.

El sedentarismo y la obesidad están estrechamente relacionados con la aparición de enfermedades cardiacas y respiratorias.

¿Y el tabaco?

El tabaco es uno de los principales factores de riesgo para sufrir una enfermedad cardiaca, especialmente la cardiopatía isquémica, por lo que puede considerarse una de las principales causas directas o indirectas de la aparición de arritmias cardiacas.

Cafeína y teína, ¿cómo pueden afectar?

Los excitantes como el té y café pueden ser responsables del desencadenamiento de crisis de arritmias que denominamos paroxísticas, porque ocurren de forma brusca y recortada, así como del aumento de la frecuencia cardiaca de arritmias crónicas como la fibrilación auricular.

¿Qué otras sustancias estimulantes pueden resultar perjudiciales?

Igualmente, todos los productos estimulantes, y en especial drogas como la cocaína, pueden provocar arritmias cardiacas graves en pacientes sanos y empeorarlas en aquellos predispuestos o con patologías cardiacas previas.

¿En qué medida afecta el estrés?

El estrés juega un papel importante en el desencadenamiento de cierto tipo de arritmias, aunque generalmente, afecta sólo a personas que susceptibles de padecerlas. No obstante, el estrés tiene otros efectos perjudiciales, porque se relaciona con hábitos de vida poco saludables que son responsables de la aparición de enfermedades cardiovasculares.

10 consejos para combatir el estrés

Pautas para evitar el estrés. Todo el mundo ha sufrido estrés en algún momento de su vida. Combatirlo es fácil si sabes cómo hacerlo. Repasa nuestros consejos y mantén el estrés fuera de tu vida. Por ejemplo, escuchar música ayuda a reducir el estrés. Lo mejor para relajarse es una música tranquila y sin letra.

1 de 10

¿Cómo se diagnostica esta dolencia? ¿Qué pruebas existen?

La forma más sencilla y rápida de diagnosticar las arritmias cardiacas es la realización de un electrocardiograma. Sin embargo, con frecuencia es necesario la realización de otras exploraciones para conocer la causa responsable de la arritmia y así poderla tratar de forma eficaz y segura. Habitualmente, es necesario realizar un ecocardiograma, analíticas y registros electrocardiográficos de larga duración (Holter). En algunos casos seleccionados, se requiere la realización de un cateterismo (estudio electrofisiológico) que con frecuencia permite no sólo diagnosticar sino también tratar de forma definitiva muchos tipos de arritmias.

¿A qué edad es más común que se manifiesten las arritmias cardiacas?

Depende del tipo de arritmia. Las arritmias que aparecen en personas sin ninguna otra alteración cardiológica, y aquellas de causa genética, generalmente se presentan en personas jóvenes y de mediana edad, mientras que las arritmias secundarias a enfermedades cardiacas como el infarto, aparecen en personas mayores de 50 años y su incidencia aumenta con la edad.

¿Es más frecuente en mujeres o en varones?

Las arritmias auriculares paroxísticas son más frecuentes en mujeres, mientras que las arritmias secundarias a enfermedad de las arterias coronarias son más frecuentes en varones.

¿Qué abordaje terapéutico existe hoy en día?

Afortunadamente, existen numerosas opciones de tratamiento para los pacientes con arritmias cardiacas, muchas de las cuales pueden ser tratadas de forma eficaz y curativa, mediante fármacos y, sobre todo,

mediante la ablación con catéter. Este método permite eliminar el foco de tejido miocárdico responsable de la arritmia evitando que ésta pueda volver a aparecer en un número elevado de casos. En otras ocasiones, puede ser necesaria la implantación de dispositivos como los marcapasos, que permiten regular el ritmo cardíaco cuando éste es excesivamente lento, o desfibriladores que administran pequeñas descargas que quitan la arritmia cuando ésta ocurre.

¿Qué pronóstico presentan actualmente los pacientes?

A grandes rasgos, las arritmias paroxísticas auriculares tienen muy buen pronóstico, similar al de la población general, aunque su impacto sobre la calidad de vida puede ser significativo. Caso aparte es la fibrilación auricular, que es la arritmia más frecuente, porque tiende a hacerse crónica, siendo la causa más frecuente de infartos cerebrales y contribuyendo al desarrollo de insuficiencia cardiaca. Por otra parte, las arritmias de causa genética y las arritmias ventriculares en pacientes con enfermedad coronaria o miocardiopatías de otro tipo, pueden derivar en arritmias graves y parada cardiaca por lo que, en ocasiones, requieren la utilización de múltiples tratamientos farmacológicos, ablación e incluso la implantación de desfibriladores para prevenir la muerte súbita.

¿Qué otras complicaciones para la salud se pueden derivar de la arritmias cardiacas?

Aunque algunas arritmias son relativamente benignas, muchas otras como la fibrilación auricular y las arritmias ventriculares pueden tener consecuencias muy graves para la salud, como la insuficiencia cardiaca, los embolismos cerebrales y sistémicos, etc., e incluso la muerte súbita por parada cardiaca.

¿Es posible su prevención?

La mejor prevención de las arritmias cardiacas es **evitar los modos de vida que conducen al desarrollo de enfermedades cardiovasculares como el consumo de tabaco o drogas, el consumo excesivo de alcohol, la obesidad y el sedentarismo.** Así pues, el llevar una vida activa, realizando ejercicio físico regular, dieta mediterránea equilibrada y abstenerse de fumar o tomar excitantes es la mejor forma de prevenir la aparición de arritmias cardiacas.

Test de adicción a la nicotina

¿Eres fumador ocasional, fumador por placer o adicto a la nicotina? ¿Te gustaría saber si tu consumo de cigarrillos indica que eres adicto a la nicotina? Con esta prueba podrás determinar tu grado de adicción a la nicotina. ¡ Sal de dudas!. **Ir al test**

En materia de investigación y abordaje terapéutico, ¿cuáles son los últimos avances? ¿Qué aspectos son los que más urgen?

Durante los últimos 30 años se han hecho avances muy significativos en el campo de las arritmias cardiacas, en los que el Servicio de Cardiología de Hospital Gregorio Marañón ha hecho contribuciones muy relevantes, especialmente en el diagnóstico y tratamiento de arritmias ventriculares mediante ablación y desfibriladores implantados y, más recientemente, en el desarrollo de estrategias de tratamiento de la fibrilación auricular mediante catéter.

Sin embargo queda todavía mucho por avanzar. Sigue siendo necesario profundizar en estudio de los mecanismos básicos responsables de la aparición de las arritmias cardiacas y desarrollar herramientas que permitan obtener métodos de diagnóstico más precisos y tratamientos más eficaces. En este sentido, nuestro servicio en colaboración centros extranjeros de primer nivel, está involucrado en la realización de una serie de estudios de carácter eminentemente traslacional que nos han permitido desarrollar nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular mediante sistemas de cartografía computerizada. Así mismo, estamos analizando la potencial utilidad de las células madre cardiacas para la regeneración del

miocardio enfermo y para el tratamiento de las arritmias ventriculares malignas.

Por tanto, en estos tiempos de crisis y presupuestos restringidos, es imperativo dar un sólido apoyo a la investigación básica y traslacional, para poder así continuar mejorando la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes con arritmias cardiacas.

¿Tienes alguna pregunta sobre cardiología ? Plantea tus dudas a nuestros expertos.

Por **H.Bakkali**

Todo sobre: enfermedades cardiovasculares

Onmeda pertenece al conjunto de portales de salud que cumplen y respetan las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario tras ser revisada por el comité evaluador y cumplir los principios generales y el código ético.

Aviso legal:
© 2013 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

Entrevista con el Dr. Jesús García Marta

Última revisión: 14. octubre 2013 | Autor: Redacción Onmeda

"En la investigación del cáncer de mama estamos en un momento muy prometedor."

La neoplasia de mama supone la cuarta causa de cáncer en España, por detrás del cáncer colorectal, el de pulmón y el de próstata. Se calcula que anualmente son diagnosticados en nuestro país unos 22.000 nuevos casos, suponiendo la primera causa de cáncer en la fémina (28.5% de las neoplasias). Asimismo, se trata de la primera causa de muerte por esta enfermedad (15.6%) en este grupo de población.

Con motivo del Día Mundial contra el Cáncer de Mama, que se conmemora el 19 de octubre, el doctor Jesús García Marta, portavoz de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y jefe de Servicio de Oncología Médica del Complejo Universitario de Ourense, nos responde a algunas de las preguntas más frecuentes sobre sobre este tumor, los hábitos de vida que pueden ayudarnos a prevenirlo y cuáles son los avances más esperanzadores en materia investigación en el cáncer de mama.

¿Está aumentando el número de casos de cáncer de mama?

En las últimas décadas asistimos a un incremento progresivo en el número de casos de cáncer de mama que se diagnostican cada año.

¿Qué factores conocidos predisponen a padecer cáncer de mama?

Los dos más importantes son el sexo (mujer) y la edad, con un notable incremento a partir de los 50 años. Otros factores destacados son la historia familiar, factores hormonales endógenos (menarquia precoz, menopausia tardía, no tener hijos o edad tardía del primer parto, no lactancia natural), factores hormonales exógenos (ingesta de anticonceptivos orales, terapia hormonal sustitutiva), antecedentes de algunas enfermedades benignas de la mama, obesidad, ingesta de alcohol o el sedentarismo.

Cáncer de mama: Vídeos

Tabaquismo y cáncer de mama, ¿qué relación existe?

No conocemos en la actualidad que el hábito tabáquico esté relacionado con el riesgo de desarrollar cáncer de mama.

¿Caminar reduce el riesgo de sufrir esta enfermedad?

Incrementar la actividad física, mantener un peso corporal adecuado y reducir la ingesta de alcohol son las mejores estrategias al alcance de la mano de todas las mujeres para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de mama.

¿En qué etapa de la vida es más frecuente el cáncer de mama?

La posibilidad de padecer cáncer de mama se incrementa de forma notable a partir de la quinta a sexta década de la vida.

¿Qué porcentaje de pacientes se curan de este cáncer?

Aunque los datos varían de unos países a otros, podemos decir que de los pacientes diagnosticados y tratados en fase precoz de la enfermedad se curan más del 85%.

¿En qué casos son frecuentes las recaídas?

El mayor o menor riesgo de recaída depende de la presencia de determinados factores conocidos como pronósticos. Entre ellos, conocemos algunos bien establecidos que podemos denominar “clásicos” como la afectación ganglionar axilar, el tamaño del tumor, el grado de diferenciación, la ausencia de expresión de receptores hormonales o la sobreexpresión de HER 2. En la actualidad, se está estudiando la trascendencia que puede tener clasificar a los tumores en determinadas categorías conocidas como “subtipos histológicos” dependiendo de la expresión de receptores hormonales y de HER 2.

Hay estudios que se exponen que el estrés podría estar relacionado con la metástasis en casos de cáncer de mama, ¿qué nos podría comentar acerca de esto?

Desde hace tiempo se viene especulando con la posibilidad de que el estrés pueda influir en la evolución del cáncer de mama y de otros tumores. A día de hoy se mantiene la controversia ya que frente al estudio que parece concluir esta asociación, otros no la han encontrado.

¿Qué síntomas pueden alertar a la paciente?

Los más frecuentes son la aparición de un bulto en la mama o alteraciones en la anatomía de la mama como retracción del pezón o anormalidades en la piel, si bien en la actualidad es cada vez menos frecuente la presencia de estos últimos.

¿En qué medida la autoexploración de mamas es importante?

La autoexploración mamaria puede ser importante para una detección precoz del cáncer de mama.

Autoexploración de mamas: Vídeos

¿Qué otros métodos de diagnóstico precoz deben tenerse en cuenta? ¿Cuándo empezar con ellos?

El método de diagnóstico precoz más importante del cáncer de mama es la mamografía. Existe consenso en que la campaña de *screening* o prevención secundaria (detección precoz) se debe comenzar a partir de los 50 años. En la actualidad está abierto el debate de si se debe ofrecer a mujeres por debajo de esa edad.

¿En qué casos se recomienda la mamografía en mujeres jóvenes?

En aquellos casos de mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama o diagnosticadas de determinadas patologías benignas de la mama puede ser aconsejable la realización de exploraciones radiológicas a edades más tempranas. Aunque la mamografía es una opción, por la alta densidad del tejido glandular mamario antes de los 50 años, la RMN (Resonancia Magnética Nuclear) constituye la mejor opción.

¿Qué tratamientos son los más habituales en pacientes con cáncer de mama?

Los tratamientos locales más habituales son la cirugía y la radioterapia. Por su parte, entre los

tratamientos sistémicos destacan la quimioterapia, la hormonoterapia y aquellos tratamientos biológicos diseñados para neutralizar determinadas características de las células tumorales. Entre ellos destacan los tratamientos anti-HER 2, cuyo exponente más importante es el Trastuzumab.

¿Qué son los marcadores tumorales?

Los **marcadores tumorales** son sustancias (proteínas, genes...) que producen las células. Se puede descubrir su presencia en el organismo a través de la **orina**, la **sangre** y otros **tejidos corporales**.

1 de 10

¿Puede afectar el tratamiento a la fertilidad?

Tanto la quimioterapia como la hormonoterapia pueden inducir menopausia en las mujeres jóvenes.

Quimioterapia: Vídeos

¿Puede incidir la enfermedad en la vida sexual de la mujer?

Tanto la enfermedad como los diferentes tratamientos pueden inducir secuelas físicas y/o psicológicas que influyen en la vida sexual de las mujeres.

En materia de prevención, ¿qué consejos puede darnos?

Lo más importante es mantener un peso corporal saludable, practicar ejercicio físico a diario, reducir la ingesta de alcohol y de grasas insaturadas. Por otra parte, realizar autoexploración mamaria y desde los 50 años acudir a la llamada de las autoridades sanitarias para realizar la mamografía.

Avances en investigación en cáncer de mama, ¿en qué momento estamos?

En la investigación del cáncer de mama estamos en un momento muy prometedor. Hemos avanzado notablemente en el diagnóstico y en tratamientos locales menos agresivos con iguales resultados en curación. Pero sobre todo, gracias al conocimiento cada vez mejor que tenemos del funcionamiento de las células tumorales, estamos diseñando tratamientos muy específicos para anular determinadas características de las mismas.

Un ejemplo paradigmático de este gran avance lo constituye la vía HER 2, frente a la que recientemente se han incorporado dos nuevas drogas (pertuzumab y TDM-1) con resultados muy significativos. Otro avance muy reciente es la incorporación de Everolimus para inhibir la vía M-TOR. Con todo ello, conseguimos por un lado el continuo incremento de la supervivencia de las pacientes, y además, avanzamos en la medicina personalizada al poder elegir aquellos medicamentos que mejor se adaptan a las características de la paciente y del tumor que padecen.

¿Tienes alguna pregunta sobre el cáncer de mama? Plantea tus dudas a nuestros expertos del foro.

Por **H. Bakkali**

Todo sobre: **cáncer de mama**

Puede interesarte

» **Angina de pecho, cardiopatía isquémica (CI)**

» **15 cosas que no debes hacer a diario - Onmeda**

» **Hemorroides**

» **Síndrome de burnout (desgaste profesional)**

recomendado por

Enlaces patrocinados Publicidad

Onmeda.es
Para tu salud

Todo sobre: cáncer de mama

Entrevista con la Dra. Blanca Farrús

Autor: Redacción Onmeda

Radioterapia en pacientes con cáncer de mama

La radioterapia puede ser uno de los tratamientos que se requiera en el abordaje de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama. Pese a ser un tratamiento oncológico habitual, su administración puede ocasionar algunas complicaciones en órganos adyacentes como las costillas, el pulmón o el corazón.

Con motivo del Día Mundial Contra el Cáncer, la Dra. Blanca Farrus Lucaya, Consultor Senior del Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Clínic de Barcelona, nos responde a cuáles son las características de este tratamiento, en qué consisten sus efectos adversos y cuál es el grado de tolerancia cuando se administra en casos de pacientes con cáncer de mama.

¿Todas las pacientes con cáncer de mama deben someterse a un tratamiento radioterápico?

En caso de cirugía conservadora, la aplicación de radioterapia (RT) tras la intervención es imprescindible.

¿Qué tipo de irradiación de la mama existen?

Hay diversas técnicas. Por un lado, está la irradiación sobre todo el volumen mamario con esquema estándar de 1.8-2 Gy/fracción durante 5 semanas; Esquema hipofraccionado (dosis diaria más alta y una dosis total más baja, con un menor número de días de tratamiento que el esquema estándar) a todo el volumen mamario; Sobreimpresión del lecho tumoral con RT externa (fotones o electrones) o bien con RT intraoperatoria (durante la intervención), llamada RIO – sobreimpresión; Irradiación de la zona de la cirugía que tiene más riesgo de recidiva o IPM, mediante RT externa con conformación tridimensional; IPM mediante RIO exclusiva, tratamiento durante la cirugía de la mama.

En los casos indicados puede asociarse RT en las áreas ganglionares regionales.

Antes de comenzar el tratamiento con radioterapia, ¿qué recomendaciones debe tener en cuenta la paciente?

Como parte de un abordaje multidisciplinar, un porcentaje elevado de las pacientes reciben tratamientos sistémicos que pueden modificar la respuesta de la piel a la radiación o aumentar la toxicidad en otros órganos de riesgo (pulmón y corazón). La tecnología actual con planificadores tridimensionales y aceleradores lineales, permite controlar en mayor medida el volumen irradiado de dichos órganos.

Se ha de valorar la situación clínica de la paciente, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos, que incluye patología previa pulmonar y/o cardíaca, enfermedades autoinmunes, alergias a medicamentos, a la vez que enfermedades del colágeno que contraindiquen la irradiación. Se valorará el tipo de piel y se darán las recomendaciones oportunas de hidratación local, evitar la exposición solar en el área irradiada y no nadar durante el tratamiento y hasta que los efectos locales inflamatorios no hayan desaparecido. Se recomendará no fumar, al menos durante el tratamiento, hacer ejercicio suave, andar y alimentación variada.

Consejos para dejar de fumar

Abandonar el tabaco no es una tarea sencilla pero sí es posible. El camino hasta que se logra dejar de fumar varía de una persona a otra y hay que encontrar un método que se adapte a las necesidades de cada persona. Decidir dejar de fumar ya es un paso muy importante. Acude a tu médico si necesitas ayuda y repasa estos consejos que harán que abandonar el tabaco definitivamente sea más fácil.

1 de 9

Dado que la RT genera inflamación, la paciente ha de prever que la piel del área tratada se va a enrojecer y presentará características similares a una quemadura por el sol, básicamente tras dos o tres semanas de iniciar el tratamiento. Conforme avanza el tratamiento la piel en el área expuesta puede presentar descamación superficial, mayor pigmentación y pinchazos aislados en la mama, que se irá normalizando a partir de las tres semanas de finalizar el mismo. Asimismo, puede presentar cansancio y todos estos síntomas son temporales y desparecen algún tiempo después de finalizar la RT.

Estos efectos son difíciles de prever con exactitud, ya que dependen de múltiples factores como el volumen de la mama, la dosis, el número de fracciones, el tratamiento sistémico que haya realizado previamente (quimioterapia) o que esté recibiendo al mismo tiempo (quimioterapia o tratamiento anti HER2), los desplazamientos diarios para recibir el tratamiento y la susceptibilidad individual de cada persona. En algunos casos se producen efectos mínimos, mientras que en otros son más importantes y es necesario administrar tratamiento médico para su control.

¿La radioterapia en pacientes con cáncer de mama se tolera bien?

En general, el tratamiento con RT en el cáncer de mama es bien tolerado, pero se aconseja descansar tras recibir la sesión diaria de RT. A largo plazo la mama tratada con RT puede hacerse más consistente e incluso reducir su volumen.

¿A qué órganos puede causar lesión la radioterapia?

La RT en la mama puede conllevar ciertas complicaciones en los órganos adyacentes como son el pulmón, costillas y en el caso de irradiación de la mama izquierda el corazón.

¿Es común que se ocasione daño en dichos órganos?

Si la paciente no tiene patología pulmonar previa, no fuma y no sufre enfermedades inmunológicas, es infrecuente presentar una inflamación del tejido pulmonar en forma de neumonitis (menos del 1%). Este riesgo aumenta con el aumento del volumen de RT y aumenta con los tratamientos oncológicos previos o al mismo tiempo que la RT.

¿Cuáles son los principales efectos secundarios que pueden derivarse de la radioterapia?

En general, y en algunas ocasiones, pueden aparecer algunas de las siguientes complicaciones: cansancio inespecífico, cambios en la coloración de la mama, inflamación y descamación superficial en el área expuesta a la irradiación (suele ser de duración temporal), cambios en la textura de la glándula mamaria y neumonitis.

Newsletter de Onmeda
Aprende a cuidarte con sencillas recomendaciones y consejos de salud elaborados por médicos y expertos en salud. Regístrate de forma gratuita y recibe semanalmente las claves para mantenerte en forma. **¡Quiero suscribirme a la Newsletter!**

Tras el tratamiento, ¿desaparecen los efectos secundarios o puede quedar alguna secuela de por vida?

En los pacientes con patología de base y que presentan neumonitis durante o tras la RT de la mama, los efectos secundarios desaparecen en tres a cuatro meses, pero en algún caso se presentan secuelas que pueden durar un año y persistir cierta dificultad respiratoria.

A nivel local, las técnicas y maquinaria antiguas suministraban una dosis elevada en la superficie de la piel, provocando a largo plazo dilataciones de los vasos subcutáneos visibles como arañas rojizas llamadas telangiectasias. Estas dilataciones no provocan molestias, pero no son estéticas y a la larga pueden conferir cierta sensibilidad cutánea con predisposición a endurecimiento de la piel y pequeñas úlceras superficiales al roce.

La toxicidad cardíaca secundaria a la RT aparece a largo plazo y puede alterar la calidad de vida, incluso provocar la muerte.

Las fracturas costales forman lentamente callo óseo, pero puede quedar un dolor residual crónico.

¿Tienes alguna pregunta sobre el cáncer de mama? Plantea tus dudas a nuestros expertos.

Por **H. Bakkali**

Todo sobre: cáncer de mama

Onmeda cumple y respeta las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario porque cumple sus principios generales y el código ético

Nosotros subscribimos los Principios del código HONcode.
Compruébelo aquí.

Aviso legal:
© 2014 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

Sobre Nosotros
Contacto
Mapa del sitio
Exención de responsabilidad
Equipo

Onmeda.es
Para tu salud

Todo sobre: cáncer

Entrevista con Laureano Molins

Autor: Redacción Onmeda

Día Mundial contra el Cáncer: cáncer de pulmón

El cáncer de pulmón supone la primera causa de mortalidad por cáncer en España, y es el segundo de mayor incidencia de todos los tumores malignos. El diagnóstico precoz sigue suponiendo uno de los principales retos en el abordaje de esta enfermedad, y es que tres de cada cuatro pacientes que se diagnostican de cáncer de pulmón presentan la dolencia en estado avanzado.

Con motivo del Día Mundial contra el Cáncer, que se conmemora el 4 de febrero, el doctor Laureano Molins, jefe del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Clínic de Barcelona, nos explica por qué la incidencia está aumentando entre mujeres y cuáles son los objetivos que quedan por alcanzar en el tratamiento quirúrgico del cáncer de pulmón.

Dentro de todos los tumores, ¿en qué lugar situamos al cáncer de pulmón?

El cáncer de pulmón es el que mayor índice de mortalidad presenta. No es el más frecuente, porque en la mujer el más común es el cáncer de mama y en el hombre es el cáncer de próstata, pero **el cáncer que mayor mortalidad causa es el cáncer pulmón,** tanto en varones como en mujeres. El cáncer de mama, por ejemplo, se cura en más de un 80%, si se diagnostica precozmente, mientras que en el de pulmón solo podemos hablar de una cura del 15%.

En el cáncer de pulmón en la mujer, ¿qué aspectos destacaría?

Lo más destacable es que la incidencia en la mujer está aumentando porque se incorporó más tarde al hábito de fumar. A parte de ello, **hay un aumento de la incidencia en mujeres no fumadoras que hace que se esté creando un nuevo ambiente de estudio para evaluar la posibilidad de predisposición genética,** así como otros posibles factores. Por eso, hace dos años se fundó en España ICAPEM, que es una asociación para el estudio específico del cáncer de pulmón en mujeres.

¿Cuál es la incidencia del cáncer de pulmón en fumadores y en no fumadores?

El 95% de los cánceres de pulmón son en fumadores y solo el 5% es en no fumadores.

El tabaco es el primer factor de riesgo en casos de cáncer de pulmón, ¿qué consejo daría a los fumadores?

El fumador sabe que está comprando una lotería y que en la mitad de los casos le va a tocar. **De cada dos fumadores, uno va a tener cáncer de pulmón,** cáncer de laringe, cáncer de vejiga, infarto de miocardio o cardiopatía isquémica, enfisema pulmonar o arteriopatía periférica.

Test de dependencia de la nicotina
Es posible que alguna vez te hayas planteado si eres un fumador ocasional o si tu consumo de cigarrillos es superior a lo normal. Determina con nuestro test tu grado de dependencia de la nicotina. **Haz el test...**

¿Qué supone para la salud ser fumador pasivo?

Ya hace treinta años se demostró que ser fumador pasivo era casi tan nocivo o igual de nocivo que ser fumador. Porque, cuando uno fuma, la aspiración del humo es el 25% del consumo del cigarrillo, el otro 75% la combustión es externa, por lo tanto el que está al lado del fumador la sufre.

El desarrollo de este tumor, ¿presenta la misma agresividad en fumadores que en no fumadores?

Sí, por lo general no parece que exista ninguna diferencia por el hecho de ser fumador o no fumador. Aunque en los no fumadores se están analizando unas mutaciones que cuando existen se opta por otra línea de tratamiento.

¿En qué consistiría esta línea de tratamiento?

Se elige un tratamiento mucho más individualizado.

Habitualmente, ¿en qué fases se detecta este tumor?

Tres de cada cuatro pacientes que se diagnostican de cáncer de pulmón son en estadios avanzados. Solo un 25% o 30% se diagnostica en un estadio precoz que hace que se pueda intervenir con una mayor posibilidad de curación. De ahí la importancia del diagnóstico temprano.

Newsletter de Onmeda
Aprende a cuidarte con sencillas recomendaciones y consejos de salud elaborados por médicos y expertos en salud. Regístrate de forma gratuita y recibe semanalmente las claves para mantenerte en forma. **¡Quiero suscribirme a la Newsletter!**

Actualmente, ¿qué cáncer de pulmón es el más frecuente?

Hasta ahora era el cáncer escamoso de pulmón, pero hoy en día, el más frecuente es el adenocarcinoma.

Si hablamos de esperanza de vida en paciente con cáncer de pulmón, ¿qué datos tenemos?

En los casos en los que el cáncer de pulmón puede ser intervenido quirúrgicamente, aproximadamente, la mitad de los pacientes sobreviven. Si el paciente no puede ser intervenido quirúrgicamente entonces podemos hablar de un 10-15% de supervivencia.

¿Son más frecuentes las metástasis en los pacientes con cáncer de pulmón que en aquellos que desarrollan otro tipo de cánceres?

Sí. Hay que tener en cuenta que 7 de cada 10 pacientes con cáncer de pulmón en el momento en el que se diagnostican ya tienen o metástasis (suele ser en los huesos, en el cerebro, en las glándulas suprarrenales o en el propio pulmón) o enfermedad localizada avanzada que infiltra órganos que no se pueden extirpar, como el corazón o la aorta.

Desde el punto de vista quirúrgico, ¿cuáles son los retos a corto y medio plazo?

El reto es cambiar la situación actual en la que solo 3 de cada 10 pacientes pueden ser operados. Lo que necesitamos es que se diagnostiquen más precozmente estos tumores y poder llevar a cabo una cirugía mínimamente invasiva.

¿Tienes alguna pregunta sobre el cáncer de pulmón? Plantea tus dudas a nuestros expertos..

Por **H. Bakkali**

Todo sobre: cáncer

Onmeda cumple y respeta las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario porque cumple sus principios generales y el código ético

Nosotros subscribimos los Principios del código HONcode.
Compruébelo aquí.

Aviso legal:
© 2014 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

Entrevista con el doctor Miguel Ángel Asenjo Sebastián

Autor: Redacción Onmeda

Sanidad: crisis, gestión y asistencia

La crisis en la sanidad, la privatización de los centros de salud, la gestión, la administración y el papel de los profesionales y los pacientes dentro del sistema son algunos de los puntos que más preocupan a los ciudadanos cuando se habla de Salud. El Dr. Miguel Ángel Asenjo Sebastián, Ex-Director del Hospital Clínic de Barcelona, Catedrático de Medicina y profesor emérito de la Universidad de Barcelona responde a estas interrogantes con contundencia y, sobre todo, con conocimientos suficientes.

¿Qué determina la simbiosis entre la gestión y la Medicina?

Todo médico cuando diagnostica o indica un tratamiento incurre en un gasto y en el curioso mercado sanitario público el médico compra, el enfermo consume y un tercero paga, así que la conciencia, la ética, la moral del médico es una virtud imprescindible para ejercer pero no suficiente para gestionar. Los conceptos de **necesidad, eficacia, efectividad, eficiencia, equidad y calidad** le deben ser familiares y practicarlos.

Un modelo que defienda la privatización de la gestión de centros sanitarios públicos ¿en qué criterios debería apoyarse? ¿Cuáles serían sus ventajas?

Fundamentalmente, en la eficiencia la cual debería ser muy bien analizada y también en la calidad. Los análisis realizados hasta la fecha en España no son concluyentes. Es verdad que IASIST (empresa privada de asesoría y análisis de eficacia) en su informe anual sobre los TOP 20 ha encontrado mejores resultados en los hospitales de gestión privada e igualmente Carlos Alberto Arenas (Especialista en Salud Pública y Experto en Gestión Sanitaria) en un trabajo en revisión no publicado aún encuentra mejor eficiencia. Sin embargo, Salvador Peiró (investigador del Centro Superior de Investigación en Salud Pública) ha informado de lo contrario. La función docente e investigadora es distinta, en intensidad y extensión, en ambos tipos de centros sanitarios y dificulta la comparación.

Es verdad que los centros privados gastan lo que ingresan y los públicos, hasta ahora, ingresan lo que gastan y de ahí la enorme deuda que, de siempre, ha ido acumulando la sanidad pública. También es cierto que las dos Comunidades Autónomas que en menos gasto público incurren en Sanidad: Valencia (974 ¤ persona/año) y Madrid (1.014) son las que más gestión privada realizan y su calidad no es inferior a la de las otras Comunidades. Yo, como contribuyente, prefiero lo que hacen Valencia y Madrid que no lo del País Vasco y Navarra que gastan en el mismo período 1.557 y 1.424 euros respectivamente a costa de ser menos solidarios con el resto de españoles con una contribución fiscal inferior.

¿Puede garantizar el modelo privado un menor coste público y una total transparencia en los acuerdos con las entidades concesionarias?

Un menor coste público, teóricamente, no y la total transparencia, en nuestro medio, no sé dónde ni quién la puede garantizar.

Con respecto al gasto, la cuestión fundamental estriba en que el gasto sanitario, lo produce el cuarto determinante de la salud, es decir, el sistema sanitario. Consume el 90% del presupuesto sanitario del que el 60% se emplea en retribuir al personal y el 25% en pagar los medicamentos. En consecuencia, la gestión de los centros sanitarios, como los educativos, especialmente la universidad, centros de investigación e incluso hoteles consiste, fundamentalmente, en la gestión del personal: número y retribución. Como resulta que un hospital es un centro asistencial, más una escuela, más un hotel, más un centro de investigación la consecuencia es que la función directiva principal es la gestión de los recursos humanos. La Administración considera que si se quita ese problema de encima y paga una cantidad por cada ciudadano con derecho a asistencia, controla mejor el gasto. Quizás tenga razón. No obstante, los centros a medida que se van desarrollando van aumentando las tareas y, en consecuencia, también aumenta el número y la antigüedad del personal y con ello el gasto. Ello añade dificultad a la comparación entre privado y público, pues, en general, estos hospitales son mucho más antiguos. Otra cosa es que la nueva y muy costosa tecnología rápidamente obsoleta y la especialización en su gestión, así como la economía de escala aconsejen externalizar servicios como la radiología, laboratorio, lavandería, alimentación, etc., pero eso es independiente de que sea público o privado. Berlín, Bruselas, Londres tienen grandes laboratorios externalizados.

La concesión supone que se dispone hoy de lo que seguirán pagando nuestros nietos, a quienes no hemos preguntado. Es una hipoteca que pagarán futuras generaciones y que, en todo caso, plantea, a mi juicio, un serio problema moral.

Con los actuales recortes en sanidad ¿podemos hablar de una asistencia de calidad, eficaz, eficiente e igualitaria en España?

Es un hecho que cuando los humanos inventan una ratonera más eficaz la naturaleza crea un ratón más listo. Como ahora somos pobres tenemos que pensar y estar implicados los cuatro grupos condicionantes del sistema sanitario (ciudadanos, profesionales, directivos y propietarios: políticos- sector público- o accionistas – sector privado). Estoy seguro que la futura asistencia seguirá siendo buena, pues al no coincidir los intereses de ellos se esforzarán en denunciar y mejorar según sea su posición. La calidad como la belleza no tiene límite, por ello, será discutida pero, en todo caso, será correcta. **La eficacia o capacidad del sistema seguirá siendo suficiente.** La eficiencia, es decir, hacer más o lo mismo con menor gasto es lo que con más ahínco se está intentando y la productividad del sistema está mejorando. Lo de igualitaria siempre dependerá del nivel educativo de quien utilice el servicio. Es verdad que los posibles copagos pueden, al comienzo de instaurarlos, producir algún disturbio personal ligado, más que nada, al nivel cultural de a quien afectan.

Internet y la relación médico-paciente, ¿qué le sugiere?

El médico tiene que ser un estudioso permanente, que ya lo es, pero debe ser aún más exigente consigo mismo ya que el paciente vendrá informado gracias a Internet. Los pacientes examinarán al médico. No sólo le contarán lo que les pasa, si no que astutamente se callarán lo que han leído en Internet y le estarán examinando. **El médico tendrá que estar más informado y deberá tener en cuenta que el paciente es un paciente informado.**

Por otra parte, el paciente tiene que ser consciente de que él es el fundamental responsable de su Salud. El médico puede ofrecerle opciones, pero la decisión final es suya.

¿Qué supone la cronicidad para la sostenibilidad del sistema?

Es un aspecto fundamental. Se trata de un reto importante de la organización sanitaria, que no puede ser resuelto con simplicidad. La efectividad sanitaria ha logrado una mayor supervivencia pero los problemas agudos se han transformado en crónicos. Actualmente, la mayor actividad del sistema es de enfermos crónicos. La relación de este fenómeno con el uso de servicios es evidente: **más del 70% de la actividad sanitaria está ya dedicada a la atención a pacientes crónicos.** La mayor frecuentación se debe a este tipo de enfermos y necesita una nueva manera de atenderlos como ya se ha iniciado en el País Vasco, aplicando los recursos sanitarios en el lugar y momento adecuado.

¿Qué papel debe tener el paciente dentro del sistema sanitario?

Protagonista. Debe exigir todo a lo que tiene derecho y está contemplado en la Ley. Debe saber que el sistema es suyo y que todos lo demás somos sus servidores. También tiene la obligación de saber y practicar que más del 40% de su salud depende de su estilo de vida. **La acción fundamental del sistema sanitario es el acto asistencial.** Se desarrolla entre el enfermo (protagonista) y el médico (actor principal) y a ese acto debe ir encaminado todo el esfuerzo organizativo para que se desarrolle con todas las garantías y máxima facilidad. Conviene recordar, no obstante, que un famoso director de una importante cadena de hoteles decía a sus directivos: ustedes ocúpense de nuestros empleados que ellos se ocuparán de nuestros clientes. **Un profesional satisfecho es un excelente profesional.**

¿Considera que en España la labor de las asociaciones de pacientes es suficientemente independiente?

No tengo motivos para responder que no. Es evidente que si no se tienen condicionamientos es mucho más fácil y probable ser transparente que si se tienen. Diría que la mayoría de sus componentes, seguro que sí. Asegurar que todos sus componentes son transparentes es una insensatez. Este tema ronda con otro fundamental que es la ética y la moral personal. La bioética consta de cuatro principios: beneficencia (hacer el bien, ayudar), la autonomía (cada uno es responsable de sus propios actos, no podemos coaccionar a los demás), la no maleficencia (no hacer daño,) y la justicia. La justicia consiste en no discriminar en la vida social. En consecuencia hay que ser éticos y, en el caso de la Medicina, bioéticos.

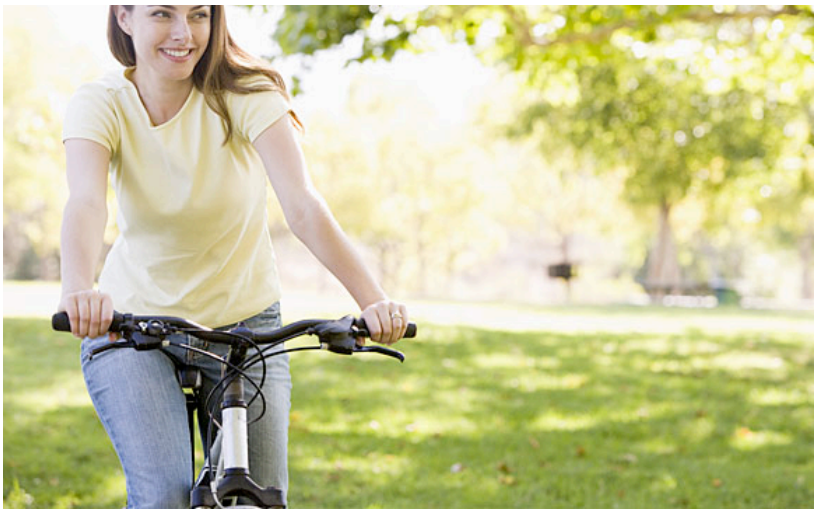
¿Es la educación para la salud la gran asignatura pendiente?

En los países desarrollados el tabaco, el sedentarismo y la obesidad, fundamentalmente, están haciendo estragos en la salud y **es necesario que desde los poderes públicos, la familia y la escuela se actúe para tener una sociedad más saludable.**

Destacados miembros de la sociedad civil con gran prestigio e influencia social, como el cardiólogo Valentín Fuster, desarrollan campañas de mejora de la alimentación en los niños desde la escuela, los cuales a su vez enseñan a los padres. El Dr. Estruch, del Hospital Clínic de Barcelona, ha liderado el más extenso estudio internacional demostrando los muchos beneficios de la llamada dieta mediterránea que ha publicado, recientemente, en la prestigiosa revista científica médica *The New England Journal of Medicine.* La Junta de Salud de Nueva York ha aprobado una propuesta del alcalde de la ciudad, Michael Bloomberg, para prohibir la venta de refrescos y bebidas azucaradas grandes en restaurantes, cines, carritos callejeros y otros establecimientos, para luchar contra la obesidad. La Ley contra el tabaco en España creó problemas sociales de rechazo, pero de su aplicación ya se están notando los beneficios.

Todos **los que puedan influir en los demás deben aconsejar hábitos saludables y, sobre todo, deben practicarlos ya que la palabra convence pero el ejemplo arrastra.**

15 consejos para vivir de forma sana y durante más tiempo



¡Muévete! Muchos estudios muestran que el ejercicio alarga la vida. Las personas que hacen un mínimo de 15 minutos de ejercicio al día viven una media de tres años más. Pero algo más de movimiento sería aún mejor: la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un poco más a la semana, un total de 2,5 horas; equivalente a unos 21 minutos de ejercicio diario.

1 de 15
Por **H. Bakkali**

Onmeda pertenece al conjunto de portales de salud que cumplen y respetan las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario tras ser revisada por el comité evaluador y cumplir los principios generales y el código ético.

Aviso legal:
© 2013 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

App de Onmeda:
Descárgate la aplicación para iPad, iPhone y Android.

Entrevista con el Dr. Josep Vidal

Autor: Redacción Onmeda

Día Mundial de la Diabetes Mellitus

La diabetes es una patología metabólica de carácter crónico que se manifiesta en el momento en el que el páncreas no tiene la capacidad de producir la insulina necesaria o en los casos en los que ésta no es asimilada de manera correcta por el organismo. Se trata de una de las dolencias más comunes de nuestra sociedad, en gran medida provocada por hábitos de vida poco saludables como la falta de ejercicio físico o las dietas ricas en grasas y azúcares. A causa de la diabetes, la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que el número de muertes se duplicarán entre los años 2005 y 2013.

Con motivo del Día Mundial de la Diabetes, que se conmemora cada 14 de noviembre, el Dr. Josep Vidal, jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínic de Barcelona, nos explica algunos de los aspectos más relevantes de la enfermedad, de su diagnóstico y de sus principales métodos de prevención, detección y control.

¿La diabetes es una patología común?

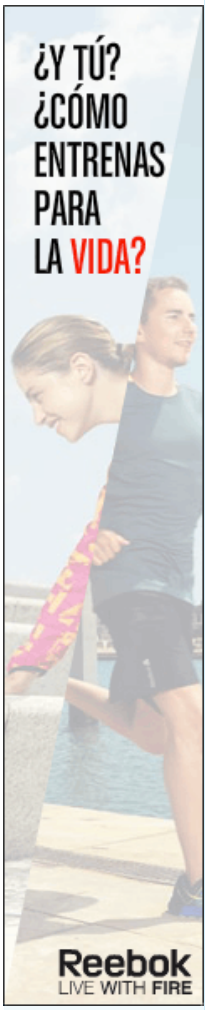
Es enfermedad tremendamente frecuente en nuestro medio. Hablamos de, aproximadamente, un 10% de la población adulta y con una tendencia a ir creciendo en nuestra sociedad con unas consecuencias sobre la salud especialmente relevantes.

¿Cómo se diagnostica esta enfermedad?

La diabetes, en sentido estricto, consiste en presentar niveles de glucosa en sangre por encima de lo que habitualmente normal para el organismo. Hablaríamos de presentar unos niveles superiores a 126 mg/dl o unos niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) por encima de 6,5%. Así es como diagnosticamos la diabetes.

12 consejos para controlar la diabetes de forma sencilla

¿Qué es la diabetes mellitus?
La diabetes es una enfermedad metabólica que se caracteriza por el aumento de los niveles de glucosa en la sangre. El paciente debe esforzarse especialmente por llevar una dieta saludable y una rutina diaria que favorezca la disminución de los niveles de glucosa en la sangre.



¿Qué diferencias principales existen entre la diabetes tipo I y la tipo II?

La diabetes tipo I es una forma de diabetes que se produce por destrucción de las células del páncreas que segregan insulina. Ello se produce por un ataque autoinmunitario. Las propias defensas del individuo destruyen sus propias células productoras de insulina. Suele manifestarse habitualmente en gente joven y con peso normal. La diabetes tipo II suele aparecer en gente más mayor y no hay una destrucción de esas células que producen insulina si no que, por lo general, se manifiesta en una persona que presenta obesidad, En situación de obesidad, la insulina tiene dificultades para realizar su acción. Ante este contexto, si la persona es incapaz de segregar cantidades de insulina, incluso en cantidades mayores a las normales, no podrá compensar esa situación de resistencia a la insulina y entonces los niveles de azúcar aumentan.

La gran diferencia, por lo tanto, estaría en que en una hay destrucción de las células productoras de insulina por parte del páncreas y precisa de insulina. Y la otra es una forma de diabetes que se produce, generalmente, en el contexto de obesidad y por una incapacidad de alcanzar a vencer esa resistencia a la insulina, **muchas veces la podemos tratar únicamente con medidas dietéticas, actividad física y pastillas que nos ayudan a ajustar estos desniveles.**

Actualmente, ¿cuál es la prevalencia de cada uno de los tipos de diabetes en España?

La prevalencia de diabetes tipo II en España está alrededor del 10-12% de la población. Aproximadamente, **el 50% de la gente con diabetes tipo II desconoce que la presenta.** La prevalencia de diabetes tipo I representa, aproximadamente, el 5% de las formas de diabetes. Es muchísimo más frecuente la diabetes tipo II que la diabetes tipo I.

¿Con qué síntomas se manifiesta la diabetes tipo II?

La sintomatología es orinar mucho, tener mucha sed e, incluso, perder un poco de peso. Pero, fundamentalmente la sed. El cuerpo intenta eliminar el exceso de glucosa a través de la orina y eso compensatoriamente lleva a que el paciente tenga mucha sed. Ahora bien, en la diabetes tipo II, muchas veces no hay síntomas y se diagnostica a partir de una analítica rutinaria, la razón se debe a que los síntomas suelen aparecer cuando los niveles de glucosa están por encima de 180 mg/dl – 200 mg/dl, y en cambio el dintel diagnóstico corresponde a alrededor de 126 mg/dl, y por lo tanto hay mucha gente que se diagnostica a partir de una analítica de rutina hecha por el médico de cabecera.

¿Se trata de una enfermedad crónica?

Sí. Tanto la diabetes tipo I como la diabetes tipo II son enfermedades crónicas. En la diabetes tipo II se podría hablar de una remisión de la enfermedad en casos en los que los pacientes pierdan mucho peso, tanto quirúrgicamente como no quirúrgicamente, y por lo tanto habría un mayor control sobre la enfermedad. Pero no hablaríamos de curación en sentido estricto, por lo tanto sí son enfermedades crónicas.

¿En qué medida la diabetes se puede controlar?

Es necesario controlar la enfermedad, porque sabemos que si no se controla se producirán complicaciones. Es posible su control, sobre todo, si los esfuerzos se hacen desde el primer día. En la diabetes tipo II, no es fácil ni siquiera con la diversidad de medicación con la que contamos, pero sabemos que si se controlan las fases iniciales de la enfermedad se consigue una ayuda de cara al futuro. Sin embargo, aún siendo esto posible, por diversas circunstancias (por la propia enfermedad, porque a veces los médicos no atinamos, porque los paciente no cumplen o porque las medicaciones que tenemos no cubren todo ya que no son perfectas) nos siguen quedando en España alrededor de un 40% de pacientes en los que no conseguimos el control que quisiéramos.

¿En qué grado se trata de una enfermedad hereditaria?

En la diabetes tipo II existe un componente familiar importante. De tal modo, que si uno tiene un pariente de primer grado que tenga diabetes tipo II, en un 40% de los casos va a tener la enfermedad en el futuro. Entendiendo que la aparición de esa diabetes va a venir modulada por aspectos relacionados con el estilo de vida. **Cuanto más carga genética, menos pueden hacer los factores de estilo de vida para prevenir la enfermedad.** Pero por lo general, sí pueden suponer un factor protector.

En relación a la diabetes tipo I sí tiene un componente genético y sabemos que si hay dos gemelos idénticos la probabilidad de que los dos acaben desarrollando la diabetes tipo I es muy alta. En el sentido habitual de pasar de padres a hijos es menos frecuente que en los casos de la diabetes tipo II.

¿A qué edad es más común que se diagnostique la enfermedad?

La diabetes de tipo I en la pubertad, sobre los 14 años. Para la de tipo II, lo habitual es que se diagnostique sobre los 50 años. Pero lo cierto es que estamos viendo que hay obesidad en edades más precoces, hecho que hace que veamos niños con diabetes tipo II.

¿Qué riesgos o particularidades puede presentar la diabetes tipo II en los casos en

los que se manifiesta en niños? ¿Resulta más difícil su control?

En la diabetes tipo II en niños el control puede ser más voluble. Si el entorno familiar acompaña es un hecho favorecedor, circunstancia que no siempre ocurre, en muchas ocasiones los niños son obesos, y los padres también son obesos, eso marca un cierto entorno familiar. Es una edad en la que todavía se está en fase de aprendizaje, donde se puede intentar modular aspectos que puedan dificultar el control de la enfermedad. El diagnóstico de la diabetes tipo II en edad infantil nos indica que el niño con una seguridad del 99% presenta obesidad, y esta obesidad será difícil de tratar también en la edad infantil.

Si se consigue controlar la obesidad, ¿se tendría un mejor control de la diabetes?

Sin duda. De hecho existen estudios de proyección. La obesidad va aumentando y con ella la incidencia de la diabetes. La mayor parte de obesos no son diabéticos, el 70% de los obesos no acaban por desarrollar la enfermedad. Hay estudios que demuestran que si volviéramos a los niveles de obesidad que teníamos hace 20 años los niveles de diabetes bajarían de una manera brutal.

Calculadora de IMC

¿Cuál es tu IMC? Descubre con nuestra calculadora si tienes sobrepeso, normopeso o infrapeso. Comprueba con nuestra calculadora de IMC si tu peso corporal se encuentra dentro de los límites normales. El índice de masa corporal (IMC) mide la relación entre el peso y la estatura de una persona y depende generalmente de la constitución de la persona. **Ir a la calculadora**

¿La obesidad aumenta la resistencia al tratamiento de la diabetes?

La obesidad aumenta la resistencia al tratamiento. Por lo general, **cuanto más obesidad más resistencia a la insulina,** y eso dificulta algunos tratamientos. Pero la respuesta tendría muchos matices. Se trataría de buscar el equilibrio entre cuánta resistencia a la insulina se tiene y cuánto funciona el páncreas.

¿Qué se entiende por diabetes gestacional? ¿Cuáles son sus causas? ¿Qué síntomas presenta? ¿Cómo se puede controlar?

Es la diabetes que se diagnostica durante la gestación. Por lo general, **suele aparecer en mujeres con historia familiar de diabetes o en mujeres que se quedan embarazadas con más edad.** El cribado de la diabetes gestacional en el segundo trimestre de la gestación es una práctica habitual en nuestro medio. A la mujer que es asintomática le damos una sobrecarga de bebida azucarada y vemos cómo responde al cabo de una hora respecto a esa bebida, si la respuesta es inadecuada, entonces le planteamos otra prueba para hacer un diagnóstico definitivo.

La diabetes gestacional vamos a buscarla porque sabemos que puede tener consecuencias como que el bebé sea más grande y que la madre tenga dificultades para tener un parto normal, etc. Por lo general, la mujer no tiene síntomas porque los niveles de glucosa no son altos, sino que la respuesta a una bebida muy azucarada es inadecuada. Normalmente, se trata con dieta. Si con la dieta no es suficiente administramos insulina.

Diabetes gestacional: Vídeos

¿Por qué insulina y no pastillas?

Porque muchas de las pastillas durante el embarazo no sabemos si pueden tener algún efecto adverso sobre el feto. Normalmente, tras el parto la diabetes gestacional desaparece.

Padecer diabetes, ¿puede afectar a otros órganos? ¿En qué circunstancias? ¿Qué órganos son los que pueden verse más afectados por la diabetes?

Los órganos que más afectados se ven son el árbol vascular, de hecho la causa principal de muerte en los diabéticos es la enfermedad coronaria. Otros factores como la obesidad conllevan en sí un riesgo. También se puede manifestar hipertensión arterialo alteraciones en los lípidos, por ejemplo. Como alteraciones propias de la diabetes también podemos citar la retinopatía diabética, la afectación del riñón, la afectación de estructuras nerviosas que se manifiestas en forma de alteraciones en la sensibilidad, especialmente de las piernas…

¿Qué es el bypass gástrico y cómo puede beneficiar al tratamiento de la diabetes?

Es una intervención quirúrgica que forma parte de las técnicas que llamamos de cirugía para perder peso. Es una técnica que se empezó a hacer en el año 1967, por lo tanto, tiene un largo recorrido y que se basa, fundamentalmente, en hacer un estómago más pequeño y conseguir que el alimento no entre en contacto con la primera porción del intestino delgado. Eso conlleva, y se sabe desde hace muchos años, una mejoría en la diabetes. El por qué no es tan evidente, aunque una razón segura es porque se asocia a una pérdida de peso. Existe una estrecha relación entre obesidad y diabetes, y si conseguimos que la gente se opere y pierda peso gracias a esa operación, el beneficio es extremo. Prácticamente, el 75% de la gente que se somete a esta intervención acaba llegando a una situación de remisión de la diabetes.

Bypass gástrico: Vídeos

¿En qué medida se puede prevenir la diabetes?

La prevención en sentido global es adoptar medidas en nuestro estilo de vida que sean adecuadas. Se debe procurar realizar actividad física de manera regular y moderada, e intentar mantener un peso dentro de lo normal.

¿Tienes alguna pregunta sobre la Diabetes Mellitus? Plantea tus dudas a nuestros expertos de los foros de Onmeda.

Por **H. Bakkali**

Todo sobre: **diabetes**

Puede interesarte

- **Enfermedad de Crohn**
- **Dolor muscular (mialgia)**
- **Cáncer de estómago (cáncer gástrico)**
- **Detección precoz del cáncer de colon**

recomendado por

Enlaces patrocinados Publicidad

» Alimentación saludable
» Todo sobre el embarazo
» Foros: pregunta a un experto
» ¿Qué revela un síntoma?
» Tests: ponte a prueba
» Actualidad en salud
» Todos los medicamentos
» Vídeos sobre salud

Onmeda pertenece al conjunto de portales de salud que cumplen y respetan las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario tras ser revisada por el comité evaluador y cumplir los principios generales y el código ético.

Aviso legal: © 2013 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

Entrevista con el Dr. Víctor M. Campos Arillo

Autor: Redacción Onmeda

Día Mundial del Alzhéimer

Se estima que la enfermedad de Alzheimer afecta al 8% de las personas mayores de 65 años, llegando al 30% en los mayores de 85 años. Tener en cuenta los antecedentes familiares resulta un factor de gran interés en el momento de diagnosticar la enfermedad, puesto que en la actualidad se tiene constancia de varios genes relacionados con el desarrollo de esta dolencia.

Con motivo del Día Mundial del Alzhéimer, el doctor Víctor M. Campos Arillo, Director del Área de Neurociencias de Xanit Hospital Internacional, nos explica cómo se desarrolla esta enfermedad, en qué medida puede ser hereditaria, cuáles son sus principales factores de riesgo, o qué avances son los más prometedores en su abordaje.

¿Qué es el alzhéimer?

La enfermedad de Alzheimer (EA) es **la enfermedad neurodegenerativa más común de la raza humana tras la degeneración del nervio óptico;** enfermedades que se relacionan claramente con la edad. Produce demencia, un síndrome (grupo de signos y síntomas que aparecen conjuntamente) que no es exclusivo de esa enfermedad, sino que también aparece en otras muchas. La demencia es la consecuencia de la afectación crónica de áreas de la corteza cerebral con deterioro de las funciones que esas zonas tienen encomendadas (memoria, lenguaje, capacidad de realizar actos motores con una finalidad concreta, conocimiento global o personal, planificación de tareas, etc.) y que condiciona repercusiones sociales o personales. En la demencia no existe afectación de conciencia.

Alzhéimer

La enfermedad de **Alzheimer** es el tipo de **demencia más común**.

1 de 34

¿A qué causas se debe?

A la degeneración progresiva de grupos de neuronas de la corteza cerebral. Los mecanismos íntimos que ponen en marcha esa neurodegeneración son hasta ahora desconocidos. El hecho es que se comienzan a acumular en el interior de algunas neuronas proteínas anómalas (básicamente betaamiloide) que parecen tener poder patógeno, o sea conducir a la muerte neuronal. Con ello se van “desconectando” áreas cerebrales y apareciendo los síntomas.

¿Podríamos hablar de la existencia de factores ambientales en su desarrollo?

En la actualidad es conocida la asociación entre un nivel educativo y socioeconómico bajo y la aparición precoz de enfermedades neurológicas (y generales) crónicas. Además, la coexistencia de factores de riesgo vascular (hipertensión arterial, dislipemia, uso de tóxicos, alcohol sobre todo, glucemia, estrés, etc.) incrementa la aparición de demencia, con lo que su control adecuado puede influir de forma indirecta en su menor frecuencia de aparición. Asimismo, existe relación demostrada en pacientes que han sufrido un traumatismo craneoencefálico previo, así como con la exposición crónica a metales (aluminio o zinc, por ejemplo).

¿Se trata de una enfermedad hereditaria?

La historia familiar es un dato de gran interés a la hora de **establecer el diagnóstico de la enfermedad del Alzheimer.** Actualmente, se conocen varios genes relacionados con esta enfermedad. Unos son causales (si están presentes, el sujeto desarrollará la enfermedad con certeza); y otros de susceptibilidad (si están presentes, el sujeto podría desarrollar la enfermedad solo si se asocian a otros factores ambientales). Los causales con patrón autosómico dominante son muy raros (el 2% de todos los casos) y se resumen en el gen APP del cromosoma 2, el gen de la presenilina 1 en el cromosoma 14, y el gen de la presenilina 2 en el cromosoma 1.

¿Con qué señales suele manifestarse?

El paciente con EA presenta un síndrome de demencia que aparece con la cronología siguiente: suele comenzar con defecto en la memoria reciente (un síntoma por lo demás bastante frecuente en la población de edad), pero a él se añaden gradualmente otros derivados de la afectación de otras funciones cognitivas (o “dominios”, en terminología anglosajona) como el lenguaje, la orientación, problemas para la realización de tareas comunes (vestirse, usar objetos sencillos, hacer cálculos, planificar, etc.) y conductuales (ansiedad, la dependencia de personas concretas, agresividad, alucinaciones, tristeza, apatía, etc.) Todos ellos son o suelen ser progresivos. Característicamente, en la enfermedad de Alzheimer suele preservarse el lenguaje afectivo hasta fases avanzadas de la enfermedad.

Test de Alzheimer

¿Sientes los primeros síntomas del Alzhéimer? El alzhéimer es la forma más frecuente de demencia. Esta patología neurológica se presenta con más frecuencia en personas mayores de 65 años. Mantener una mente en forma ayuda a retrasar su aparición. **Haz el test...**

¿A qué edad es más común su aparición?

A partir de los 65 años. La EA de inicio precoz (antes de los 60 años) es poco frecuente (tan solo el 2-3% de los casos), pero es en esos casos donde la carga genética es mayor.

¿Es más frecuente en mujeres o en hombres?

Existen discrepancias acerca de la diferencia de género como factor de riesgo. La mayoría de los estudios confirman **una mayor prevalencia de mujeres** afectadas, que podría explicarse por la mayor longevidad de este género aunque también por una mayor incidencia específica, según estudios epidemiológicos (metaanálisis de incidencia).

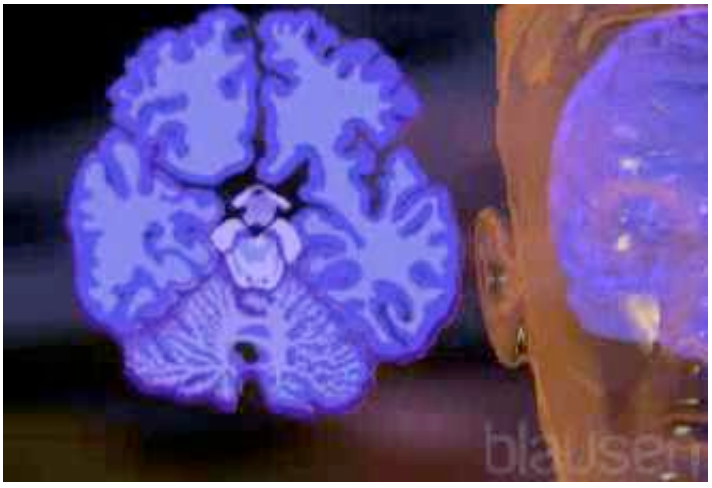
¿Con qué tratamientos se cuenta hoy en día para el abordaje de la enfermedad?

Los objetivos del tratamiento actualmente disponible son múltiples. Básicamente, se trata de intentar conservar las funciones intactas con estrategias de estimulación cognitiva (es un conjunto de actuaciones neuropsicológicas encaminadas a estimular y entrenar. Entre las actuaciones se incluyen tareas cognitivas, logopedia, terapia ocupacional, etc.), estimular áreas y conexiones entre ellas con fármacos diseñados específicamente para este fin (anticolinesterásicos y antiglutamatérgicos), prevenir la neurodegeneración con el uso de sustancias antioxidantes y favorecedoras de la neuroplasticidad y controlar las manifestaciones conductuales (antidepresivos, ansiolíticos o neurolépticos).

¿Cuál es el pronóstico del Alzheimer actualmente?

Las estrategias citadas suelen conseguir una estabilización relativa de los síntomas y un retraso en la institucionalización, pero en la actualidad no son esenciales para hacer retroceder o curar el problema.

Alzheimer: Vídeos



¿Cuál es su incidencia en España? ¿Y a nivel mundial?

La incidencia actual estimada de la EA depende de la edad. **A los 65 años la prevalencia es cercana al 8%, pero llega al 30% en mayores de 85 años.** Estas cifras son muy uniformes en el primer mundo, por lo que no existen grandes diferencias entre países europeos.

¿Existe alguna manera de prevenir esta dolencia?

En la actualidad, considero que **no existe ninguna estrategia preventiva.** Sí es cierto, no obstante, que la reserva cognitiva puede incrementarse o mantenerse cuanto mayor formación intelectual tenga el sujeto y que una vida que controle lo máximo posible los factores de riesgo conocidos, alejaría el momento de aparición de los síntomas de la EA.

¿Cuáles son los últimos avances en materia de investigación?

Los últimos avances en el tratamiento están enfocados a eliminar los acúmulos de proteínas anormales

almacenados en las neuronas con estrategias parecidas a las usadas en inmunología (tipo vacunas) o a conseguir anular genes anómalos introduciendo vectores virales con ingeniería genética.

Por **H. Bakkali**

¿Tienes alguna pregunta sobre la enfermedad de Alzheimer? Plantea tus dudas a nuestros expertos.

Onmeda pertenece al conjunto de portales de salud que cumplen y respetan las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario tras ser revisada por el comité evaluador y cumplir los principios generales y el código ético.

Aviso legal:
© 2013 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

Sobre Nosotros
Contacto
Mapa del sitio
Exención de responsabilidad
Equipo

Entrevista con el Dr. Francesc Cardellach

Autor: Redacción Onmeda

Las enfermedades raras, también conocidas como enfermedades minoritarias o poco frecuentes, son aquellas que afectan a un número de personas muy bajo dentro de la población. Una enfermedad es catalogada como poco frecuente si afecta a menos de 5 personas por cada 10.000 personas. Estos trastornos pueden llegar a ser discapacitantes, tener carácter crónico e incluso presentar una tasa muy elevada de mortalidad.

Con motivo del Día Mundial de las Enfermedades raras, que se conmemora cada 28 de febrero, el Dr. Francesc Cardellach, Consultor Senior de Medicina Interna del Hospital Clínic de Barcelona y Catedrático de Medicina de la Universidad de Barcelona, nos explica algunas de las particularidades más destacables de este grupo de patologias.

¿Qué supone el diagnóstico precoz en el abordaje de las enfermedades raras?

Una oportunidad vital para los afectados, puesto que en algunas de las enfermedades con simples tratamientos (como una dieta determinada o un fármaco, por ejemplo) se pueden evitar complicaciones muy graves (muchas de tipo neurológico) e incluso la muerte.

¿Qué papel juega el cribado neonatal en el pronóstico de este tipo de patologías?

Representa algo muy similar a lo dicho anteriormente pero en el recién nacido. La extrema fragilidad del paciente, en este caso, acentúa la necesidad del diagnóstico precoz.

¿Cómo influye la carga genética en la evolución de una enfermedad rara?

Se estima que 4 de cada 5 enfermedades raras tienen una base genética. Otra cuestión es si el tipo de transmisión es dominante o recesiva, o si la carga de enfermedad se localiza en los cromosomas sexuales. Ello va a influir definitivamente en la precocidad de aparición de la enfermedad, su gravedad y el riesgo de transmisión según el género. En otros casos la enfermedad aparece sin un antecedente genético conocido.

Día Mundial de las Enfermedades Raras

El día 28 de febrero se conmemora el Día Mundial de las Enfermedades Raras. ¿Qué son las patologías poco frecuentes?¿Cómo se tratan? Encuentra toda la información sobre las enfermedades raras en nuestro especial. **¡Quiero leer el especial!**

¿Qué tipos de enfermedades raras son las más comunes en adultos?

Depende del área geográfica y de la etnia. Por ejemplo, hay enfermedades que acontecen más en países del

Extremo Oriente, mientras que otras son propias de países occidentales. O incluso algunas se diagnostican más en un área concreta, como la región mediterránea. Por ejemplo algunas anemias o algunos tipos de amiloidosis.

¿Y en la edad infantil?

Sucede algo parecido.

A los padres, ¿qué tipo de atención se les debe ofrecer cuando su hijo es diagnosticado con una de estas dolencias?

Puede ser muy distinta la actitud con los padres, dependiendo de la gravedad del proceso y de la posibilidad de instaurar un tratamiento. En cualquier caso, es preciso **dar todo el soporte posible tanto desde el punto de vista de la información, como del apoyo psicológico.** Hay que tener en cuenta que la mayoría de estas enfermedades diagnosticadas en el recién nacido tendrán un curso crónico y en muchos casos con dificultades de desarrollo neuropsicológico. Por ello, no pocas veces hay que buscar medios de atención escolar muy específicos.

Actualmente, ¿cuáles siguen siendo las limitaciones terapéuticas más importantes?

Las mayores limitaciones son consecuencia de la falta de un tratamiento específico y en muchos casos la terapéutica se limita prácticamente a una actuación sobre los síntomas. En otras situaciones, el excesivo precio de un determinado fármaco, que la mayoría de veces deberá administrarse durante toda la vida, puede constituir una barrera difícil de superar. Finalmente, a veces la eficacia de un tratamiento va perdiendo efectividad con el paso del tiempo.

Newsletter de Onmeda
Aprende a cuidarte con sencillas recomendaciones y consejos de salud elaborados por médicos y expertos en salud. Regístrate de forma gratuita y recibe semanalmente las claves para mantenerte en forma. **¡Quiero suscribirme a la Newsletter!**

Desde el punto de vista de investigación, ¿qué retos son los que más urgen?

Dado que la mayoría de enfermedades raras tienen una base genética, la mayoría de esfuerzos se dirigen a identificar el gen responsable y desarrollar terapéuticas que sustituyan el gen alterado por uno normal o corrijan la anomalía (genéricamente, se denomina terapia génica). Sin embargo, debe tenerse en cuenta que existen unas 6.500 enfermedades raras, la mayoría muy distintas entre sí, por lo que los retos en su investigación pueden ser muy diferentes entre unas y otras.

¿Tienes alguna pregunta sobre las enfermedades raras? Plantea tus dudas a nuestros expertos en los foros de Onmeda..

Por **H. Bakkali**

Onmeda cumple y respeta las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario porque cumple sus principios generales y el código ético

Nosotros subscribimos los Principios del código HONcode.
Compruébelo aquí.

Aviso legal:
© 2014 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

Sobre Nosotros
Contacto
Mapa del sitio
Exención de responsabilidad
Equipo

Todo sobre: mi hijo

Entrevista con Berta González Martínez

Autor: Redacción Onmeda

Día Nacional del Niño con Cáncer

En España, se estima que la incidencia anual de cáncer infantil es de 153 casos por millón de personas en edades comprendidas entre los 0 y los 14 años. Datos que se traducen en, aproximadamente, un caso anual por cada 6.500 niños menores de 15 años.

Con motivo del Día Nacional del Niño con Cáncer, que se conmemora el día 21 de diciembre, la doctora Berta González Martínez, especialista del Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital Universitario La Paz de Madrid, nos habla sobre el cáncer en la edad infantil y aclara la diferencia que existe en el desarrollo de un cáncer en adultos respecto al que afecta a los niños, cuál es el abordaje terapéutico en estos casos y cuáles son las líneas de investigación más esperanzadoras para mejorar el diagnóstico y el pronóstico de los menores que padecen esta enfermedad.

¿Qué tipo de cáncer infantil es el más frecuente?

Las leucemias agudas constituyen el grupo de neoplasias más frecuentes en la edad pediátrica. La leucemia linfoblástica aguda comprende el 80% de todas las leucemias agudas en este grupo de edad.

¿Cuál es el que presenta peor pronóstico?

En ciertos tumores logramos tasas de supervivencia menores a las globales. Algunos suponen un reto tanto desde el punto de vista quirúrgico, como radio y quimioterápico. Entre ellos, destacan los del sistema nervioso central, debido a las posibles secuelas de los tratamientos locales, así como a la dificultad de acceso de los fármacos en este territorio por la llamada barrera hematoencefálica.

Información general sobre el cáncer: Vídeos

¿Qué diferencia el cáncer en niños del cáncer en adultos?

El pronóstico, distribución, histología y localización del cáncer en la infancia es muy diferente al de los adultos. Los **pacientes pediátricos con cáncer, en general, responden mejor a los tratamientos y tienen una tasa más alta de supervivencia.** Asimismo, la incidencia de cáncer en los niños es muy baja, en comparación con la incidencia en la población general.

Por otro lado, en el adulto predominan los tumores de estirpe epitelial, mientras que en la infancia predominan las neoplasias hematológicas, los tumores del sistema nervioso central y los tumores embrionarios.

Muchos de los cánceres en adultos se relacionan con factores ambientales ¿se conocen las posibles causas que provocan el cáncer durante la infancia?

Aunque existen un pequeño porcentaje de tumores infantiles fruto de una cierta predisposición familiar, en general **las causas del cáncer siguen sin conocerse.** A diferencia de lo que ocurre en los adultos, el cáncer de los niños no está tan vinculado con factores causales concretos. Nuestros conocimientos actuales apoyan un origen multifactorial. Sí se conoce, por ejemplo, que la exposición a radiaciones podría incrementar la incidencia de la enfermedad, aunque siempre en función de la intensidad y el número de exposiciones.

¿Los tratamientos del cáncer en niños son los mismos que en adultos?

Los niños deben ser tratados con protocolos pediátricos especialmente diseñados para tumores infantiles, que se ajustan a las peculiaridades de los pacientes pediátricos con cáncer.

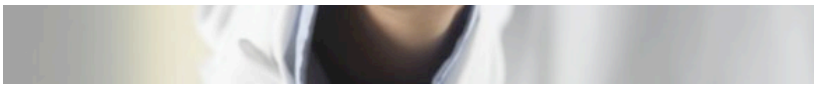
¿Son igual de eficaces los tratamientos si se aplican en niños que si se dirigen a adultos?

Los pacientes pediátricos, en general, responden mejor al tratamiento, obteniendo mejores resultados y mayores tasas de supervivencia. También hay que señalar que el tratamiento va a incidir sobre un organismo en desarrollo y crecimiento por lo que los niños son más vulnerables a secuelas tardías, sin embargo toleran mejor que los adultos la toxicidad aguda.

Las pruebas diagnósticas, ¿son las mismas en niños y en adultos?

En el campo de la oncología infantil el avance en nuevos métodos diagnósticos de imagen más precisos ha sido decisivo en el aumento de la supervivencia: como la resonancia magnética, la gammagrafía o el PET, que se aplican igualmente en adultos.

¿Qué son los marcadores tumorales?



Los **marcadores tumorales** son sustancias (proteínas, genes...) que producen las células. Se puede descubrir su presencia en el organismo a través de la **orina**, la **sangre** y otros **tejidos corporales**.

1 de 10

Desde el punto de vista del abordaje terapéutico, ¿cuáles son los principales problemas que pueden surgir?

Durante el tratamiento nos podemos encontrar con problemas agudos derivados de la toxicidad de los fármacos quimioterápicos utilizados (vómitos, alopecia, mielotoxicidad, mucositis…), pero también debemos vigilar los efectos secundarios tardíos que dependerán del tipo de fármaco ultilizado, de la dosis acumulada y de factores intrínsecos del paciente.

No hay que olvidar cuidar los aspectos psicosociales durante el tratamiento. Para todo ello, es imprescindible que el tratamiento sea llevado a cabo por un equipo multidisciplinar (oncólogos pediátricos, cirujanos infantiles, psicólogos, nutricionistas…)

¿Qué protocolos se siguen para que el menor pueda sobrellevar los efectos de los tratamientos?

Los pacientes precisan además del tratamiento de la enfermedad una terapia de soporte que consiste en todas aquellas medidas dirigidas a la prevención y tratamiento de las complicaciones derivadas de la propia enfermedad y de su tratamiento. El manejo terapéutico adecuado de los niños con cáncer requiere una atención especializada global, que abarca múltiples aspectos, como la prevención y tratamiento de complicaciones metabólicas y nutricionales, el tratamiento correcto de las eventuales infecciones, el uso racional de los hemoderivados, sin olvidar la atención necesaria al dolor y los vómitos.

¿Son frecuentes las recaídas cuando el cáncer se manifiesta en niños?

El riesgo de recaída depende del tipo de tumor. En el caso de las leucemias agudas linfoblásticas (el cáncer infantil más frecuente) **hasta un 25 % de los niños sufren una recidiva de su enfermedad.** Identificar los factores pronósticos junto con la respuesta temprana al tratamiento nos permite clasificar a los pacientes en grupos de riesgo y así poder aplicar tratamientos de distinta intensidad a cada uno de ellos.

Desde el punto de vista de la investigación ¿en qué momento estamos? ¿Qué se ha hecho y qué queda por hacer?

Gracias a los avances en los procedimientos diagnóstico-terapeúticos y las mejoras en los tratamientos de soporte, la supervivencia global ha mejorado, situándose alrededor del 80% a los cinco años.

Continuamente aparecen fármacos nuevos que son incorporados a los protocolos terapéuticos. Los esfuerzos de la investigación van dirigidos a la terapia selectiva. En algunos tumores infantiles la terapia individualizada ya es una realidad, en otros, aún queda camino por recorrer en la investigación en el campo de la biología molecular.

¿Tienes alguna pregunta sobre el cáncer infantil? Plantea tus dudas a nuestros expertos.

Por **H. Bakkali**

Todo sobre: mi hijo

Todo sobre: Mi hijo

Onmeda cumple y respeta las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario porque cumple sus principios generales y el código ético

Nosotros subscribimos los Principios del código HONcode.
Compruébelo aquí.

Aviso legal:
© 2013 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

Entrevista con el Dr. Ismael López-Ventura

Autor: Redacción Onmeda

Día Nacional contra la Esclerosis Múltiple

El pronóstico de la esclerosis múltiple ha mejorado de manera notable en los últimos años. Nuevos fármacos inmunomoduladores y nuevas líneas de investigación están ayudando a que cada vez sea mejor el control de la enfermedad. Fundamentalmente, en los casos de la esclerosis múltiple en brotes, pero también el avance en el conocimiento y control de los tipos de esclerosis múltiple de peor pronóstico es cada vez más esperanzador.

Con motivo del Día Nacional contra la Esclerosis Múltiple, que se conmemora el día 18 de diciembre, el doctor Ismael López-Ventura Jimeno, neurólogo responsable de la Unidad de Esclerosis Múltiple de Xanit Hospital Internacional, nos responde a algunas de las cuestiones más frecuentes sobre la patología.

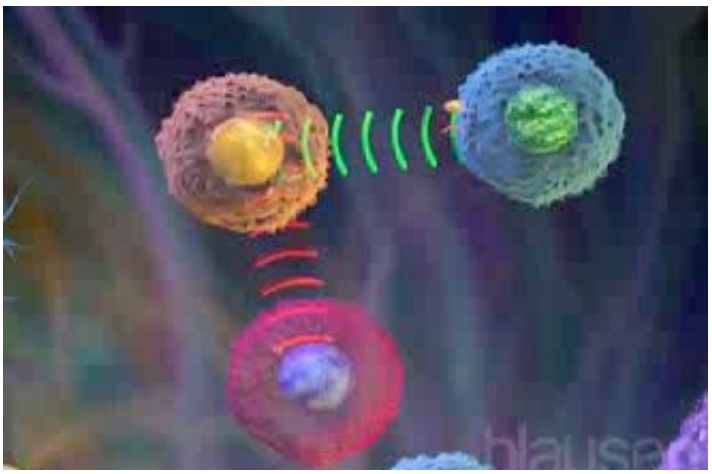
¿Qué es la esclerosis múltiple?

Es una enfermedad autoinmune que afecta al sistema nervioso produciendo desmielinización. Es decir, la pérdida de la capa protectora de los axones (prolongación de la neurona por la que ésta transmite impulsos). Se produce porque el sistema inmune ataca por error a la mielina (lipoproteína de las fibras nerviosas) produciendo una reacción inflamatoria que también puede producir pérdida axonal y degeneración secundaria.

¿A qué edad suele manifestarse la enfermedad?

Afecta más a personas de entre 20 y 40 años; pero puede manifestarse a cualquier edad.

Esclerosis múltiple: Vídeos



¿Es más común que la esclerosis múltiple se manifieste en varones o en mujeres?

La esclerosis múltiple es más frecuente en mujeres.

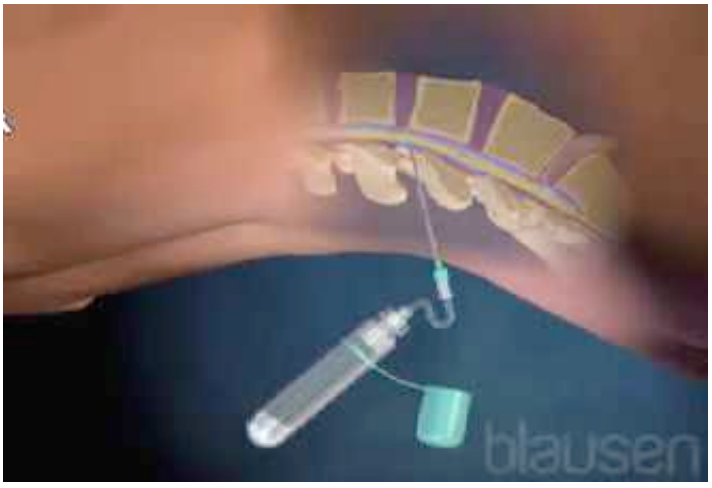
¿Cuáles son los síntomas más habituales de la enfermedad?

Los síntomas dependen de la localización de las lesiones. Desde pérdida de visión por afectación del nervio óptico (en ocasiones en el debut de la enfermedad) o visión doble, pérdida de sensibilidad en una parte del cuerpo, pérdida de fuerza, mareo con inestabilidad o incoordinación de movimientos, espasmos musculares, etc. Éstos pueden durar desde días a semanas, cursando en brotes, periodos con enfermedad y periodos libres de enfermedad (remisión).

¿Qué pruebas diagnósticas son necesarias para detectar la enfermedad?

Una buena exploración neurológica realizada por un neurólogo es la base de todo diagnóstico neurológico, los métodos de imagen como la resonancia magnétcia y la punción lumbar, los potenciales evocados visuales (y otros como los somatosensoriales) son también importantes para el diagnóstico.

Punción lumbar: Vídeos



¿En qué fases se suele hacer el diagnóstico?

Cada vez es más frecuente su diagnóstico en las fases iniciales, incluso tras el primer brote. Sobre todo, gracias a los nuevos métodos diagnósticos.

¿Cuál es el abordaje terapéutico que existe para la esclerosis múltiple?

Existe todo un arsenal terapéutico que incluye los corticoides para el tratamiento de los brotes, y los tratamientos inmunomoduladores, entre los que existen múltiples alternativas adecuadas a cada caso. Una adecuada neurorehabilitación, así como el tratamiento de las complicaciones y una aproximación multidisciplinar, son también las bases de un buen tratamiento.

¿Qué pronóstico presenta actualmente la enfermedad?

El pronóstico ha mejorado espectacularmente en los últimos años gracias a los nuevos fármacos inmunomoduladores, sobre todo en el caso de la esclerosis múltiple en brotes. Y se está avanzando mucho en los tipos con peor pronóstico como la esclerosis múltiple primaria progresiva y secundariamente progresiva.

Desde el punto de vista de investigación, ¿en qué momento estamos?

En un momento esperanzador con nuevas líneas de investigación en los subtipos más agresivos y nuevos fármacos orales con perfiles más seguros. Así como descubriendo los factores desencadenantes implicados en la reacción autoinmune y en la degeneración secundaria.

¿Tienes alguna pregunta sobre la escerosis múltiple? Plantea tus dudas sobre el tema a nuestros médicos expertos de los Foros de Onmeda..

Por **H. Bakkali**

Onmeda cumple y respeta las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario porque cumple sus principios generales y el código ético

Nosotros subscribimos los Principios del código HONcode.
Compruébelo aquí.

Aviso legal:
© 2013 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

Todo sobre: cáncer

Entrevista con el Dr. Javier de Santiago

Autor: Redacción Onmeda

Día Mundial contra el Cáncer: la realidad del cáncer ginecológico

En el abordaje de las neoplasias del tracto genital, los cánceres que afectan a ovario, trompa, útero, cuello del útero, vagina o vulva, cada vez se destacan avances más esperanzadores, tanto en lo que respecta a prevención como a los tratamientos quirúrgicos, quimioterápicos y radioterápicos.

Hablamos con el doctor Javier de Santiago, jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Universitario La Paz en Madrid, para saber cuál es la incidencia actual de este tipo de tumores, qué metas se están logrando a nivel de investigación para su mejor conocimiento y su mayor control, y cuáles son los que presentan un mejor pronóstico hoy en día.

¿Cuáles son los cánceres ginecológicos más frecuentes?

El más frecuente en nuestro medio es el cáncer de endometrio, seguido por el de ovario y cuello de útero (cáncer de cérvix). El resto son mucho menos frecuentes.

¿Cuál es su incidencia actualmente en España?

Según datos de la Sociedad Española de Oncología la incidencia de cáncer de cuerpo de útero es de 10,9 por 100.000 habitantes, de ovario 8 por 100.000 habitantes y de cévix uterino de 6,3 por 100.000 habitantes.

Actualmente, ¿qué cáncer ginecológico es el que presenta mejor pronóstico?

El cáncer de endometrio. Suele producir síntomas de forma precoz (sangrado anormal) lo que facilita su diagnóstico de forma precoz.

¿Y el de peor pronóstico?

El cáncer de ovario, precisamente por lo contrario. No produce síntomas de forma precoz por lo que su diagnóstico suele ser tardío.

¿Existe alguna patología benigna que se asocie al desarrollo de algún tumor ginecológico?

El síndrome de ovario poliquístico se asocia con mayor posibilidad de cáncer de endometrio ya que se asocia con ausencia de ovulación y amenorrea, situaciones que favorecen un aumento de estímulo hormonal sobre

el endometrio. Sin embargo, hay estudios que establecen cierto factor protector sobre el cáncer de ovario, relacionado con la ausencia de ovulación.

¿Y la endometriosis?

Hay estudios que asocian la endometriosis con la aparición de algunos tipos de cáncer de ovario, como el de células claras y el endometrioide.

La infertilidad, ¿aumenta el riesgo de algún cáncer en la mujer?

Depende de la causa que produce la esterilidad y el tratamiento que se haga para tratarla. Algunas patologías benignas se asocian con infertilidad, como el ovario poliquístico y la endometriosis.

Durante muchos años se ha debatido la posible asociación entre los tratamiento de infertilidad y cáncer de ovario. Los resultados publicados han sido en ocasiones contradictorios, pero los estudios con mayor número de pacientes sugieren que no existe un aumento de incidencia.

¿Y el hecho de no haber tenido hijos?

La nuliparidad (no haber tenido hijos) parece asociarse con mayor probabilidad de cáncer de endometrio y ovario. Estos dos tipos de cáncer son menos frecuentes en mujeres que han tenido hijos.

Newsletter de Onmeda
Aprende a cuidarte con sencillas recomendaciones y consejos de salud elaborados por médicos y expertos en salud. Regístrate de forma gratuita y recibe semanalmente las claves para mantenerte en forma. **¡Quiero suscribirme a la Newsletter!**

En materia de investigación, ¿qué avances son los más esperanzadores?

Se han producido avances importantes en todos los aspectos relacionados con los cánceres ginecológicos, tanto en prevención como en tratamiento ya sea quirúrgico, quimioterápico o radioterápico. Destacar quizás los avances en prevención relacionados con el virus del papiloma humano (VPH), la aplicación de técnicas quirúrgicas menos agresivas y adaptadas a cada tipo de tumor y paciente, incluyendo la posibilidad de preservar la fertilidad en algunos casos, y la investigación de nuevos fármacos quimioterápicos y moleculares.

¿Tienes alguna pregunta sobre el cáncer? Plantea tus dudas a nuestros expertos.

Por **H. Bakkali**

Todo sobre: cáncer

Onmeda cumple y respeta las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario porque cumple sus principios generales y el código ético

Nosotros subscribimos los Principios del código HONcode.
Compruébelo aquí.

Aviso legal:
© 2014 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

Sobre Nosotros
Contacto
Mapa del sitio
Exención de responsabilidad
Equipo

Onmeda.es
Para tu salud

Todo sobre: enfermedades cardiovasculares

Entrevista con la doctora Almudena Castro

Autor: Redacción Onmeda

¿Qué es una angina de pecho?

La angina de pecho es el nombre con el que se conocen los síntomas secundarios a la isquemia (falta de irrigación sanguínea) en el músculo cardiaco. Se estima que su prevalencia, tanto en España como a nivel internacional, es del 4 al 7% de la población mayor de 45 años. Un estilo de vida más saludable, evitar el tabaco, llevar una dieta mediterránea y realizar ejercicio físico de manera regular, pueden ayudar a la prevención de esta alteración cardiaca.

Con motivo del Día Mundial del Corazón, que se conmemora el día 29 de septiembre, la doctora Almudena Castro, cardióloga del Hospital Universitario La Paz de Madrid, nos contesta a las interrogantes más frecuentes sobre esta dolencia.

¿A qué causas se debe la angina de pecho?

Una angina de pecho se debe, la mayoría de las veces, a una obstrucción de las arterias coronarias (arterias del corazón), otras veces ocurre porque las arterias se cierran (espasmo), y otras veces por causas secundarias a problemas no cardiacos.

El funcionamiento del corazón: Vídeos

¿Qué tipos existen? ¿Cuáles son los más frecuentes?

Podemos hablar de angina estable o angina de esfuerzo que se produce por una obstrucción fija dentro de la arteria coronaria y sólo cuando se somete al corazón a un esfuerzo. Esta obstrucción se produce por una placa de ateroma que va creciendo con el paso del tiempo. Dependiendo de la severidad de la obstrucción, el esfuerzo será mayor o menor para llegar a producir la angina. Es de buen pronóstico si se trata correctamente.

También hablamos de la angina inestable que se produce cuando una placa de ateroma de la pared arterial se rompe y da lugar a la formación de un trombo que obstruye la arteria. Es una situación clínica que se produce de forma aguda y tiene peor pronóstico que la angina estable. Requiere ingreso hospitalario.

Otro tipo es la angina vasoespástica que se produce porque las arterias se cierran súbitamente (vasoespasmo) de forma transitoria. Normalmente, es de buen pronóstico y suele desencadenarse.

¿Cuál es la incidencia de este trastorno cardiaco (a nivel nacional e internacional)?

Se estima que la prevalencia a nivel mundial y en nuestro país es del 4 al 7% de la población mayor de 45 años. En cuanto a la incidencia anual es del 2% de los varones de 45 a 89 años y del 1,9% en mujeres de la misma edad. La incidencia oscila desde el 0,7% en varones de 45 a 54 años hasta el 4,3% a los 85-89 años, y en mujeres, desde el 0,4 al 4,2%, respectivamente.

¿Cuáles son sus síntomas más frecuentes?

Dolor que se localiza normalmente en el centro del tórax o hemitórax izquierdo y se puede irradiar al brazo izquierdo, ambos brazos, muñecas, espalda o mandíbula; aunque a veces tiene una presentación “atípica”. El dolor suele ser más bien una opresión o escozor y suele abarcar una amplia zona, no es habitual que la localización del dolor pueda señalarse a punta de dedo. Otros síntomas a veces acompañantes pueden ser náuseas, sudoración, o frialdad, por ejemplo.

¿Por qué se produce? ¿Cuáles son las principales causas?

La mayoría de las veces se debe a una obstrucción de las arterias coronarias (arterias del corazón). Otras veces ocurre porque las arterias se cierran (espasmo). También puede producirse por causas secundarias como la anemia, la hipertensión arterial o las arritmias.

¿En qué medida afecta el estrés?

El estrés se considera un factor desencadenante, es decir que sobre una arteria ya enferma puede desencadenar crisis de angina.

10 consejos para combatir el estrés

Pautas para evitar el estrés. Todo el mundo ha sufrido estrés en algún momento de su vida. Combatirlo es fácil si sabes cómo hacerlo. Repasa nuestros consejos y mantén el estrés fuera de tu vida. Por ejemplo, escuchar música ayuda a reducir el estrés. Lo mejor para relajarse es una música tranquila y sin letra.

1 de 10

El tabaquismo y el alcohol, ¿aumentan la posibilidad de sufrir una angina de pecho?

El tabaco es el factor de riesgo que más se asocia con la aparición de enfermedad coronaria. En cuanto a la

angina de pecho el tabaco aumenta las crisis de angina y las posibilidades de que se produzcan episodios agudos: angina inestable. Al contrario, dejar de fumar se asocia a una mejoría de los síntomas anginosos independientemente del tratamiento médico. El alcohol no se relaciona directamente con la angina.

Test de adicción a la nicotina
¿Eres fumador ocasional, fumador por placer o adicto a la nicotina? ¿Te gustaría saber si tu consumo de cigarrillos indica que eres adicto a la nicotina? Con esta prueba podrás determinar tu grado de adicción a la nicotina. ¡ Sal de dudas!. **Ir al test**

¿Qué pruebas existen para su diagnóstico?

La primera prueba que debe realizarse es una buena historia clínica ya que el diagnóstico de la angina se puede hacer con un buen interrogatorio al paciente; Realizar un electrocardiograma en el momento del dolor es la prueba diagnóstica por excelencia; Prueba de esfuerzo: se trata de someter al corazón a un esfuerzo para que desencadenar angina mientras que el paciente está monitorizado para ver las alteraciones en el electrocardiograma; TAC coronario: para ver las arterias coronarias; Coronariografía: se trata de hacer un cateterismo para ver las arterias coronarias.

¿A qué edad es más común que se produzca?

En mujeres: a partir de los 55 años y en hombres: a partir de los 45 años. En ambos sexos, la incidencia aumenta con la edad.

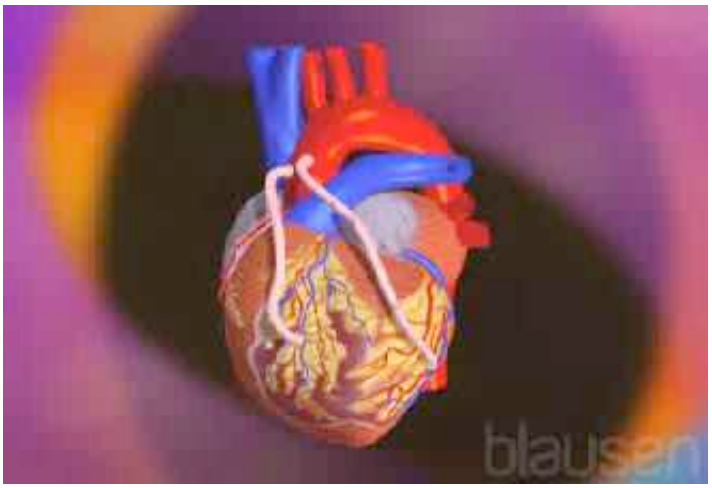
¿Es más frecuente en mujeres o en varones?

Es más frecuente en varones. A partir de la menopausia las cifras se igualan en ambos sexos.

¿Qué abordaje terapéutico existe hoy en día?

Fundamentalmente, el cambio del estilo de vida: dejar el tabaco; hacer ejercicio y tener una dieta mediterránea. El tratamiento médico es necesario porque ha demostrado excelentes resultados en el control de los síntomas y supervivencia. La revascularización: percutánea (angioplastia + *stents*) o quirúrgica (By-pass) es una opción cuando el tratamiento médico falla o cuando la isquemia es severa.

Implante de bypass coronario: Vídeos



¿Qué pronóstico presentan los pacientes?

El pronóstico de la angina estable es bueno. La angina inestable presenta peor pronóstico.

¿Es la angina de pecho una señal de alarma de otras futuras complicaciones coronarias de mayor gravedad?

No tiene porque serlo, muchas veces es el único síntoma de enfermedad coronaria y si se trata no tiene porque tener mala evolución. Otras veces, sobre todo cuando no se consulta por ella y no se trata, puede ser el preludio de otros episodios cardiovasculares: angina inestable, infarto de miocardio, muerte súbita.

¿Es posible la prevención de la angina de pecho?

Por supuesto. La prevención pasa por un llevar un estilo de vida adecuado: no fumar, hacer ejercicio de manera regular, dieta mediterránea y mantenernos con un peso adecuado. También es importante prestarle atención al ocio y al descanso.

En materia de investigación y abordaje terapéutico, ¿cuáles son los últimos avances? ¿Qué aspectos son los que más urgen?

Desafortunadamente, hay poca inversión por parte de los gobiernos en general en la investigación. Actualmente, los avances en la investigación cardiovascular se hace básicamente por laboratorios farmacéuticos o por grupos de investigación independientes. En cuanto a los avances, uno o dos fármacos relativamente nuevos que son eficaces y seguros para el tratamiento de la angina. En cuanto a investigación, mecanismos de regeneración celular pero queda mucho camino.

Los aspectos que más urgen, indudablemente la prevención, tanto primaria como secundaria, esto pasa fundamentalmente por la educación a la población: campañas que fomenten el ejercicio físico, la dieta sana y desaconsejen el consumo de tabaco.

No hay que olvidar que estos son medidas de salud pública y no deben prestarse a discusiones políticas ni mucho menos justificar el no realizarlas con argumentos que no competen a la promoción de la salud y el bienestar social.

¿Tienes alguna pregunta sobre cardiología? Plantea tus dudas a nuestros expertos.

Por **H.Bakkali**

Todo sobre: enfermedades cardiovasculares

Onmeda pertenece al conjunto de portales de salud que cumplen y respetan las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario tras ser revisada por el comité evaluador y cumplir los principios generales y el código ético.

Aviso legal:
© 2013 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta

médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

enfemenino.com

Sobre Nosotros
Contacto
Mapa del sitio
Exención de responsabilidad
Equipo

Todo sobre: enfermedades de las vías respiratorias

Entrevista con el Dr. Luis Puente

Autor: Redacción Onmeda

"En los países desarrollados, España entre ellos, el 90% de la EPOC se debe al tabaco."

Pese a que la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) actualmente no tiene cura, hoy en día, se cuenta con un arsenal terapéutico que ha mejorado significativamente el control de la sintomatología de esta patología, mejorando la calidad y la esperanza de vida de los pacientes. Asimismo, dejar de fumar y mantener hábitos de vida saludables puede ayudar a mejorar el pronóstico de la enfermedad.

Con motivo del Día Mundial contra la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, que se conmemora el 16 de noviembre, el doctor Luis Puente, neumólogo del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid, nos explica cómo influyen los factores ambientales en la progresión de esta enfermedad, qué opciones quirúrgicas existen para su abordaje o qué cuidados en el día a día deben tener en cuenta los pacientes.

¿Cómo influye el tabaquismo en el desarrollo de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónico (EPOC)?

Tanto el tabaquismo como la exposición al humo de lumbre en el caso de los países no desarrollados producen EPOC. **En los países desarrollados, España entre ellos, el 90% de los casos de EPOC se debe a fumar.**

¿En qué medida las personas fumadoras acabarán desarrollando la EPOC?

Aproximadamente, un 20% de los fumadores moderados (menos de 1 paquete al día) y un 30% de los fumadores intensos acabarán desarrollando una EPOC.

¿Eres adicto a la nicotina?
¿Fumador ocasional, fumador por placer o adicto a la nicotina? ¿Te gustaría saber si tu consumo de cigarrillos indica que eres adicto a la nicotina? Con esta prueba podrás determinar tu grado de adicción a la nicotina de forma sencilla. **Quiero hacer el test**

¿Qué otros factores ambientales pueden influir en el desarrollo de la enfermedad?

A parte de los mencionados, el tabaquismo incluido el tabaquismo pasivo, y el humo de lumbre se sabe que la exposición laboral intensa a partículas de polvo, gases, humos, o antígenos orgánicos también pueden ser un factor de riesgo para la EPOC así como el ser alérgico, los nacimientos prematuros o el haber padecido tuberculosis.

¿Qué complicaciones para la salud del paciente pueden derivarse de esta dolencia?

Como todas las dolencias pulmonares hay una fase relativamente larga en la que se va perdiendo función pulmonar y el paciente "no lo nota" particularmente si lleva una vida sedentaria. Hoy en día se sabe que aunque el paciente no se sienta enfermo conscientemente, algo debe percibir en esta fase pues se ha visto que disminuyen la activad física comparado con personas que no tengan la enfermedad. Durante esta fase silente el paciente solo tiene expectoración que suele considerar "normal" porque se acostumbra a ella y quizá algunos catarros de bronquios con más frecuencia anual que las personas sin la enfermedad.

Cuando el paciente ha perdido, aproximadamente, el 40-50% de la función de los pulmones tiene disnea (falta de aire) de esfuerzo que le limita su vida. En esta fase es cuando suele acudir al médico y esta disnea se traduce en menor actividad física, vida social y calidad de vida en general. Como el tabaco también causa otras enfermedades bastantes de estos pacientes tienen con más frecuencia enfermedades del corazón, diabetes, enfermedades cerebrales, depresión, debilidad de los huesos (osteoporosis). Otros tienen agudizaciones (catarros) en los que la disnea aumenta y no pueden trabajar o salir y en muchos casos tienen que ingresar en el hospital para recibir cuidados y tratamiento. Estos ingresos tiene una mortalidad elevada y se sabe que a lo largo del año que se ha producido un ingreso el 15% fallecerán.

En las fases avanzadas de la enfermedad el pacientes tiene disnea al hacer las actividades básicas o en reposo, depende de otros para su vida, pierde el apetito y se desnutre porque hasta masticar le causa fatiga y necesita oxígeno de forma continua lo que limita más su actividad.

¿Con qué opciones quirúrgicas contamos hoy en día?

Las opciones quirúrgicas son limitadas y consisten en la reducción de volumen, quitar partes del pulmón particularmente enfermas, para que el pulmón restante funcione mejor y que hoy en día se hace por endoscopia bronquial, a través de los bronquios sin abrir el pecho, con válvulas especiales u otros procedimientos (espuma colapsante o alambres elásticos, por ejemplo). Otra opción es el trasplante de pulmón.

¿En qué casos de EPOC se requiere cirugía?

La cirugía es útil en casos muy seleccionados de pacientes con enfisema, una forma particular de EPOC, con función pulmonar muy baja.

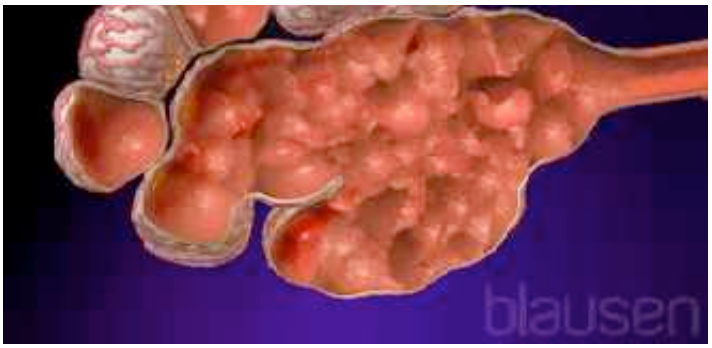
¿En qué medida la intervención quirúrgica mejora el pronóstico de la enfermedad?

En los pocos casos en los que está indicada los pacientes tienen menos síntomas (fatiga) y viven más tiempo tras la intervención comparado con los que no se intervienen.

Vivir con EPOC, ¿qué cuidados en el día a día se deben tener en cuenta?

Los pacientes con EPOC deben dejar de fumar inmediatamente. **Hasta un 30% siguen fumando.** Estos suelen tener una adicción a la nicotina mayor que otros fumadores y con frecuencia requieren ayuda. Deben seguir los tratamientos que se les indiquen consultando a sus médicos sus dudas y si no perciben eficacia hablando francamente con el médico para llegar al tratamiento óptimo de forma consensuada. Debieran informarse de la enfermedad y entenderla con los materiales audiovisuales accesibles en Internet y proporcionados por sociedades científicas, hospitales, asociaciones de pacientes, autoridades sanitarias.

EPOC: Vídeos



Es importante que mantengan una vida activa para reducir el riesgo de otras enfermedades, mejorar su calidad de vida y reducir el riesgo de dependencia. Esto lo pueden hacer andado, en bici, nadando, etc. En algunas ciudades existen recorridos en los parques para hacer ejercicios adaptados a la edad y las enfermedades, hay gimnasios que proporcionan asesoría para mantenimiento de la forma física en pacientes con EPOC. Para recuperar a los EPOC más graves se necesitaría rehabilitación pulmonar, básicamente hacer ejercicio de piernas y brazos en bicicleta, o tapices rodantes con supervisión médica y de un/a fisioterapeuta para que una vez que el paciente alcance cierta capacidad física continúe en su casa con un programa de ejercicios adaptados. Se sabe que la rehabilitación pulmonar mejora la calidad de vida percibida por el paciente y su capacidad física así como que se reducen la disnea y los ingresos. Sin embargo, no se ha desarrollado de forma parecida a la rehabilitación cardíaca quizá porque los pacientes con EPOC son más mayores y tienen menos influencia social y tienen a ser menos proactivos con su enfermedad.

En cuanto a la alimentación, hábitos de vida, medidas de prevención ¿qué nos podría comentar?

Estos pacientes deben hacer dietas equilibradas con adecuando aporte de vitaminas, calcio y otros minerales y proteínas. Deben eludir el sobrepeso pues aumenta la disnea y disminuye la función de los pulmones.

Vitaminas y minerales: Vídeos

Además, deben aprender estrategias anti-ansiedad, particularmente en la cultura española donde todo el mundo va con prisa y tiene poca paciencia. Tomarse su tiempo para hacer las cosas, salir con margen de tiempo, no cruzar en los semáforos cuando estén intermitentes, etc., evitan crisis de pánico o ansiedad que son particularmente intensas en los pacientes con disnea que se pueden sentir agobiados si tiene que reaccionar de forma rápida e imprevista.

Además, el paciente debe vacunarse contra la gripe y el Neumococo con vacunas conjugadas.

¿Cómo afecta esta patología a la calidad de vida de los pacientes?

La EPOC deteriora la calidad de vida porque reduce la capacidad del sujeto para hacer actividad física y vida

social, porque se asocia a expectoración que puede producir vergüenza, la limitación física produce ansiedad y a veces pánico en situaciones que requieren reacción rápida, reducen el deseo de viajar porque en pacientes con insuficiencia respiratoria, ésta se puede agravar en los aviones, el miedo a requerir asistencia. El tener que tomar medicación diaria también son tareas añadidas. Los ingresos hospitalarios son con frecuencia traumáticos (la fatiga, que lleguen los servicios de urgencia, el trasporte o la estancia en la sala de urgencias, por ejemplo).

¿Es posible prevenir la enfermedad?

Sí, dejando de fumar y usando los sistemas de protección personal y ambiental en el trabajo.

Consejos para dejar de fumar

Abandonar el tabaco no es una tarea sencilla pero sí es posible. El camino hasta que se logra dejar de fumar varía de una persona a otra y hay que encontrar un método que se adapte a las necesidades de cada persona. Decidir dejar de fumar ya es un paso muy importante. Acude a tu médico si necesitas ayuda y repasa estos consejos que harán que abandonar el tabaco definitivamente sea más fácil.

1 de 9

¿La EPOC tiene cura?

Desafortunadamente, no tenemos tratamientos que devuelvan a los pulmones a su estado sano una vez que se ha producido la enfermedad. Sin embargo dejado de fumar se puede evitar que la enfermedad progrese, de ahí el interés del diagnóstico precoz. Los tratamientos aparecidos en los últimos 10 años han mejorado el control de los síntomas y de las agudizaciones en estos pacientes. La conciencia de la importancia de ejercicio físico en las personas con EPOC ha mejorado notablemente su calidad de vida. Todo ello hace que los pacientes vivan más y con mejor calidad de vida.

¿Tienes alguna pregunta sobre la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)? Plantea tus dudas a nuestros expertos de los foros de Onmeda..

Por **H. Bakkali**

Todo sobre: enfermedades de las vías respiratorias

Onmeda pertenece al conjunto de portales de salud que cumplen y respetan las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario tras ser revisada por el comité evaluador y cumplir los principios generales y el código ético.

Aviso legal:
© 2013 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

Sobre Nosotros
Contacto
Mapa del sitio
Exención de responsabilidad
Equipo

Todo sobre: enfermedades de los oidos

Entrevista con el Dr. Javier Gavilán Bouzas

Autor: Redacción Onmeda

Día Internacional del Implante Coclear

Un implante coclear es un dispositivo electrónico que transforma las ondas sonoras en corriente eléctrica que se suministra directamente al nervio auditivo. Podríamos considerarlo como una especie de "oído electrónico", ya que se encarga de realizar de forma artificial la misión del oído. Este dispositivo interno está dirigido a personas con sordera o con problemas muy graves de audición.

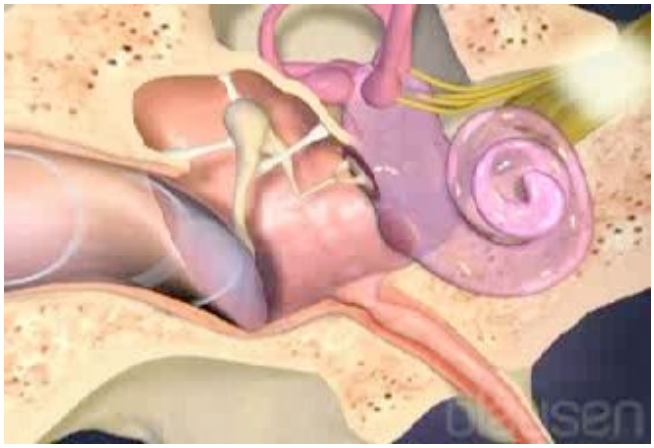
Con motivo del Día Internacional del Implante Coclear, el profesor Javier Gavilán Bouzas, Jefe de Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario la Paz en Madrid nos resuelve algunas dudas frecuentes sobre este dispositivo y nos aclara cuáles son los pasos para su correcta implantación.

Cuando hablamos de implante coclear y de audífono, ¿estamos hablando de lo mismo?

No, el implante coclear lleva a cabo la función del oído, mientras que el audífono lo único que hace es amplificar la intensidad del sonido y adaptarla a las características de la pérdida auditiva de cada paciente.

En el caso del audífono, el oído es el encargado de transformar las ondas sonoras en energía eléctrica y suministrarla al nervio auditivo que la lleva hasta el cerebro donde es interpretada. En el caso del implante coclear, es el propio implante el que realiza esta misión.

Implante coclear: Vídeos



¿Cómo es realmente un implante coclear?

En la actualidad, los implantes cocleares constan de dos elementos independientes. Uno externo, el procesador, y otro interno, la parte implantada. La parte externa es la encargada de recibir el sonido y transformarlo en corriente eléctrica que se transmite a través de la piel a la parte implantada. La parte externa es la que tiene el componente electrónico más importante, de tal forma que cuando se producen avances tecnológicos, se pueden incorporar al paciente sin necesidad de volver a operarle. Los dos componentes se mantienen unidos por un imán a través de la piel intacta.

Se está trabajando en sistemas totalmente implantables, en los que no exista ningún componente externo visible pero, por el momento, la alimentación y el micrófono plantean problemas de difícil resolución.

¿Y cómo funciona exactamente?

La parte externa recoge el sonido a través de un micrófono y lo transforma en corriente eléctrica, que es transmitida a través de la piel a la parte implantada. Esta suministra los estímulos directamente al nervio auditivo. A partir de este momento, el resto del proceso sigue el mismo camino que en las personas sin trastornos auditivos.

¿Se precisa cirugía para su colocación?

Por supuesto. La parte interna tiene que ser implantada por detrás de la oreja, con un procedimiento quirúrgico.

¿El paciente debe ser ingresado o se trata de una intervención ambulatoria?

Habitualmente la intervención se realiza con un ingreso de corta estancia. De 24 a 48 horas.

¿Cuáles son los pasos que se siguen para su implantación?

Antes de implantar a un paciente hay que hacer un correcto diagnóstico de su situación auditiva. También, es necesario realizar pruebas de imagen que nos permitan valorar el estado del oído a implantar. Y, por último, se suele realizar un estudio psicológico para confirmar que el paciente entiende el procedimiento al que se va a someter y tiene unas expectativas adecuadas en relación con los resultados que puede esperar.

¿A qué personas se recomienda la implantación de este dispositivo?

A todas aquellas para las que los audífonos, la cirugía convencional y otro tipo de implantes quirúrgicos no ofrecen una solución adecuada para su trastorno auditivo.

¿En qué casos no es recomendable implantar un implante coclear?

No se pueden utilizar si el paciente no tiene nervio auditivo (situación muy poco frecuente), y no son recomendables si el paciente puede conseguir un nivel auditivo adecuado con un audífono, a través de una intervención quirúrgica tradicional o con algún otro tipo de implante quirúrgico.

¿En qué medida restablecen la audición normal del paciente?

Las personas portadoras de un implante coclear nunca tendrán una audición normal. Pero **su capacidad de comunicación gracias al implante les permite un nivel de integración social muy elevado.**

¿Qué resultados se obtienen tras el implante?

Los resultados actuales de los implantes cocleares son muy satisfactorios. El éxito depende, sobre todo, de una correcta selección de los candidatos, de una técnica quirúrgica cuidadosa y de una rehabilitación apropiada y adaptada a cada situación concreta.

Tras el implante, ¿qué cuidados específicos debe tener el paciente?

Inicialmente los mismos que tras cualquier otro procedimiento quirúrgico. Una vez transcurridas las primeras

semanas, los pacientes no precisan ningún cuidado especial, ya que la porción implantada va totalmente cubierta por la piel y no está expuesta al exterior.

¿Tienes alguna pregunta sobre el implante coclear? Plantea tus dudas a nuestros expertos en los foros de Onmeda..

Por **H. Bakkali**

Todo sobre: enfermedades de los oidos

Onmeda cumple y respeta las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario porque cumple sus principios generales y el código ético

Nosotros subscribimos los Principios del código HONcode.
Compruébelo aquí.

Aviso legal:
© 2014 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

- Publicidad -
Servei Terapèutic Girona
narcisborrat.com
Psicologia,Psiquiatria,Psicoanàlisi Adults, Adolescents i Parelles

-Publicidad-

App de Onmeda:
Descárgate la aplicación para iPad, iPhone y Android.

Me gusta 0 | +1 0 | Imprimir | Tamaño:

Entrevista con Mercé Alsina

Autor: Redacción Onmeda

Día Mundial contra la Lepra

La lepra es una infección bacteriana que afecta a la piel y a las mucosas. Es muy poco contagiosa y su transmisión más frecuente se produce dentro del entorno familiar. Según señalan los expertos, su mecanismo de transmisión precisa de un contacto directo y frecuente con aquellos afectados que no hayan sido tratados y, en estos casos, el contagio se produce debido a la inhalación de las partículas infecciosas.

Con motivo del Día Mundial contra la Lepra, que se conmemora el 26 de enero, la doctora Mercè Alsina Gibert, dermatóloga del Hospital Clínic de Barcelona, nos explica algunas de las cuestiones más comunes sobre está infeccción.

¿Cómo podemos definir la lepra?

La lepra es una enfermedad infecciosa curable causada por el bacilo *Mycobacterium leprae*.

¿Cuáles son los factores de riesgo?

No todos las personas que están en contacto con pacientes con lepra desarrollan la enfermedad. Se requiere una predisposición genética y la convivencia durante años con un enfermo activo. También el hacinamiento, la mala alimentación y una higiene deficiente parecen favorecer su difusión.

¿Con qué sintomatología cursa?

La lepra se detecta habitualmente en adultos jóvenes. Se caracteriza por la presencia de manchas cutáneas anestésicas, asociadas en ocasiones a congestión y sangrado nasal.

¿A qué niveles puede afectar esta enfermedad?

Si no se trata puede causar lesiones progresivas y permanentes en piel, nervios, extremidades y en los ojos.

A nivel neurológico, ¿cuáles son los principales daños que puede provocar?

El bacilo de la lepra afecta especialmente los nervios periféricos. Aparte de la pérdida de sensibilidad, puede producirse inflamación de los nervios periféricos, lo que conduce a atrofia y parálisis muscular, sobre todo de pies y manos.

¿Es una patología de carácter crónico?

Sí, se desarrolla muy lentamente con un periodo de incubación de varios años y los síntomas pueden manifestarse hasta veinte años después del contagio.

¿Cómo se realiza su diagnóstico de esta enfermedad?

El diagnóstico clínico se realiza con el hallazgo de las lesiones cutáneas y con la detección de la afectación neurológica, tanto la anestesia como el engrosamiento por inflamación de los nervios periféricos. El estudio anatomopatológico de una muestra cutánea detectando los bacilos corroboran el diagnóstico.

¿Es posible su prevención?

Desde 1995 la Organización Mundial de la Salud (OMS) proporciona gratuitamente tratamiento a todos los enfermos de lepra del mundo. Además, se han puesto en práctica diversos programas que

Joaquim Abadal Berini
joaquimabadal.com
Digestólogo especialista en transtornos funcionales digestivos
Máquinas equilibradoras
M&M Cortadores
Assistència Sanitària
Dr Yassin Arafat Almidani
Tratamiento Hongos
Masajeador Tecnovita YM45

promueven activamente la detección de los nuevos casos y de los posibles contactos y el seguimiento de los pacientes tratados o en tratamiento. Con estos programas se ha logrado una disminución progresiva de los nuevos casos, sobre todo en los países en donde la lepra es endémica, como son algunas zonas de Brasil, Asia y África, habiéndose eliminado en 119 de los 122 países con lepra en 1985.

¿Cómo se trata esta enfermedad? ¿En qué consiste el arsenal terapéutico?

La OMS proporciona gratuitamente tratamiento a todas las persones que sufren lepra en el mundo. Se emplea una combinación de fármacos muy eficaz que es curativa para todos los tipos de lepra, con la que en estos últimos veinte años, se han curado más de 14 millones de enfermos con lepra.

A nivel mundial, ¿cuál es la incidencia de la lepra actualmente?

El número de nuevos casos ha ido disminuyendo progresivamente en los últimos años. Según la OMS, el número de nuevos casos en el año 2012 fue de aproximadamente 200.000. Sobre todo en India, Brasil e Indonesia.

Newsletter de Onmeda
Aprende a cuidarte con sencillas recomendaciones y consejos de salud elaborados por médicos y expertos en salud. Regístrate de forma gratuita y recibe semanalmente las claves para mantenerte en forma. **¡Quiero suscribirme a la Newsletter!**

¿Sigue suponiendo un problema de salud pública?

En España, la lepra no supone un problema de Salud Pública, ya que la incidencia y la prevalencia son muy bajas, con alrededor de 10 casos nuevos por año, la mayoría de pacientes prodecedentes de países endémicos y una prevalencia de 0.012 casos por 10.000 habitantes en 2012.

En 1991, cuando se iniciaron los programas destinados a erradicar la enfermedad, el objetivo de la OMS para la eliminación de la lepra era reducir la prevalencia a un caso por 10.000 habitantes. En esa momento, la prevalencia era de 21,1 casos por 10.000 habitantes en los países endémicos. En el año 2000 la tasa de prevalencia había disminuído un 90%, con 1 caso por 10.000 habitantes, lo que indica que el objetivo de que la lepra dejara de ser problema de Salud Pública se ha conseguido.

¿Qué medidas siguen imperando para la erradicación de esta enfermedad?

Las medidas más eficaces para su erradicación siguen siendo el diagnóstico y el tratamiento precoces.

¿Eliminar la estigmatización de la enfermedad sigue siendo uno de los retos más importantes por lograr?

En los países en la que la lepra es endémica, la estigmatización de la enfermedad sigue siendo un obstáculo para que el paciente busque el diagnóstico y el tratamiento. Por ello, es importante promover la concienciación de las comunidades más afectadas para que cambie la imagen que la comunidad tiene sobre esta enfermedad.

¿Tienes alguna pregunta sobre esta patología? Plantea tus dudas a nuestros expertos de los foros.

Por **H. Bakkali**

Puede interesarte

- **Enzimas**
- **Entrevista con el Dr. Josep Malvehy Guilera**
- **Tumor hipofisario**
- **Síndrome del maullido de gato (síndrome del cri-du-chat)**

recomendado por

Publicidad

Dr. AnderEgg

elmejorpsicologo.com

Instituto de Psicoterapia Avanzada
Fobias ansiedad depresión

Enlaces patrocinados Publicidad

» Todo sobre el embarazo
» Foros: pregunta a un experto
» Alimentación saludable
» ¿Qué revela un síntoma?
» Todos los medicamentos
» Vídeos sobre salud
» Tests: ponte a prueba
» Actualidad en salud

Onmeda cumple y respeta las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario porque cumple sus principios generales y el código ético

Nosotros subscribimos los Principios del código HONcode. Compruébelo aquí.

Aviso legal: © 2014 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

App de Onmeda:
Descárgate la aplicación para iPad, iPhone y Android.

Todo sobre: cáncer

Me gusta 0 +1 0

Imprimir | Tamaño:

Entrevista con el doctor Diego Plaza

Autor: Redacción Onmeda

Día Mundial del Linfoma

El linfoma cutáneo durante la infancia es una enfermedad poco común, pero pese a su baja incidencia, es frecuente que su detección pueda retrasarse desde las primeras manifestaciones con las que cursa la enfermedad. Este hecho plantea la necesidad de un diagnóstico temprano. Una mayor especialización en este área y una adecuada información para pediatras de Atención Primaria, dermatólogos infantiles y servicios de Urgencia resultan necesidades de primer orden para lograr detectar lo antes posible este cáncer.

Con motivo del Día Mundial del Linfoma, el Dr. Diego Plaza, especialista del Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital Universitario La Paz de Madrid, nos responde a las cuestiones más frecuentes sobre el linfoma cutáneo durante la infancia.

Linfoma cutáneo, ¿a qué causas pude deberse la manifestación de este cáncer durante la infancia?

Los linfomas cutáneos primarios en la infancia son un grupo poco frecuente y heterogéneo de tumores malignos de células linfoides, la mayor parte derivados de los linfocitos-T, que se originan primariamente en la piel (a diferencia de lo que puede ocurrir en las leucemias y linfomas típicos de la infancia, en los que la malignización de las células ocurre en ganglios linfáticos o médula ósea, desde donde podrían migrar e infiltrar de forma secundaria la piel).

Se trata de enfermedades con una incidencia muy baja en la población pediátrica; esto determina que apenas existan registros adecuados o estudios sobre estos pacientes y que se ignore mucho al respecto de su comportamiento o las causas que las generan. Las causas específicas tampoco son claramente conocidas en los casos de linfomas cutáneos en los adultos. En cualquier caso, se debe asumir que, al igual que en la mayor parte de las enfermedades malignas de la infancia, la causa es desconocida; probablemente no exista un factor externo que desencadene la enfermedad. Una concatenación de errores celulares respecto al control de su ciclo vital induciría la malignización de estos linfocitos. Por qué esta malignización tiene lugar específicamente en la piel es un hecho no suficientemente explicado actualmente.

¿Con qué signos se manifiesta el linfoma cutáneo infantil?

Es importante diferenciar claramente los linfomas cutáneos primarios de sus equivalentes con origen ganglionar, pues presentan características clínicas distintas, así como una implicación en el pronóstico y un enfoque terapéutico también diferentes.

Las formas de presentación de los linfomas cutáneos son extremadamente variables y muy poco específicas. Es decir, pueden presentarse como muy diversos tipos de lesiones, a la vez que, al menos es sus fases iniciales, no existe un tipo concreto de lesión que se relacione unívocamente con el linfoma cutáneo.

En los estadios tempranos de la enfermedad, las lesiones cutáneas pueden ser similares a las de la dermatitis atópica, la psoriasis u otras enfermedades cutáneas más frecuentes y de carácter benigno. Debido a esto y a que la evolución de la enfermedad tiende a ser lenta e indolente, con pocos síntomas

openbank
adelante a tu
Ven a Openbank y olvídate de pagar comisiones de mantenimiento.

Abrir una cuenta
Banco online del Grupo Santander.

asociados, mostrando a veces aparentes regresiones espontáneas o cursos en brotes, es difícil sospechar el diagnóstico de linfoma cutáneo primario al inicio de los síntomas.

Cuando las lesiones están más evolucionadas pueden presentarse como placas o nódulos de consistencia más firme e incluso indurada, de tamaño variable, únicos o múltiples. Suelen tener alteraciones en la coloración cutánea, pudiendo ser desde hipopigmentadas (más blanquecinas), hasta lesiones con coloración más rojiza o violácea. En ocasiones es posible que lleguen a ulcerarse. Aunque puede localizarse en cualquier parte del cuerpo, predominan en tronco y extremidades. Es muy poco frecuente que aparezcan otros síntomas generales como fiebre, aumento del tamaño ganglionar, etc.

> "El linfoma cutáneo es una enfermedad típica del adulto; sólo el 1% de los linfomas cutáneos primarios sucede en la población pediátrica."

¿A qué edad es más común su detección?

Se trata de una enfermedad típica del adulto; sólo el 1% de los linfomas cutáneos primarios sucede en la población pediátrica. Es por ello que aunque pueda diagnosticarse en cualquier rango de edad, incluidos lactantes y pre-escolares, cuanto mayor sea el niño o el adolescente, más frecuente es su aparición.

Según los pocos estudios de los que se dispone que recojan las características de esta enfermedad en los niños, **la edad media de la instauración de los síntomas (las lesiones cutáneas) es a los 7-8 años, y la edad media a la que se realiza el diagnóstico de 10 años.** Como se aprecia, el retraso medio entre el debut y **el diagnóstico se puede retrasar hasta dos años debido a que, frecuentemente, estos linfomas al inicio se confunden con otras enfermedades.**

¿Cuál es la incidencia actualmente en España? ¿Y a nivel internacional?

En España se carece de un registro específico de este tipo de tumores. A nivel internacional se están llevando a cabo varios intentos para formalizar un registro del que poder extraer conclusiones válidas para la población pediátrica.

En cualquier caso la incidencia es baja y se estima, en base a los estudios internacionales, que es aproximadamente de 0,3 casos por cada 100.000 personas al año. Esto supone entre un 0,5-5% de todos los linfomas-T de los niños y los adolescentes; menos del 0,1% de todos los tumores malignos infantiles.

¿Es posible su diagnóstico precoz?

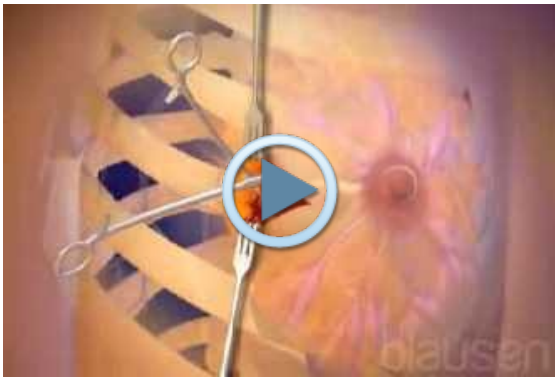
Lo habitual en los linfomas cutáneos primarios es que el diagnóstico se pueda demorar hasta años desde el inicio de los síntomas. Por tanto, sí es una enfermedad en la que se debe incidir en la realización de un diagnóstico precoz. La forma ideal de conseguirlo sería mediante la disposición de información adecuada para los pediatras de Atención Primaria y servicios de Urgencia y para los dermatólogos infantiles de forma que pudieran sospechar la posible existencia de un linfoma cutáneo antes de lo habitual y así no retrasar demasiado la indicación de las pruebas diagnósticas.

¿Cuáles son los métodos diagnósticos habituales?

En el diagnóstico del linfoma cutáneo primario hay dos fases bien establecidas. La primera se basa en la exploración clínica de las lesiones cutáneas, que generalmente será realizada por un dermatólogo. Cuanta más experiencia tenga, más fácil será que surja la sospecha de un posible linfoma e indique otras pruebas.

La siguiente fase, la que confirmaría el diagnóstico, consiste en la realización de una biopsia de la lesión. La extirpación quirúrgica de todo o parte de la misma permite observar la forma y las características de las células que componen esa placa o nódulo y así determinar lo más claramente posible qué tipo de linfoma es el que ha desarrollado el paciente.

Biopsia, parte 1: Vídeos



¿En qué estadios suele diagnosticarse?

Casi todos los casos de linfomas cutáneos que se diagnostican en Pediatría se tratan de estadios localizados. En ellos, el linfoma se restringe únicamente a la piel, y no existe afectación ganglionar,

hematológica o de órganos profundos, lo que empeoraría claramente el pronóstico.

¿Qué abordaje médico requiere?

La rareza de esta enfermedad en Pediatría, combinada con los diferentes espectros clínicos respecto al adulto, **la falta de evidencia científica y estudios respecto a su historia natural o pronóstico, hacen que el diagnóstico y el tratamiento de esta condición en la población infantil sean especialmente complicados.** No existen estudios que comparen adecuadamente diversos tratamientos, por lo que el manejo ideal de estos pacientes no está establecido. Así, no existen guías protocolizadas para el tratamiento en niños; dentro de las terapias de eficacia comprobada se eligen a las que tengan un perfil de seguridad más adecuado.

Para las fases iniciales se emplean tratamientos locales o tópicos, cuya acción se dirige exclusivamente sobre la lesión maligna localizada en la piel, con menos efectos adversos. Lo más frecuente es el empleo de esteroides tópicos o diversas modalidades de fototerapia: irradiación con luz ultravioleta, PUVAterapia, retinoides tópicos o incluso quimioterapia administrada directamente sobre la piel. En fases avanzadas o agresivas, con afectación cutánea extensa o de otros órganos se puede emplear quimioterapia sistémica, radioterapia, agentes modificadores de las respuestas biológicas e inmunológicas del organismo (retinoides, anticuerpos contra células tumorales, vacunas…) o incluso trasplantes de progenitores hematopoyéticos.

Quimioterapia: Vídeos

¿Cómo suele ser la respuesta al tratamiento?

La respuesta a los tratamientos locales es habitualmente buena. Consiguen algún tipo de respuesta, o incluso respuesta completa, en más de la mitad de los pacientes, y en el resto suelen frenar el desarrollo o avance de la enfermedad.

¿Qué pronóstico presenta actualmente esta enfermedad en los más pequeños? ¿Es posible el control de la enfermedad o suelen ser comunes las recaídas?

El propio curso de la enfermedad es habitualmente lento y asociado a muy poca sintomatología o afectación del niño. Si a ello se suma que el tratamiento consigue un control adecuado de la enfermedad en los estadios iniciales, se puede afirmar que el pronóstico es bueno. Las recaídas de la enfermedad o la presencia continua de la misma sin que se haya podido conseguir una adecuada remisión no son raras, pero aún así es posible obtener un buen control del linfoma. Sin embargo, la presencia de enfermedad extra-cutánea (progresión a un linfoma secundario sistémico por afectación ganglionar, medular u orgánica) empeora considerablemente el pronóstico y hace necesario el empleo de terapias más agresivas. Afortunadamente, el riesgo de que esto suceda es bajo (probablemente inferior al 10% de los casos).

Uno de los posibles problemas del diagnóstico de un linfoma cutáneo primario en la infancia a pesar de su comportamiento relativamente benigno, es, en teoría, el tiempo del que dispone el linfoma para adoptar un comportamiento más agresivo en el caso de que las lesiones no remitieran. Actualmente se desconoce cómo evolucionarán estos pacientes a largo plazo o si una vez que sean adultos tendrán más riesgo de complicaciones.

Este cáncer, ¿es más agresivo en niños o en adultos?

En general se asume, aunque se carece aún de datos fiables para afirmarlo rotundamente, que **el pronóstico en niños es mejor que en adultos,** probablemente por un comportamiento diferente de la enfermedad en este grupo de edad. El riesgo de progresión a un linfoma más avanzado o agresivo también parece inferior que en el caso de los adultos.

¿Es posible prevenir el linfoma cutáneo infantil?

Puesto que no se ha detectado ningún factor externo o interno al organismo que favorezca su aparición, no es posible adoptar ninguna medida eficaz de prevención de este tipo de linfoma.

Desde el punto de vista de la investigación y abordaje del linfoma cutáneo, ¿qué

avances son los más esperanzadores hoy en día? ¿Qué aspectos urgen en este sentido?

En el estudio, diagnóstico y tratamiento del linfoma cutáneo primario del adulto se están desarrollando diversas líneas de investigación, tanto a nivel de la caracterización molecular y genética de las células malignas, como con el empleo de diversos abordajes terapéuticos con distintas sustancias o técnicas de fototerapia. En el caso de la Oncología Pediátrica, debido a la extrema rareza de estos cuadros y lo que ello dificulta la investigación, debemos nutrirnos de los avances obtenidos por la investigación en adultos.

En cambio, **se debería realizar un esfuerzo especial en conseguir de manera reglada un registro internacional riguroso que permitiera obtener conclusiones científicas sobre todos los aspectos del linfoma cutáneo primario infantil.** Este es el primer paso para conocer la eficacia verdadera de los abordajes terapéuticos actuales, así como el impacto de las posibles modificaciones o avances que se consigan en el campo del diagnóstico o del tratamiento. Y finalmente, habría que recalcar de nuevo la importancia de una sospecha más temprana de esta enfermedad en los niños para disminuir el actual retraso en el diagnóstico.

Por **H. Bakkali**

Todo sobre: **cáncer**

Puede interesarte

» **Cáncer de testículo**
» **Hemorroides**
» **Gonorrea**
» **15 consejos para vivir más tiempo - Onmeda**

recomendado por

Enlaces patrocinados Publicidad

» **Foros: pregunta a un experto**
» **Todos los medicamentos**
» **Vídeos sobre salud**
» **Tests: ponte a prueba**
» **Alimentación saludable**
» **Actualidad en salud**
» **Todo sobre el embarazo**
» **¿Qué revela un síntoma?**

Onmeda pertenece al conjunto de portales de salud que cumplen y respetan las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario tras ser revisada por el comité evaluador y cumplir los principios generales y el código ético.

Aviso legal: © 2013 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

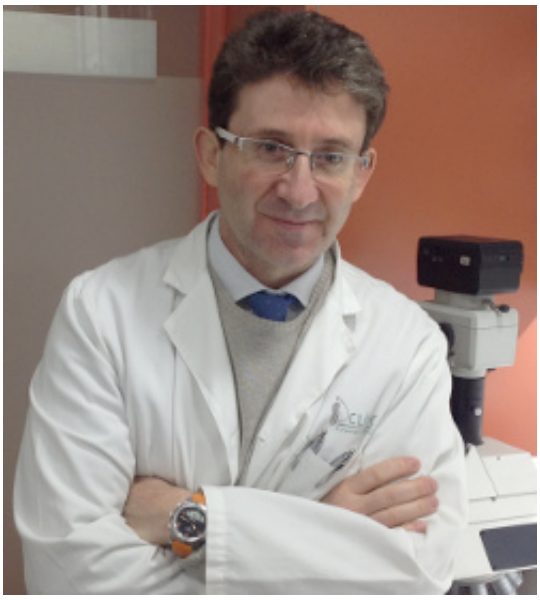
Onmeda.es
Para tu salud

Todo sobre: cáncer

Entrevista con el Dr. Josep Malvehy Guilera

Autor: Redacción Onmeda

Día Mundial contra el Cáncer: melanoma



El melanoma metastásico es un tumor originado habitualmente en la piel, que en ocasiones puede diseminarse y originar metástasis, principalmente en la piel pero también puede ocasionar la propagación de las células tumorales a otros órganos. Pese a que este cáncer puede llegar a ser muy agresivo, actualmente se están abriendo vías esperanzadoras hacia un abordaje que permita mantener la en-fermedad controlada.

Con motivo del Día Mundial Contra el Cáncer, el doctor Josep Malvehy Guilera, director de la Unidad de Melanoma del Hospital Clínic de Barcelona, nos explica cómo actúa este tumor y a cuáles son los últimos avances en su tratamiento.

¿A qué edad suele diagnosticarse este tipo de tumor?

La edad a la que está afectando este tumor a la población es un hecho importante. Se trata de un tumor que aparece en la edad productiva. Esto quiere decir que **está afectando a pacientes jóvenes** y, por tanto, el impacto familiar y social, además del que obviamente produce en el propio paciente, es grande.

¿De qué edades estamos hablando?

La edad media de diagnóstico está entorno a los 55 años, aproximadamente. Esto significa que tenemos pacientes de 25 años y otros de 80. Es algo que llama la atención. Esto varía en función de las poblaciones que se analicen, porque hay factores poblacionales que cambian y condicionan estas edades de debut; y también dependerá de los factores de riesgo. En casos de pacientes con melanoma familiar y casos genéticos que ya identificamos, la edad de debut de la enfermedad es más temprana.

¿Hacia qué partes del organismo se propaga este melanoma metastásico? ¿Cuáles son los órganos diana?

Cualquiera. Si bien en la mayoría de tumores malignos cuando producen metástasis suelen tener una apetencia para cierto órganos. En el caso de melanoma, aunque es cierto que los órganos con metástasis más frecuentes al inicio de la enfermedad metastásica son los ganglios y la piel, la realidad es que las células de melanoma pueden atacar a cualquier órgano, desde el sistema nervioso central hasta huesos, pulmón, hígado…

Actualmente, ¿qué abordaje terapéutico existe? ¿Qué grado de eficacia tiene?

En el caso del melanoma el tratamiento primario es la cirugía. Incluso cuando afecta en forma de metástasis consideramos la posibilidad de operar. La cirugía debe garantizar la extirpación de la metástasis y debe ser

una cirugía en la que el beneficio-riesgo de la propia intervención justifique esta aproximación. Desgraciadamente, y sucede en la mayoría de las ocasiones, cuando nos encontramos un melanoma metastásico que afecta a distintos órganos en el momento del diagnóstico de la diseminación, la cirugía ya no suele ser la opción más adecuada y en esos casos se valora la opción del tratamiento en función del tipo de tumor. No todos los melanomas tienen las mismas características. El tipo de mutaciones tienen, la velocidad de crecimiento y factores de patología de base o características del propio paciente que a veces permiten o no ciertos tratamientos.

¿Qué es la proteína BRAF V600? ¿Qué papel juega en la proliferación de este tumor?

Sabemos que el perfil del tumor puede ser tributario de tratamientos específicos o pueden ser resistentes. Una de las proteínas más interesantes para decidir el tratamiento de esta enfermedad es una proteína que se ha descubierto no hace muchos años y que está presente en forma de mutaciones en un porcentaje variable de tumores que pueden ser el 59%. Esta proteína cuando está mutada nos está indicando que el tumor es sensible a una serie de terapias diana que bloquean la proteína en la célula tumoral para impedir que prolifere.

¿En qué consiste la terapia para melanoma metástasico?

En este momento en nuestro ámbito tenemos varios tipos de tratamientos para el melanoma. No todos los tumores son los más adecuados para una u otra de estas medicaciones. De ahí la importancia de que los equipos multidisciplinarios que conocen la enfermedad analicen la situación para valorar cuál es el mejor medicamento.

Los fármacos que están aprobados son por un lado las terapias inmunológicas. En este caso tenemos terapias que bloquean la respuesta supresora de las defensas para liberarlas y de esta manera conseguir respuestas al medicamento. Por otro lado, tenemos medicamentos que actúan de manera diferente, y que son las terapias diana. Lo que hacen es que cuando el tumor es sensible, bloquean la proliferación tumoral a través del ataque directo de las células bloqueando la proteína que está mutada.

Por otro lado, tenemos el recurso de la quimioterapia, que aunque tiene efectos más limitados, en algunos pacientes es la opción que se considera más adecuada, ya que o bien el tumor no es sensible a las terapias diana o bien no se pueden realizar las terapias inmunológicas por efectos secundarios o patologías de base.

Quimioterapia: Vídeos

¿Qué cambios se están produciendo en el conocimiento y control de este tipo de cáncer?

Ya hay un gran cambio en el panorama del tratamiento del melanoma metastásico desde hace unos años. Se ha observado la evolución y es muy esperanzadora. Hasta hace cinco años, aproximadamente, disponíamos de medicamentos con respuestas clínicas del 10-20%, en algunos casos algo más, pero sin aumentar la

supervivencia. Durante 30 años no teníamos nada más que la quimioterapia para tratar esta situación tan grave.

Actualmente, **se están descubriendo nuevas opciones de tratamiento porque conocemos mejor el tumor.** Esto ha permitido mejorar la supervivencia, aunque sigue siendo una enfermedad muy grave y, desgraciadamente, no todos los pacientes manifiestan la respuesta deseada. Pero de no tener nada que aumentara la supervivencia ahora tenemos medicamentos que la incrementan e incluso en algunos casos de manera prolongada.

Nunca en esta situación hablamos de curación definitiva porque son pocos años para decir lo que puede pasar, pero obviamente ver la desaparición completa de los tumores y la recuperación del paciente de forma completa y mantenida durante años es algo que nunca habíamos visto en melanoma metastásico. Hay que señalar que se trata de una revolución que va deprisa, por tanto, cada año hay nuevos tratamientos que pueden mejorar cada vez más la esperanza de estos pacientes.

Newsletter de Onmeda
Aprende a cuidarte con sencillas recomendaciones y consejos de salud elaborados por médicos y expertos en salud. Regístrate de forma gratuita y recibe semanalmente las claves para mantenerte en forma. **¡Quiero suscribirme a la Newsletter!**

Entonces, ¿podemos transmitir un mensaje esperanzador cuando hablemos de melanoma metastásico?

Seguro que sí. Siempre tendremos situaciones más complicadas que otras. No podemos decir que el melanoma se va a curar siempre, y en todos los casos de forma sencilla. Pero **podemos esperar que en el futuro podamos mantener esta enfermedad controlada, incluso como una dolencia de carácter crónico.** Hay dudas sobre cómo va a ser esto posible porque entendemos que la enfermedad tiene escapes terapéuticos, es decir que las células pueden escapar y volver a reaparecer a pesar de haber respondido inicialmente al tratamiento. Con la prudencia necesaria, se podría decir que en el futuro se podría mantener supervivencia prolongadas en un número cada vez más importante de paciente.

¿Tienes alguna pregunta sobre el cáncer? Plantea tus dudas a nuestros expertos.

Por **H. Bakkali**

Todo sobre: cáncer

Onmeda cumple y respeta las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario porque cumple sus principios generales y el código ético

Nosotros subscribimos los Principios del código HONcode.
Compruébelo aquí.

Aviso legal:
© 2014 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

Onmeda.es Para tu salud
CONSÚLTANOS
Visita nuestros foros y resuelve tus dudas sobre salud

Salud
- Embarazo y niños
- Sexualidad y familia
- Nutrición y dieta
- Cuerpo y mente
- Salud para él y para ella

Medicina & Salud
- Noticias de salud
- Enfermedades
- Enfermedades y sus síntomas
- Enciclopedia de salud
- Medicamentos
- Higiene bucal
- Consulta médica

Consejo & Ayuda
- Foros y consejos de un experto
- Vídeos
- Tests & aplicaciones médicas
- Galerías de imágenes
- Entrevistas
- Newsletter

Especiales
- Enfermedades raras
- Lactancia materna
- Gripe y resfriado

Síguenos en

App de Onmeda:
Descárgate la aplicación para iPad, iPhone y Android.

Todo sobre: enfermedades de las vías respiratorias

Me gusta 0 | +1 0 | Imprimir | Tamaño:

Entrevista con el Dr. Carlos Villasante

Autor: Redacción Onmeda

Día Mundial de la Neumonía

La neumonía es un tipo de infección respiratoria de carácter agudo que afecta al pulmón. Una infección que puede verse provocada por virus, gérmenes, hongos o bacterias. Actualmente, su incidencia en España se estima entre un 1,6 y 10 casos por cada 1.000 habitantes, manifestando mayores cuadros de gravedad en niños menores de dos años y en adultos a partir de los 65 años.

Sobre las manifestaciones más comunes de esta enfermedad, la posibilidad de prevenirla y el abordaje terapéutico que requiere nos contesta, con Motivo del Día Mundial de la Neumonía, el doctor Carlos Villasante, Jefe de Sección de Neumología del Hospital Universitario La Paz en Madrid.

¿En qué consiste la neumonía?

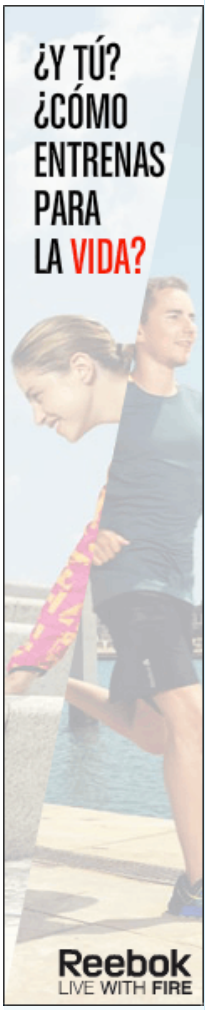
La neumonía es una **infección respiratoria aguda que afecta al parénquima pulmonar.** Se clasifica como neumonía adquirida en la comunidad (NAC) que es la que se produce en pacientes que no están ingresados, neumonía nosocomial (NN) que se produce en pacientes ingresados en un hospital, y neumonía asociada al ventilador (NAV) que se presenta en enfermos que están siendo tratados con ventilación mecánica.

Neumonía

La neumonía es una infección del pulmón. La neumonía, también conocida como pulmonía, es una infección en el pulmón que afecta cada año a entre 7 y 15 personas de cada mil. Los alveolos de los pulmones, que en una persona sana se llenan de oxígeno al respirar, en un enfermo de neumonía contienen líquido y pus, dificultando la respiración.

1 de 17

¿Por qué se produce? ¿Cuáles son sus principales causas?



Se produce por infección del pulmón por gérmenes, virus, bacterias u hongos y conlleva una alteración visible por técnicas de radiología torácica. Así, el diagnóstico se establece por un cuadro clínico compatible más una alteración radiológica compatible. En ocasiones el proceso se inicia con una infección vírica de las vías respiratorias superiores y después aparece una infección bacteriana del pulmón.

¿Cuáles son sus manifestaciones más habituales?

El cuadro clínico característico consiste en fiebre, en ocasiones con escalofríos y tiritona, tos con expectoración amarillenta o verdosa y dolor pleurítico en punta de costado. A veces el proceso va precedido de un cuadro más leve localizado en vía aérea superior, y otras veces los síntomas no son tan completos o tienen una evolución subaguda.

¿En qué grupo poblacional es más común la detección de una neumonía?

La incidencia de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) tiene un pico en niños menores de 2 años y otro el ancianos mayores de 70 años. Además, es más frecuente en personas ingresadas en una institución como residencias de ancianos, hospitales (NN), etc.

¿Cuál es la incidencia en adultos?

En los estudios realizados sobre población general la incidencia de la NAC oscila entre 1,6 y 13,4 casos por cada 1.000 habitantes. Estas diferencias se deben a que la incidencia es variable según la zona geográfica y aumenta claramente con la edad. Así, en pacientes entre 80 y 90 años aumenta hasta 17,6 por 1000 habitantes y llega hasta 35,8 en los mayores de 90 años.

¿Y en niños?

La incidencia en niños menores de 5 años no vacunados frente al neumococo se sitúa en torno al 8 por 1000, aunque esta tasa ha disminuido de forma considerable en los lugares donde se ha implantado un programa de vacunación sistemática con la vacuna antineumocócica conjugada de 7 y, posteriormente, de 13 serotipos.

¿Son más agresivas las neumonías si se presentan en la infancia y en la adolescencia?

La gravedad y la mortalidad por NAC aumentan en los niños menores de dos años y en los adultos a partir de los 65 años.

En general, ¿qué pronóstico presenta una neumonía?

El pronóstico depende de la gravedad. En la NAC menos grave que se trata de forma ambulatoria, la mortalidad es del 1 al 5%. En la NAC que precisa ingreso la mortalidad sube al 6-14% y en las neumonías más graves que precisan ingreso en UVI llega al 34-50%. En pacientes ingresados por NAC, la mortalidad a largo plazo también está aumentada respecto a la población general.

¿Qué otras dolencias pueden empeorar el pronóstico de esta infección?

La existencia de otras enfermedades concomitantes como procesos respiratorios crónicos (asma, EPOC o fibrosis pulmonar , por ejemplo), cardiopatías crónicas, insuficiencia renal o hepatopatía condicionan un peor pronóstico y aumento de la mortalidad. También los pacientes portadores de inmunodepresión por enfermedad o por tratamientos concomitantes (corticoides, inmunosupresores, quimioterapia antineoplásica) son más susceptibles a desarrollar NAC y su pronóstico empeora. Los fumadores y los alcohólicos son población de riesgo para desarrollo de NAC.

Test del sistema inmunitario
Nuestro sistema inmunitario trabaja duro para defendernos de bacterias, virus y otros cuerpos externos al organismo, y se encarga de proteger al cuerpo frente a las infecciones. Comprueba la actividad de tu sistema inmunitario con nuestro test. **Haz el test...**

¿Qué otras complicaciones pueden derivarse de la neumonía?

La neumonía puede complicarse por extensión local o sistémica a través de la sangre, dando lugar a una mayor gravedad y la aparición de procesos como empiema o bacteriemia. Algunos enfermos pueden desarrollar una hiperreactividad bronquial tras una neumonía que puede prolongarse posteriormente.

¿Cuál es la incidencia actualmente de esta infección en nuestro país?

La incidencia en España se sitúa entre 1,6 y 10 casos por 1.000 habitantes y aumenta en los mayores de 75 años.

¿Es posible la prevención de la neumonía?

Las medidas de prevención que se recomiendan son la vacuna antigripal, ya que hasta en un 50% de los casos la NAC va precedida de una infección vírica, el abandono del tabaco y del alcohol que son factores de riesgo per se y la vacuna antineumococo con la vacuna polisacárida de 23 serotipos o la vacuna conjugada de 13 serotipos que es la única indicada en niños y que en la actualidad tiene

indicación también en los adultos de cualquier edad. En adultos se recomienda vacunar a pacientes con patologías crónicas concomitantes, fumadores y enfermos inmunodeprimidos.

Desde el punto de vista terapéutico, ¿con qué arsenal contamos?

El tratamiento de la neumonía son los antibióticos, cuya indicación varía en función de la gravedad y de la existencia de riesgo para neumonías por gérmenes no habituales. Existe un porcentaje de gérmenes que presentan resistencia a antibióticos y cuando existe fracaso al tratamiento antibiótico inicial hay que plantarse si es por falta de eficacia de los antibióticos o porque se trate de otro proceso infeccioso o no distinto a una neumonía.

¿Tienes alguna pregunta sobre la Neumonía? Plantea tus dudas a nuestros expertos del foro de Onmeda.

Por **H. Bakkali**

Todo sobre: **enfermedades de las vías respiratorias**

Puede interesarte

» **Dolor abdominal de la mujer**
» **Sangre en la orina (hematuria)**
» **Calculadora del índice de masa corporal (IMC)**
» **Necesidad de orinar**

recomendado por

Enlaces patrocinados Publicidad

» **Alimentación saludable**
» **Actualidad en salud**
» **Todos los medicamentos**
» **Foros: pregunta a un experto**
» **¿Qué revela un síntoma?**
» **Tests: ponte a prueba**
» **Vídeos sobre salud**
» **Todo sobre el embarazo**

Onmeda pertenece al conjunto de portales de salud que cumplen y respetan las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario tras ser revisada por el comité evaluador y cumplir los principios generales y el código ético.

Aviso legal: © 2013 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

Todo sobre: cáncer

Entrevista con el Dr. Miguel Martín

Autor: Redacción Onmeda

Día Mundial contra el Cáncer: la situación actual del tratamiento oncológico

Detección precoz, tipología del cáncer y elección del tratamiento, son algunas de las claves que pueden condicionar la respuesta a la terapia frente a la enfermedad. Actualmente, existen tumores cuyo abordaje multidisciplinar consigue unas tasas de curación muy altas y el pronóstico es cada vez más esperanzador, no obstante, otros como el de pulmón, páncreas o esófago, aún presentan un reto importante.

Con motivo del Día Mundial Contra el Cáncer, el Dr. Miguel Martín, vicepresidente de SEOM, presidente de GEICAM y jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid nos aclara algunas cuestiones sobre la importancia del tratamiento oncológico y nos explica qué se ha conseguido hasta el momento y qué queda por conseguir.

En el abordaje del cáncer, el primer tratamiento es esencial, ¿podríamos decir que si no se acierta a la primera la esperanza está perdida?

En general, debemos reconocer que el primer tratamiento es fundamental para establecer el pronóstico del paciente, pero no debemos ser totalmente pesimistas, en algunas ocasiones existen segundas oportunidades de curación.

¿A qué factores se debe que el primer tratamiento sea el acertado?

Depende esencialmente del medio socioeconómico en que se desenvuelve el enfermo, que condiciona el nivel de asistencia sanitaria que recibe. Es bien sabido que en los países sin cobertura sanitaria universal, los pacientes pobres tienen peor pronóstico que los ricos, ya que no tienen acceso a los tratamientos más eficaces a causa de su coste.

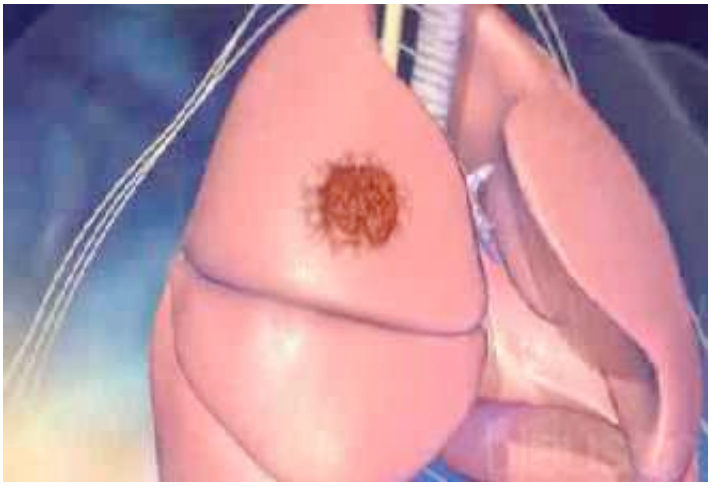
¿Por qué existen células cancerígenas resistentes a los tratamientos con los que contamos hoy en día?

El cáncer es una enfermedad con un enorme poder de plasticidad y adaptación. Si se bloquea una de sus vías de crecimiento, suele activar otra para eludir la letalidad del tratamiento. Además, cuanto más tiempo de desarrollo tiene el tumor más posibilidades existen de que haya adquirido clones celulares resistentes a varios tratamientos.

La precocidad en el diagnóstico se asocia sistemáticamente con una mayor posibilidad de cura y este hecho no está sólo relacionado con la mayor resecabilidad quirúrgica de los tumores precoces sino también con la

evolución cronológica del tumor, que se vuelve genéticamente más complejo a medida que transcurre el tiempo.

Información general sobre el cáncer: Vídeos



¿Por qué una vez curado el paciente, puede producirse una recidiva?

Por dos razones. La primera es la persistencia de células en el sitio del tumor después del tratamiento local (lo que genera una recidiva local); la segunda es la existencia de células tumorales residuales en órganos distantes desde el momento del primer diagnóstico, células que no somos capaces de descubrir por los métodos actuales.

¿Cuál suele ser el pronóstico en estos casos?

Depende del tipo de cáncer. Algunas recidivas locales pueden ser curadas con un segundo tratamiento. En general, la mayoría de las recidivas en órganos distantes se escapan a un tratamiento curativo. Ello no quiere decir que no pueda lograrse el control transitorio del tumor, en ocasiones durante periodos largos de tiempo, incluso de varios años.

Newsletter de Onmeda

Aprende a cuidarte con sencillas recomendaciones y consejos de salud elaborados por médicos y expertos en salud. Regístrate de forma gratuita y recibe semanalmente las claves para mantenerte en forma. **¡Quiero suscribirme a la Newsletter!**

Cuando hablamos de tratamiento oncológico, ¿qué se ha conseguido y qué queda por conseguir?

Existen tumores con altísimas tasas de curación, como el cáncer de testículo, coriocarcionoma, enfermedad de Hodgkin, algunos tumores pediátricos. En algunos tumores muy frecuentes, como el cáncer de mama y el cáncer colorrectal y el de próstata, se han conseguido grandes avances gracias a los tratamientos multidisciplinares. En otros tradicionalmente de mal pronóstico, como el melanoma metastásico, se empieza a vislumbrar la aparición de terapias sofisticadas realmente eficaces. No obstante, debemos reconocer que los avances han sido menores en otros tumores frecuentes, como el cáncer de pulmón, el cáncer de esófago y el cáncer de páncreas.

¿Tienes alguna pregunta sobre el cáncer? Plantea tus dudas a nuestros expertos.

Por **H. Bakkali**

Todo sobre: cáncer

Onmeda cumple y respeta las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario porque cumple sus principios generales y el código ético

Nosotros subscribimos los Principios del código HONcode.
Compruébelo aquí.

Aviso legal:
© 2014 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

Entrevista con el Dr. José María Carreras Castellet

Autor: Redacción Onmeda

31 de mayo, Día Mundial sin Tabaco

Se estima que uno de cada tres casos de cáncer está ocasionado por el hábito tabáquico. Los tumores como el de pulmón, el de faringe, el de laringe, vejiga, páncreas o cuello uterino están asociados al tabaquismo. Además, el tabaco es el responsable de múltiples dependencias, así como de alteraciones que afectan directamente al aspecto estético y a la calidad de vida de los fumadores e, incluso, de las personas de su entorno.

Sobre la dependencia del tabaco, sus consecuencias directas sobre la salud y la implicación psicosocial que conlleva dejar de fumar, responde el Dr. José María Carreras Castellet, responsable de la Unidad de Tabaquismo del Hospital Carlos III de Madrid.

¿Qué tipo de dependencias genera el tabaquismo

Además de la dependencia biológica de la nicotina, a lo largo de la vida de un fumador y al ser la conducta de fumar compatible con lo cotidiano, se generan múltiples estímulos de tipo conductual que van a desencadenar en el sujeto el deseo de fumar, por lo que podemos hablar de un dependencia de tipo conductual o psicológica. Muchas veces estos estímulos van a ser desencadenados por el entorno social, por lo que también en la dependencia hay un componente social.

En España, ¿en cuánto se cifra el número de fumadores? Actualmente, ¿el número de fumadores es mayor en mujeres o en hombres?

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 **en España, cada vez se fuma menos,** sin embargo, siguen fumando más los hombres, aunque entre los jóvenes hay poca diferencia por género. Un dato preocupante es que **el 24% de la población de 15 y más años fuma a diario**, siendo de ese porcentaje: hombres del 27,9% y el 20,2% mujeres. Desde 1993 a 2012 el porcentaje de población que consume tabaco a diario muestra un continuo descenso, fundamentalmente, a expensas de los hombres. Desde 2003 también se aprecia un declive en mujeres, aunque menos acusado. El consumo diario de tabaco en los jóvenes entre 15 y 24 años afecta al 21,7%, sin gran diferencia por sexo (22,5% de los hombres frente al 21,0% de las mujeres).

Fumar durante el embarazo, ¿cómo afecta a la mujer y al feto?

El fumar durante el embarazo ocasiona diversos problemas debidos, fundamentalmente, a una formación

anómala de la placenta. Esta es más irregular y más grande por lo que son más frecuentes las hemorragias y la placenta previa. La alteración que más frecuentemente se ve en el niño es bajo peso al nacer (entre 150 y 200 gr menos), lo que supone un menor desarrollo. También se ha observado una mayor frecuencia de aborto espontáneo en relación directa con la intensidad de tabaquismo de la madre. Estos problemas ocasionan que **la mortalidad perinatal aumenta un 25% cuando se fuma durante el embarazo.**

En relación a la estética, ¿cómo puede verse afectado el aspecto físico del fumador?

Diversos estudios han demostrado que la incidencia de arrugas en la piel es mayor cuando se fuma, con mayor impacto incluso que la radiacción solar. Es más frecuente el mal aliento y también el olor a tabaco no sólo del fumador sino también eb la ropa, el coche, el domicilio. También se tiende a una dentadura peor y con manchas. Y si se fuma mucho aparecen manchas en labios, uñas y dedos.

¿Es posible superar la adicción al tabaco?

Sí, es perfectamente posible y lo han conseguido millones de personas. En España, en concreto, y según los datos de la última encuesta nacional de salud **el 20% de la población se declara exfumadora.** Muchos fumadores son capaces de dejar de serlo sin ningún tipo de ayuda y así lo han conseguido el mayor número de exfumadores, sin embargo hay diversos factores, algunos que ya conocemos como puede ser tener una dependencia grave o algún problema psiquiátrico y otros factores genéticos, actualmente en investigación, que pueden hacer especialmente dificil el alcanzar y mantener la abstinencia.

¿Eres adicto a la nicotina?
¿Eres un fumador ocasional o por el contrario no puedes olvidarte ni un segundo del tabaco? Descúbre la relación que tienes con el tabaco en nuestro test. **Haz el test...**

Ganar en calidad de vida después de fumar, ¿qué mejorías observará una persona que deja de fumar?

El principal logro que se alcanzará será de salud. Inmediatamente disminuirá el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias y de los distintos tipos de cáncer. Aumentará la capacidad de hacer ejercicio, pudiendo desarrollar más y mejor sus actividades, incluida la actividad sexual. Mejorará diversos sentidos como el gusto y el olfato. El cutis se vuelve más terso, mejora el aliento, los dientes recuperan su blancura y desaparecen las manchas en dedos y uñas.

¿Qué ventajas psico-sociales tiene dejar de fumar?

La persona al conseguir dejar de fumar, lo que puede ser muy difícil, sin lugar a dudas obtendrá un aumento de su autoestima. Además ganará en libertad al no depender del tabaco lo que le hará la vida más cómoda. Desde el punto de vista social dejará de sentirse discriminado y dejará de ser un mal ejemplo para su familia y amigos. No hay que olvidar el ahorro económico que se logra.

Consejos para dejar de fumar

Abandonar el tabaco no es una tarea sencilla pero sí es posible. El camino hasta que se logra dejar de fumar varía de una persona a otra y hay que encontrar un método que se adapte a las necesidades de cada persona. Decidir dejar de fumar ya es un paso muy importante. Acude a tu médico si necesitas ayuda y repasa estos consejos que harán que abandonar el tabaco definitivamente sea más fácil.

1 de 9

Desde que se aprobara la nueva ley antitabaco en España, ¿se ha visto descenso en el número de fumadores?

La venta de cigarrillos disminuyó un 26,23% entre 2010 y 2012 y según datos de la Encuesta Nacional de Salud la prevalencia de fumadores pasó del 26,2% (2006) al 23,95% (2012), lo supone 950.000 fumadores menos, bien adultos que dejaron de fumar definitivamente o jóvenes que no se incorporaron. Además, **diversos estudios han puesto de manifiesto una disminución de partículas contaminantes del humo de tabaco en espacios públicos lo que conlleva una importante reducción de tabaquismo pasivo.**

¿Cree suficientes las acciones que se desarrollan para sensibilizar e informar sobre los efectos nocivos del tabaco?

Aunque en los últimos años el panorama del tabaco está cambiando a mejor en España, y dado que nuestra sociedad no se debía permitir las todavía altas cifras de prevalencia de tabaquismo, nunca van a ser suficientes las medidas para el control de esta epidemia. En concreto en España las campañas no son constantes sino aisladas y puntuales. En cuanto a la legislación creo que es deficiente en establecer una política adecuada de tasas, pues somos uno de los países con el precio más bajo de tabaco y tampoco tenemos una política activa de incentivación y ayuda para dejar de fumar, pues en la mayoría de las comunidades autónomas los tratamientos para dejar de fumar no están financiados.

Por **H. Bakkali**

Onmeda pertenece al conjunto de portales de salud que cumplen y respetan las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario tras ser revisada por el comité evaluador y cumplir los principios generales y el código ético.

Aviso legal:
© 2013 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta

médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

enfemenino.com

Sobre Nosotros
Contacto
Mapa del sitio
Exención de responsabilidad
Equipo

Entrevista con la doctora Bibiana Pérez

Última revisión: 27. mayo 2013 Autor: Redacción Onmeda

La mayor parte de las lesiones víricas son benignas.

Las verrugas víricas, son lesiones que pueden localizarse en cualquier zona del cuerpo. Tanto en la piel como en las mucosas, pudiendo transmitirse, fundamentalmente, por contacto directo.

Sobre estas lesiones, sus manifestaciones clínicas más comunes, su abordaje médico y su prevención responde la Dra. Bibiana Pérez, especialista en Dermatología y Venereología del Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

¿Qué son las verrugas víricas?

Las verrugas víricas son lesiones benignas de la piel y las mucosas debidas a la infección por el virus del papiloma humano (VPH). Existen más de cien tipos de papilomavirus humanos diferentes, y los distintos tipos de verrugas (plantares, planas o genitales) se asocian a infección por determinados tipos.

¿Cuáles son sus manifestaciones clínicas más habituales?

Las forma más habituales de verrugas víricas son las verrugas vulgares, que son lesiones excrecentes, rugosas, escamosas, que se pueden hallar en cualquier superficie cutánea, aunque las manos, y especialmente la zona periungueal, es la localización más frecuente. Las verrugas plantares también son muy frecuentes, y se manifiestan como lesiones hiperqueratósicas, similares a las callosidades, a menudo dolorosas, lo que vulgarmente se conoce como "papiloma plantar".

¿Qué zonas de la piel pueden verse afectadas por estas proliferaciones? ¿Hay alguna zona del cuerpo más sensible a su aparición?

Las verrugas víricas pueden presentarse en cualquier zona de la piel o las mucosas, y su localización está relacionada con el modo de transmisión y el tipo específico de papilomavirus. En los niños es muy frecuente la aparición de verrugas periungueales en las manos, aunque las verrugas en plantas de pies también se ven a menudo. Los pequeños traumatismos repetidos favorecen la infección, así ocurre con el hábito de morderse las uñas, o en el caso de profesionales como carniceros o mecánicos en los que es frecuente que se creen pequeñas soluciones de continuidad en la piel que favorecen la infección viral.

En cuanto a su transmisión, ¿cuáles son las formas más frecuentes por las que se transmite el virus?

Las verrugas se transmiten, sobre todo, por contacto directo, a partir de individuos con infección clínica o subclínica. Es conocido que determinadas condiciones ambientales como el calor y la humedad favorecen la propagación de estos tipos de virus. Por otro lado, las verrugas genitales, también llamadas **condilomas acuminados**, se comportan como una enfermedad de enfermedades de transmisión sexual. Además, hay que considerar la importancia de la situación inmunológica del huésped, ya que en pacientes inmunodeprimidos como, por ejemplo, los pacientes trasplantados que reciben tratamiento inmunosupresor, las verrugas son muy frecuentes y persistentes.

Un alto porcentaje de este tipo de verrugas puede desaparecer de manera espontánea, otras no. ¿Qué consecuencias puede tener no tratarlas desde su aparición?

En la mayoría de los casos, la única consecuencia de no tratar precozmente las verrugas es un aumento en su tamaño y en su número, debido al auto contagio, así como el riesgo de transmisión a otras personas. Por otro lado, las verrugas en determinadas zonas específicas pueden producir dolor, como ocurre con las verrugas plantares, que puede interferir de manera importante en la calidad de vida del paciente. Además, **determinados tipos de papiloma virus tienen potencial oncogénico**, y múltiples estudios han relacionado la infección por estos virus con algunos tipos de carcinomas, sobre todo, en las mucosas de la zona genital u oral. También es conocido el papel del papiloma virus en el cáncer de cuello uterino.

¿Son frecuentes las recidivas? ¿Presentan peor pronóstico?

Las recidivas de las verrugas tras el tratamiento son frecuentes, aunque a veces es difícil distinguir una verdadera recidiva de una nueva infección. En la mayoría de los casos, si la inmunidad del paciente es normal, el pronóstico no empeora, aunque el tratamiento puede convertirse en un proceso largo y a veces tedioso.

¿En qué consiste el abordaje médico de las verrugas víricas?

La mayoría de **los tratamientos de las verrugas víricas consisten en la destrucción física de las células infectadas**, y existen múltiples métodos para conseguirlo. La elección de uno u otro método dependerá de factores como el número y extensión de las lesiones, la presencia de molestias asociadas, la localización de las mismas y la disponibilidad de medios. Ningún tratamiento es universalmente eficaz para eliminar las verrugas y, como ya se ha comentado, las recidivas son frecuentes con cualquier método. Los procedimientos más utilizados son el uso de queratolíticos, la crioterapia con nitrógeno líquido, y en algunos casos la electrocoagulación. En las verrugas genitales se emplean otros productos como la resina de podofilino y la podofilotoxina, o el imiquimod, que actúa sobre la inmunidad local del paciente. Este último tratamiento también es útil en verrugas extragenitales recalcitrantes. Además, se pueden emplear otras sustancias quimioterápicas, como el 5-fluorouracilo tópico o la bleomicina intralesional, y caústicos o ácidos como el ácido tricloroacético. Varios tipos de láser y la terapia fotodinámica pueden ser también útiles en el tratamiento de las verrugas víricas, aunque generalmente se emplean en casos resistentes a otros tratamientos.

¿Qué casos son los más complicados de tratar?

Los casos más complicados de tratar son aquellos en los que las lesiones se localizan en zonas de difícil acceso o próximas a estructuras sensibles, como los ojos. También las lesiones extensas en pacientes inmunodeprimidos, en los que la recidiva es casi la norma y los tratamientos habituales son menos eficaces.

¿Cuándo se debe recurrir a la cirugía? ¿Con qué técnicas quirúrgicas se cuenta en la actualidad? ¿Qué resultados garantizan?

El tratamiento puramente quirúrgico, entendido como la extirpación simple de las lesiones, no tiene

prácticamente cabida en el manejo de las verrugas víricas, salvo en casos muy excepcionales. Sin embargo, algunas técnicas, como la electrocoagulación o el tratamiento con láser de CO2 o láser pulsado de colorante, son técnicas quirúrgicas útiles en algunos casos. Por ejemplo, el láser de CO2 es de gran utilidad en condilomas acuminados (verrugas genitales) de gran tamaño, especialmente en las de localización perianal. Sin embargo, no hay que olvidar que las técnicas quirúrgicas no garantizan la ausencia de recidivas, por lo que es muy importante evitar procedimientos excesivamente agresivos, que puedan provocar cicatrices permanentes y a veces dolorosas.

El tratamiento quirúrgico que se está empleando hoy en día, ¿puede dejar algún tipo de secuela en la piel?

Afortunadamente, en el momento actual es excepcional encontrarnos con pacientes a los que se haya realizado una extirpación quirúrgica de una verruga plantar, pero hace algún tiempo este hecho no era raro, y a menudo la cirugía provocaba una cicatriz permanente, dolorosa, con un componente hiperqueratósico que a veces costaba diferenciar de una recidiva de la lesión inicial. Los tratamientos con láser o la electrocoagulación cuidadosa, normalmente, no dejan secuelas aunque, cuando se tratan lesiones periungueales, puede haber un daño en la matriz de la uña que ocasione una alteración permanente en su crecimiento.

¿Qué tipos de verrugas víricas son los que presentan peor pronóstico?

La mayor parte de las lesiones víricas son benignas. La relevancia se relaciona, sobre todo, con su localización, número y tamaño, en la medida en que puedan interferir en las actividades normales del paciente o incluso constituir un cierto estigma social. Sin embargo, algunos serotipos, como el HPV-16 y 18 en el caso de las verrugas genitales, o los tipos 5 y 8, asociados a la epidermodisplasia verruciforme, se consideran de alto riesgo, por su relación con el desarrollo de tumores.

¿Estas proliferaciones podrían derivar en un tumor maligno?

La mayor parte de **los casos de cáncer de cuello uterino se relacionan con la infección por papilomavirus de alto riesgo.** Además, se ha detectado ADN viral de papilomavirus en carcinomas de las mucosas genital u oral y también en otras localizaciones, incluso en tumores cutáneos periungueales y en otros tipos de lesiones cutáneas premalignas y malignas, como queratosis actínicas o carcinoma espinocelular, aunque en estos últimos casos no está muy claro cuál es el papel del papilomavirus en el desarrollo de malignidad. Por otro lado, los pacientes inmunodeprimidos tienen mayor riesgo de presentar una infección persistente que evolucione a malignidad.

¿Es efectiva la vacuna del VPH para prevenir las verrugas genitales?

La vacuna frente al VPH se ha demostrado eficaz para prevenir la infección por aquellos serotipos frente a los que se ha desarrollado. Actualmente existe una vacuna que previene contra los serotipos 16 y 18, que son los de mayor potencial oncogénico en relación con el cancer de cuello de útero, y otra que protege contra los serotipos 6, 11, 16 y 18, que provocan la mayor parte de verrugas genitales.

¿Cuándo está indicada la vacunación? ¿Es eficaz tanto en hombres como en mujeres?

La vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH) estaría indicada, sobre todo, antes del inicio de las relaciones sexuales, ya que la vacuna no tiene efecto sobre la infección ya establecida, y sería eficaz tanto en hombres como en mujeres, aunque su inclusión en los calendarios de vacunación se ha limitado a las mujeres, con el objetivo de prevenir el riesgo de cáncer de cuello de útero.

En materia de prevención, ¿cuáles serían las principales recomendaciones?

En las verrugas extragenitales, la principal medida preventiva sería evitar el contacto directo con lesiones o con lo que se denomina fómites, es decir, objetos que hayan estado en contacto estrecho con las verrugas y

durante algún tiempo puedan albergar virus. Es conocida la frecuente transmisión de verrugas plantares en piscinas y en duchas comunes, medios en los que puede ser útil el empleo de "calcetines" aislantes de silicona en los pies, sobre todo en los niños, y evitar pisar descalzos sobre el suelo húmedo de las duchas. En cuanto a las verrugas genitales, el uso de preservativo supone una protección parcial, pero no completa. Ya se ha comentado el papel de la vacunación, que constituye una herramienta de protección eficaz.

Por **Houda Bakkali**

Onmeda pertenece al conjunto de portales de salud que cumplen y respetan las reglas de conducta ética y deontológica deseables para la comunidad médica.

Onmeda está certificada como web de interés sanitario tras ser revisada por el comité evaluador y cumplir los principios generales y el código ético.

Aviso legal:
© 2013 Enfemenino.com - Todos los contenidos publicados en el portal de salud y medicina Onmeda.es tienen un carácter puramente informativo y no sustituyen en ningún caso la consulta médica o el asesoramiento profesional. Onmeda.es tampoco sugiere el autodiagnóstico y la automedicación. En caso de duda consulta nuestra sección de exención de responsabilidad.

Cumbre del Clima en Copenhagen

Usuario:
Contraseña:
> Recordar contraseña
Entrar

> Para instituciones
> Para periodistas
> Para invitados

sinc. dos años en imágenes

LHC GRAN COLISIONADOR DE HADRONES

GRIPE A (H1N1)

AlphaGalileo
EurekAlert!

FOT CIENCIA 7 SÉPTIMA EDICIÓN DEL CERTAMEN NACIONAL DE FOTOGRAFÍA CIENTÍFICA

BOLETÍN FECYT al día

Biomedicina y Salud | Ciencias clínicas

Emilio Alba, presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)

"En cáncer sólo funciona el primer tratamiento"

Para Emilio Alba, nuevo presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y uno de los referentes de mayor prestigio dentro del panorama facultativo actual, ningún paciente oncológico debería tener un tratamiento que no haya sido valorado antes por un comité multidisciplinar. Es un signo de calidad: "La decisión tiene que ser multidisciplinar, pero el manejo del paciente lo tiene que llevar un único profesional", afirma a SINC este reconocido experto.

UNED // H. BAKKALI | Comunidad de Madrid | 13.01.2010 12:38

Con una carrera brillante a sus espaldas, Emilio Alba compagina su labor como jefe del servicio de oncología médica del Hospital Clínico Universitario de Málaga y del área de oncológica del Hospital Internacional Xanit de Benalmádena, con su tarea como divulgador científico del cáncer.

Según Emilio Alba, las revistas científicas son los medios por los que se transmite la información "que sirve para tomar decisiones". Foto: Divulgauned.

¿Puede un tumor benigno poner la vida en peligro?

En general no. La única circunstancia en la que un tumor benigno podría poner la vida en peligro es cuando crece mucho localmente y resulta imposible extirparlo por algún motivo. Esto es absolutamente infrecuente. Si tuviésemos que dar una respuesta categórica a la pregunta diríamos que no.

El cáncer es una enfermedad de las células y de los tejidos. Consiste en la alteración genética de determinada célula que hace que crezca y prolifere de forma anormal, adquiriendo dos características que son fundamentales: la invasión de los tejidos que hay a su alrededor, y la capacidad de provocar metástasis, que es la invasión de órganos a distancia. Así que la metástasis es la causa del 90% de las muertes de pacientes con cáncer.

¿Qué determina el ritmo de crecimiento de las células cancerosas?

No es conocido en la actualidad. Se sabe que las células tumorales, en general, se dividen más rápido que las células normales. Es así porque hay alteraciones en determinados genes que son los que controlan la proliferación, pero no es un fenómeno que sea del todo conocido, de forma que en un tumor determinado no podemos saber qué es lo que provoca exactamente el ritmo de crecimiento.

El cáncer se origina en una célula, ¿cuánto tarda en clonarse hasta formar el tumor?

La teoría moderna de origen del cáncer se basa en la célula madre que da paso, por divisiones asimétricas, a muchas células tumorales. El tiempo que se tarda en dar lugar a un tumor clínico de esa célula originaria o primigenia no se sabe. Lo que se conoce es que, por una parte, ese tiempo no es igual para cada tumor, unos tumores tardan en crecer más que otros. Y que, seguramente, ese tiempo en la mayoría de los tumores es de años, es decir, que entre la primera célula madre y el tumor clínico deben pasar años. Por ejemplo, en el cáncer de mama se sabe que la primera célula maligna se produce en algún momento entre la primera regla de la mujer y el primer embarazo.

¿Qué ensayos clínicos son los más esperanzadores hoy en día? ¿Cuáles los que más urgen?

Aquellos que respondan a las preguntas de qué necesitan los pacientes. Hay dos tipos de ensayos fundamentalmente, aquéllos que se hacen con fármacos. Necesitamos nuevos fármacos para la enfermedad. Pero también es muy importante la investigación académica, en donde lo que se investiga son conceptos.

¿Es suficiente el número de oncólogos que hay ahora mismo en España?

Tendría que haber más oncólogos. La SEOM está trabajando en saber cuál es el número óptimo de oncólogos que debe haber con respecto a las necesidades de los pacientes con cáncer.

¿Cuáles son sus principales retos al frente de SEOM?

Establecer guías de práctica clínica. Establecer cuáles son los estándares de calidad. A nivel de formación, con el nuevo plan de Bolonia, que la asignatura de Oncología sea impartida por oncólogos. Y a nivel de investigación, favorecer la investigación independiente y hacer que los residentes españoles se marchen al menos un año a estudiar fuera y traigan tres cosas: conocimientos, contactos y un buen nivel de inglés.

Calendario de actividades

15 ene Inauguración del Mundo Virtual de la Ciencia

16 ene Mesa redonda: "La ciencia es la única noticia"

« Enero de 2010 »

L	M	X	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Información por CCAA

"Es necesario crear un puente entre ciencia y ética para el cambio climático"

"He inventado un aeropuerto"

Lo último

20:00 La avispa Nasonia, nuevo modelo de organismo para controlar plagas agrícolas y enfermedades
20:00 Los caimanes respiran como las aves
20:00 La avispa Nasonia, nuevo modelo de organismo para controlar plagas agrícolas y enfermedades
20:00 Los caimanes respiran como las aves
18:25 Ingenieros vallisoletanos fusionan imágenes para detectar fallos en piezas metálicas y brillantes
16:32 Impacto de las plantaciones de eucalipto en la ecología de los ríos
15:35 Desaparecen equipos radiactivos de un búnker en Ciudad Real
12:48 Recomiendan aumentar la comunicación entre los bancos y los servicios de inteligencia para detectar la financiación de Al Qaeda
12:29 ¿Quién trabaja a tiempo parcial en España?
12:10 ¿Quién trabaja a tiempo parcial en España?

Enlaces de la Ciencia_

conocimientos, contactos y un buen nivel de inglés.

Usted ha apostado por crear comités multidisciplinares que hagan más eficaz la valoración y el tratamiento del paciente. Sin embargo, pacientes y familiares advierten la falta de un referente único que les informe y que actúe como tutor a lo largo de todo el proceso. ¿Para cuándo un médico tutor al estilo estadounidense?

Ningún paciente oncológico debería tener un tratamiento que no haya sido valorado antes por un comité multidisciplinar. Es un signo de calidad. En cáncer sólo funciona el primer tratamiento. Si éste no responde, generalmente las cosas van muy mal, por tanto el primer tratamiento tiene que ser excelente. La relación médico-paciente tiene que existir, el o la enferma tiene que tener un referente al que acudir cuando tenga un problema. La decisión tiene que ser multidisciplinar, pero el manejo del paciente lo tiene que llevar un único profesional. Ése es el objetivo.

¿Cree que la forma en la que se presenta la información influye en la decisión final que adopte el paciente?

Por supuesto. La información tiene que ser veraz y asumible, es fundamental.

¿Cómo valora el papel de los medios de comunicación como divulgadores?

Los medios de comunicación son importantísimos como divulgadores. Tienen un papel en la educación de masas fundamental y más en un tema como el cáncer. Los medios tienen que ser conscientes de que son una herramienta educativa, por ello tiene que ser sumamente cuidadosos con lo que dicen.

¿Qué ventajas y qué desventajas plantea para el conocimiento médico la era de información en la que nos encontramos (foros sociales, wikis, blogs...)?

Lo que hay que pedir es calidad en la información. Internet es un fenómeno que ha revolucionado el mundo, tiene cosas buenas y malas, el secreto está en la selección y eso es lo más difícil.

¿Qué papel juegan hoy en día los congresos médicos y las revistas científicas de élite como *Cell, Science* o *Nature*?

Las revistas son los medios por los que se transmite la información pura, contrastada, la información que se usa para tomar decisiones. Los congresos lo que hacen es un adelanto de esas revistas y sirven, fundamentalmente, para crear nuevos contactos.

Desde su punto de vista, ¿Cuál es la mejor fuente para un periodista a la hora de informar sobre temas médicos, y en este caso sobre el cáncer?

Fundamentalmente las revistas científicas. Y para un periodista especializado, los congresos de las especialidades. Pero primero, las revistas.

Algunos conceptos:

Terapia biológica: conjunto de tratamientos distintos a lo que clásicamente ha sido el tratamiento médico de alcance, basado en la hormonoterapia y la quimioterapia. Son fármacos basados en el conocimiento de la biología molecular, una ciencia que comienza en 1970 y que eclosiona en los últimos años del siglo XX y en esta década del siglo XXI. Ha dado lugar a un conocimiento molecular del cáncer bastante importante y ese conocimiento ha dado paso al diseño de fármacos que bloquean determinadas vías de crecimiento de las células tumorales.

Farmacogenómica: parte de la genómica que estudia la respuesta a los distintos fármacos en función de dos aspectos, por una parte cuál es la genética del tumor y por otra cuál es la genética del huésped. La respuesta al terminar muchos fármacos es distinta según el background genético del huésped.

Angiogénesis: formación de nuevos vasos sanguíneos a partir de otros vasos sanguíneos que ya existían. Es un fenómeno único en el embrión, y en el adulto sólo existe de forma fisiológica en el ciclo menstrual de la mujer y en la reparación de las heridas y de las fracturas. Fuera de ahí, todo lo que sea formación de nuevos vasos es patológico. Prácticamente el cien por cien de los tumores provocan la formación de nuevos vasos sanguíneos que son los que llevan el oxígeno y los nutrientes al tumor. La paradoja es que estos vasos sanguíneos son del huésped.

Más información, en divulgaUNED.es

Creative Commons

Comentarios

Conectar o crear una cuenta de usuario para comentar.

Ilustración del día

Áreas de conocimiento

Ciencias Naturales

La avispa Nasonia, nuevo modelo de organismo para controlar plagas agrícolas y enfermedades

- Los caimanes respiran como las aves
- Impacto de las plantaciones de eucalipto en la ecología de los ríos

Tecnologías

Ingenieros vallisoletanos fusionan imágenes para detectar fallos en piezas metálicas y brillantes

- Desaparecen equipos radiactivos de un búnker en Ciudad Real
- Un nuevo sistema de visión analiza el comportamiento humano

Biomedicina y Salud

Descubierto el mecanismo de actuación del oncogen BRAF en las metástasis refractarias del cáncer de tiroides

- Un nuevo calzado prevendrá los juanetes
- Un estudio evidencia el riesgo de los músicos profesionales de sufrir traumatismo acústico

Matemáticas, Física y Química

Resuelven con supercomputadores un problema sobre la formación de las galaxias

Sonda Rosetta: primeras imágenes del asteroide 2867 Steins

Nuevas pistas sobre el origen de las estrellas rezagadas azules

Humanidades y Arte

La presa romana de Muel, un monumento de arqueología hidráulica

Ciberfeminismo, el futuro las mujeres

Los guionistas estadounidenses introducen cada vez más el español en sus diálogos

Ciencias Sociales

Recomiendan aumentar la comunicación entre los bancos y los servicios de inteligencia para detectar la financiación de Al Qaeda

¿Quién trabaja a tiempo parcial en España?

Estrategias para recuperarnos del estrés diario

Política Científica

España y Uruguay cartografían el fondo marino del Atlántico suroccidental

El medio marino español estará más protegido

España registra máximos históricos en donantes de órganos y trasplantes

Aviso legal. Política de privacidad. . Contacto.
Desarrollado con eZ Publish™

Dr. Alberto Reche, Jefe de Ginecología del Hospital Carlos Haya de Málaga

"En mujeres con cáncer, la interrupción del embarazo no mejora necesariamente el pronóstico"

+1 0 Me gusta 2 Tweet 0

El cáncer durante el periodo de gestación supone uno de los retos más complejos para un facultativo, tanto desde el punto de vista médico como desde el punto de vista moral. El doctor Alberto Reche Rosado, jefe de la unidad de ginecología y obstetricia del Hospital Carlos Haya de Málaga, responsable de la unidad de reproducción humana del Hospital Materno Infantil y experto en el campo de la bioética y de la comunicación médica, responde a algunos de los interrogantes que se plantean en el abordaje de esta patología.

H. Bakkali | 02 febrero 2010 17:14

¿Cuál es el orden de prioridades de un facultativo cuando tiene en sus manos la vida de una mujer embarazada que padece cáncer? ¿Cuáles son los protocolos de actuación?

La prioridad es abordar el estado y la fase del cáncer, de la misma manera que se haría fuera del embarazo. Aquí habría que atender individualmente las condiciones concretas del embarazo, en función del tiempo de gestación, en qué trimestre se encuentra el embarazo, etc. La prioridad del facultativo, es la concreción del momento en que se encuentra ese cáncer y el estado clínico de la paciente.

Una de las preguntas más importantes es saber si se continúa o no con el embarazo. ¿Bajo qué criterios se decide? ¿Cuándo se deben tomar decisiones sobre abortos y sobre partos prematuros?

Los criterios son diversos. Están en función, por un lado de la tipología del cáncer, su localización, su extensión, los modelos terapéuticos a emplear, la quimioterapia, radioterapia, cirugía, etc., y todo ello aplicado al momento en el que se encuentre la gestación, que obligará a tomar decisiones para la finalización o no de la gestación.

Entonces, ¿el aborto no sería la primera recomendación médica?

Por supuesto que no. Esta decisión dependerá del momento del diagnóstico y de las posibilidades y alternativas terapéuticas para cada momento de la gestación.

¿Hasta que punto interrumpir el embarazo puede garantizar un mejor pronóstico para la madre?

En mujeres enfermas de cáncer, la interrupción per se del embarazo no se correlaciona con una garantía de mejora de pronóstico, sino que supone una consecuencia derivada de las necesidades del protocolo terapéutico mejor que se haya decidido. Sobre todo en las etapas tempranas del embarazo, cuando cabe cuestionarse la necesidad médica de interrumpir la gestación.

¿Sobre qué bases científicas y morales se toman las decisiones?

Las bases científicas son las recomendaciones y los conocimientos centrados en la medicina basada en la evidencia. En cuanto a las bases morales, en este apartado yo añadiría el subtítulo de bases de contenido ético, intervendrían el principio de beneficencia y el de no maleficencia. Todo ello soportado por una base inherente a estos dos principios, que es el principio de autonomía del paciente.

¿A qué se deben los diagnósticos tardíos?

Puede deberse a que el diagnóstico se haga de manera meramente casual. En el momento en el que se detecta puede ser tarde desde el punto de vista de la fase de ese cáncer. El diagnóstico va a depender de que haya o no haya síntomas. O bien porque la paciente demore la consulta de esos síntomas primarios. Esto ocurre en cualquier ámbito de la medicina, no sólo en la oncología o en la oncología referida al embarazo, si bien es cierto, que la propia sintomatología normal de un embarazo puede encubrir síntomas que la paciente pudiese detectar.

¿Cómo se solventa la dificultad de realizar las pruebas diagnósticas habituales en estos casos?

Utilizando necesaria y adecuadamente todo el arsenal diagnóstico disponible y ajustándolo a cada caso en particular.

¿Es posible la realización de una biopsia?

Habitualmente, sí es posible. Sobre todo en cánceres que tengan posibilidad de abordaje fácil. Posiblemente, en cánceres de la

LO ÚLTIMO

Prueba del VIH: mejor vivir sin miedo

Entre 130.000 y 150.000 españoles son portadores del VIH y un tercio de ellos no lo sabe. Aunque no necesariamente se desarrolla el sida por tener el virus, este puede transmitirse con prácticas de riesgo. De ahí la importancia de las pruebas diagnósticas que indican, incluso en pocos minutos, si...

SINC habla con Salvador Moncada, descubridor del óxido nítrico como sustancia biológica

Pocos científicos han estado tan cerca del Nobel como Sir Salvador Moncada (Tegucigalpa, 1944), el gran olvidado de la categoría de Fisiología y Medicina de 1988. El investigador hondureño, que el jueves impartió en la Universidad de Alcalá la I Lección Magistral Andrés Laguna organizada por la F...

"Si los que conceden premios científicos cometen errores, con el tiempo se acabarán resolviendo"

Pocos científicos han estado tan cerca del Nobel como Sir Salvador Moncada (Tegucigalpa, 1944), el gran olvidado de la categoría de Fisiología y Medicina de 1998. El investigador hondureño, que el jueves impartió en la Universidad de Alcalá la I Lección Magistral Andrés Laguna organizada por la F...

Las mejores imágenes del mundo de la flora y la fauna

Pingüinos emperadores, leones, tortugas en aguas turquesas y la aurora boreal protagonizan las fotografías ganadoras del concurso medioambiental Veolia sobre la vida salvaje, cuyo primer premio ha recaído en el canadiense Paul Nicklen. El Museo de Historia Natural de Londres ha presentado esta se...

Las plantas sedimentadas en un lago japonés afinan las dataciones por carbono-14

En el fondo del lago Suigetsu (Japón) hay restos de plantas que estuvieron en la orilla en los últimos 52.800 años. Un equipo científico ha extraído muestras para medir sus niveles de radiocarbono o C-14. Sus datos harán la datación paleontológica más precisa, lo que permitirá especificar aún más...

La luz se enrosca en un chip más pequeño todavía

Un equipo de científicos ha creado haces de luz que viajan siguiendo una trayectoria en forma de sacacorchos sobre un pequeño chip de silicio. El trabajo se publica en la revista Science. Este tipo de luz, conocida como luz con momento angular orbital o luz MAO, ya había sido generada usando lent...

Células neuronales maduras se 'resetean' para originar un tumor cerebral

El glioblastoma, el tipo más común y agresivo de cáncer de cerebro, no solo tiene

cavidad abdominal habrá que cuestionarse la toma de tejido, pero cánceres de cualquier otra índole, tiroides, mama, vulva, cuello, etc. sí cabe la posibilidad de realizar una biopsia histológica. En cánceres hematológicos, otra manera de obtener información adicional es a través de determinaciones sanguíneas. En términos generales, el embarazo no contraindica necesariamente la realización de una biopsia.

¿Cómo se evalúa el grado de metástasis en una mujer embarazada?

Se valora, generalmente, con las mismas pruebas diagnósticas que se utilizan fuera del embarazo. Algunas pruebas como el TAC con contraste no se podrá hacer, una gammagrafía, una linfografía requieren una serie de irradiaciones que pueden estar contraindicadas en el embarazo. Pero se buscará llegar a la mayor calidad diagnóstica realizando todas las pruebas complementarias y necesarias.

¿Cuál es el cáncer más detectado durante el periodo de gestación?

Estadísticamente el cáncer más detectado es el cervical, seguido del cáncer de cuello uterino, casi en paralelo con el cáncer de mama. En un tercer lugar estarían cánceres de piel como el melanoma, los linfomas, etc.

¿Son más susceptibles las embarazadas de padecer cáncer?

A priori no. El embarazo no es ni más ni menos que un proceso biológico, fisiológico y reproductivo de nuestra especie. Por ello, no es en sí mismo un factor inductor oncológico.

¿Hasta qué punto es recomendable la cirugía en el embarazo?

Es recomendable siempre y cuando esté recomendada dentro del tratamiento general del cáncer. Si bien, habrá un tipo de cirugía demorable o no demorable, en función del tipo de cáncer, del curso y del estado del embarazo. La cirugía se fundamentará en la indicación.

¿Son excluyentes embarazo y tratamiento contra el cáncer?

No, no son excluyentes. En muchos casos son situaciones compatibles, en otros casos no. Pero una amplia gama del tratamiento contra el cáncer puede ser ejecutada durante el embarazo.

¿Qué opciones médicas se plantean en estos casos? ¿Qué tratamientos se plantean y qué efectos tienen sobre madre y feto?

Las opciones médicas son múltiples. Dependerán de que sean cánceres genitales, mamarios, hematológicos, de piel, digestivos, etc. Cada uno tendrá su abordaje específico, en base a la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia, etc., que haya que realizar a la paciente, y en base a la toma de decisiones más oportunas para cada momento de la gestación. Los efectos sobre la madre serían los mismos que tendría fuera del embarazo, con algunas modificaciones dependiendo del estado peculiar, hormonal y cronológico de la gestación. Los efectos sobre el feto dependerán del momento de la gestación. Hay una serie de efectos agudos como son el aborto, la toxicidad de órganos fetales, el parto prematuro de bajo peso, éstos se suelen dar cuando la quimioterapia se aplica entre el segundo y el tercer trimestre. Hay una serie de efectos teratógenos sobre el feto provocados por fármacos, sobre todo en el primer trimestre de la gestación, que en términos globales pueden dar lugar a un 10 por ciento de malformaciones. No obstante, y en términos generales, no hay necesariamente una sinergia entre mayor número de malformaciones y la quimioterapia en general. Dependerá del momento de la gestación en la que ésta se haya aplicado. En los fetos no se puede hablar de una evidencia ni una documentación rotunda, aunque pueda haber consecuencias de carácter secundario como puede ser el riesgo a la inmadurez pulmonar, etc. pero en definitiva no hay una repercusión potente sobre el feto, sobre todo si nos referimos a etapas últimas del embarazo.

¿Los partos son normales en este tipo de pacientes?

Si las circunstancias médicas de la mujer no lo impiden, así como el estado y el bienestar fetal del embarazo, el parto normal por vía vaginal, de entrada, no estaría contraindicado.

¿Cuántas posibilidades hay de mantener intacto el sistema reproductivo de la mujer tras padecer un cáncer durante el embarazo?

Dependerá de impacto negativo, defectivo o temporal que los tratamientos empleados como quimioterapia, radioterapia o los tratamientos quirúrgicos, tengan sobre el aparato reproductor de la mujer. Pueden ser agresiones o lesiones sobre el aparato reproductor tanto de tipo orgánico, como de tipo funcional. Pero, dependerá de los tratamientos empleados.

Quimioterapia y radioterapia son los tratamientos convencionales, ¿en qué periodos del embarazo son más peligrosos?

Siempre en las etapas iniciales del embarazo, que es donde está el periodo de la embriogénesis. Es el periodo más sensible y potencialmente este tipo de tratamientos son los más peligrosos. Pero igual que cualquier otro tipo de agente tóxico no relacionado con la oncología que pueda actuar en esta etapa del embarazo.

¿Tras la aplicación de la quimioterapia, la mujer puede volver a quedar embarazada?

Si la mujer queda libre de enfermedad tras la aplicación de los protocolos terapéuticos tras un seguimiento a corto, medio y largo plazo y conserva su potencial reproductivo normal, podría volver a quedar embarazada, siempre que el embarazo no esté contraindicado para la patología concreta que la mujer haya podido tener.

¿Qué protocolo médico se sigue si la mujer queda embarazada durante la quimioterapia o la radioterapia?

Es una situación poco probable, pero posible. La quimioterapia y la radioterapia afectan de alguna manera al potencial reproductivo del ovario y su capacidad para el desarrollo de ovocitos adecuado. No obstante, si se presentara esta situación, y en función del carácter tóxico de ambas terapias y su efecto en la embriogénesis, será adecuado proponer la interrupción terapéutica del embarazo en etapas tempranas, dado que está en curso un tratamiento. A pesar de que exista una alta probabilidad de aborto espontáneo en estas circunstancias.

¿Es posible la interrupción de los tratamientos de Tamoxifeno y Zoladex para quedar embarazada y después del parto continuarlos?

El tratamiento con estos fármacos o con cualquier otra terapia, si está instaurada, contraindica el embarazo en ese momento puntual. El hecho de que una paciente oncológica esté en tratamiento, contraindica el embarazo en ese momento concreto. Estos tratamientos permiten tener a la paciente controlada y libre de enfermedad. Por lo tanto, la parada de un protocolo terapéutico para un embarazo no es viable.

¿Tratar a la paciente con quimioterapia implica necesariamente una malformación en el feto?

No necesariamente. De hecho, se aplican protocolos terapéuticos, quimioterápicos, modificados para poder aplicarlos durante la gestación. Si bien, en el periodo de la embriogénesis, que es la etapa inicial donde el desarrollo orgánico es más sensible, suele ser más extendido ese concepto de propuesta de la interrupción del embarazo. Y si además hay que aplicar otras terapias a parte

su origen en células gliales o en células madre, como se pensaba. También puede surgir a partir de células neuronales completamente maduras que revierten a un estado indiferenciado y hacen proliferar el tumor dividi...

Una tecnología predice la metástasis en el cáncer de mama

Científicos españoles han participado en la creación de una herramienta de diagnóstico que identifica la capacidad metastásica de las células de cáncer de mama. Los resultados confirman que el contenido de lípidos de dichas células podría ser una medida útil para determinar diversas funciones aco...

Los peces placodermos tenían dientes

El grupo de los peces placodermos, los vertebrados mandibulados más antiguos conocidos hasta la fecha, desarrollaron una dentadura real. Un grupo internacional de investigadores ha publicado en Nature los resultados de su estudio, que muestra unos dientes formados por dentina y hueso, con cavidad...

Maratón en la Royal Society para escribir biografías de científicas en Wikipedia

La Royal Society ha convocado el viernes 19 una jornada maratoniana en Londres, con el objetivo de escribir biografías de científicas en Wikipedia. La prestigiosa institución británica dará acceso a los participantes en el evento a su amplísima biblioteca, que incluye trabajos de científicas, así...

de la quimioterapia, puede haber esa necesidad de interrumpir el embarazo con carácter terapéutico.

¿La metástasis puede darse en el feto?

En un sentido teórico, podría darse metástasis en el feto por una vía clásica de extensión del cáncer, que es la diseminación por vía hematógena. Pero la placenta es una barrera biológica, hematopoyética, que impediría esta diseminación. Sin embargo, en determinados tipos de cáncer, como los hematológicos, sí se ha detectado metástasis tanto en el feto como en la placenta, con un pronóstico muy negativo. Aunque no todo cáncer va a provocar metástasis en el feto ni en la placenta.

¿Qué cánceres pueden ser reportados al feto?

No existen estudios concluyentes y exhaustivos en este sentido. De hecho el binomio cáncer y embarazo no es un factor de repercusión directa en el feto en términos generales, en casos aislados, por motivos diversos, habrá algún tipo de consecuencia fetal.

¿Cómo se explica que las células cancerosas rompan la barrera inmunológica del feto y lleguen a sobrevivir y a desarrollarse?

Excepciones de la regla. Es un campo de absoluta actualidad y de interés científico que va a obligar a una investigación permanente. Habrá que hacer más estudios, habrá que profundizar en ello. En medicina todo se puede dar, pero no es el sentir general.

¿Se puede ver afectada la fertilidad de los niños por este tipo de tratamientos?

El impacto sobre la fertilidad va a depender del tipo de agente quimioterápico que se utilice, la dosis, la duración del tratamiento, etc. De tal manera, que el mantenimiento o pérdida del potencial espermatogénico dependerá sobre todo de las espermatogonias, concretamente de tipo A, que persisten en los túbulos seminíferos. Si se lesionan las células germinales que van a fabricar espermatozoides, habrá una afectación, pero si la afectación no llega a esas células podrá mantenerse la capacidad reproductiva, o bien total o parcialmente.

¿Qué opciones se plantean si el cáncer y el embarazo están ambos muy desarrollados?

Supone una situación de carácter extremo. Donde por un lado prevalecerán los criterios y el pronóstico tanto materno como fetal. Donde a veces habrá que decidir sobre el futuro de la madre o del hijo. Y donde siempre habrá que atender al criterio de autonomía de la madre, que es paciente, para la toma de decisiones adecuadas y consensuadas. Actuando con difícil equilibrio entre el bien de la madre y el bienestar fetal.

¿Son aconsejables los anticonceptivos durante los tratamientos oncológicos?

Son aconsejables para asegurar la no aparición de un embarazo en el transcurso de un tratamiento. Se pueden utilizar cuando no estén contraindicados por cualquier otro motivo. Los anticonceptivos son tratamientos que se utilizan en periodos libres de enfermedad.

¿Hasta qué punto es posible una recaída en mujeres que se han curado del cáncer y quedan embarazadas? ¿El cambio hormonal puede ser el detonante para impulsar de nuevo la enfermedad?

Una recaída es posible en cualquier momento, con o sin embarazo. Los cambios hormonales de la gestación y el estado de inmunodepresión fisiológica del embarazo pueden ser factores colaterales que impulsen la enfermedad oncológica, pero no tanto como un factor causal.

¿Es cierto que los cánceres en mujeres embarazadas son más agresivos?

La agresividad de un cáncer depende, en líneas generales, del tipo histológico del cáncer. Su localización, la afectación o no del estado de equilibrio entre huésped y paciente, y de otros múltiples factores entre ellos el estado inmunológico.

Cuando se trata del cáncer de mama, ¿qué cambios pueden hacer sospechar, puesto que los propios cambios generados por el embarazo pueden ocultar sus señales?

El diagnóstico de cáncer de mama en la gestación se asocia a estadíos avanzados porque suele haber un retraso en el diagnóstico. Lo que puede hacer sospechar son los signos estándares del cáncer de mama, como el aumento y la densidad del volumen mamario, la presencia de nódulos, signos inflamatorios, retracción del pezón…

En los casos de cáncer de mama, ¿qué tipo de tratamiento se aconseja llevar a cabo?

Como en todo cáncer, va a depender del estadío. En estadíos uno y dos del cáncer se puede actuar con la cirugía y la quimioterapia. En estadíos más avanzados como son el tres y el cuatro, y concretamente en cáncer de mama, la cirugía podría ser un tratamiento diferido, pero se puede utilizar la quimioterapia.

¿Es posible amamantar si se ha padecido este cáncer? ¿Cuándo se considera segura y limpia de drogas la leche materna?

En principio se desaconseja la lactancia materna. Tanto si ha habido como si hay un tratamiento quimioterápico en curso. Y sobre todo, si hay necesidad de llevar a cabo un tratamiento con radioterapia.

¿Cuánto tiempo es recomendable esperar a ser madre tras haber sufrido cáncer de mama?

En términos generales, el rango de espera oscila entre los dos y los cinco años. Dependiendo del diagnóstico y del tratamiento ejecutado, para minimizar de alguna manera el riesgo de la recaída.

En cuanto al cáncer de mama, ¿es más difícil la cura en mujeres embarazadas y de edad más avanzada?

El tratamiento es más complejo y distinto durante la gestación. Y el pronóstico del cáncer se vincula más a la agresividad del tumor que a la edad de la mujer. Si bien, en términos generales, y en concreto en el campo del cáncer de mama, a edades más jóvenes estos cánceres suelen ser más agresivos.

¿Hay mayor número de muertes por cáncer en mujeres embarazadas que en mujeres no embarazadas. En concreto mujeres con cáncer de mama?

Está comprobado que el embarazo no afecta a la supervivencia del paciente con cáncer de mama. Y el aborto terapéutico tampoco mejora el pronóstico.

¿Un embarazo a una edad avanzada puede ser por sí solo motivo para el desarrollo cáncer?

Por sí sólo un motivo de cáncer, rotundamente no. Puede ser un factor colaborador, nunca el embarazo es un factor inductor.

Cuando el cáncer afecta a una mujer embarazada, ¿se podría decir que ningún tratamiento resulta óptimo?

Durante el embarazo la radioterapia debería evitarse por riesgo de daño fetal y la quimioterapia tiene acción taratógena, sobre todo en el primer trimestre. Pero siempre habrá algún régimen terapéutico, al menos paliativo, que permita actuar y tomar decisiones.

¿Qué hace un médico cuando en este tipo de casos tan extremos una mujer le pide consejo?

Hay que hacer un manejo muy particular para cada caso. El juicio y la actuación clínica deben estar basados en la evidencia científica. Hay que hacer un manejo terapéutico adecuado. Y siempre el consejo médico estará basado en lo mejor para la paciente y su hijo. No hay un protocolo estándar de actuación. Cada caso es particular.

¿Cree que la forma en la que se presenta la información influye en la decisión final que adopte la paciente?

Lo fundamental es el manejo de la información. Ésta debe ser veraz, ajustada y adecuada para cada caso. Clara, sencilla y transparente.

¿Qué retos se plantea la medicina actual respecto al cáncer en periodos de gestación desde el punto de vista médico, ético y psicológico?

Desde el punto de vista médico están los avances en las nuevas terapias como la genómica, las terapias génicas. Se tiende también a una cirugía cada vez menos invasiva. Desde el punto de vista ético, recalco la necesidad de manejar los principios de beneficencia y no maleficencia, siempre perfectamente relacionados con el principio de autonomía del paciente para una toma de decisiones conjunta. Desde el punto de vista psicológico, un campo fundamental de apoyo para una mejor aceptación de la realidad.

Localización: Andalucía

Fuente: UNED

Comentar

QUEREMOS SABER TU OPINIÓN

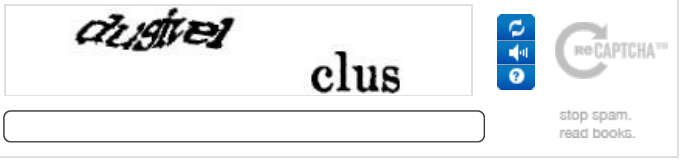
Nombre *

Email *

Comentario *

Acepto las normas de uso

Captcha *



ENVIAR

LHC
GRAN COLISIONADOR DE HADRONES

La ciencia es noticia
EXPO DE FOTOS

Enlaces de la Ciencia

EL RETO DE
LA ENERGÍA

MISIONES A MARTE

DISTINTIVO SEVERO OCHOA

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y COMPETITIVIDAD

FECYT
FUNDACIÓN ESPAÑOLA PARA LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA

AENOR

AlphaGalileo
EurekAlert!

Política Científica | Política científica

Entrevista con María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Sanidad de la Junta de Andalucía.

"La investigación biomédica es una pieza fundamental y prioritaria para el gobierno andaluz"

En Andalucía, el sector sanitario se beneficia de la mitad de la inversión en investigación. Una apuesta ambiciosa que también pretende incrementar el número de agentes dedicados a I+D en materia sanitaria y reforzar la formación en el ámbito científico, especialmente en el campo oncológico. María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Sanidad de la Junta de Andalucía, representa a una institución comprometida con la calidad y el desarrollo de las infraestructuras necesarias para la mejora de la sanidad, cuya dinámica refuerza la búsqueda de nuevas redes de colaboración nacionales y transnacionales en esta materia.

UNED // H. BAKKALI | Andalucia | 04.03.2010 18:03

¿Cómo valora la situación actual de la investigación médica en Andalucía? ¿Y en España?

En Andalucía, la mitad de la inversión en investigación corresponde al campo de la salud y al farmacéutico. Andalucía se centra en una investigación biosanitaria como área estratégica. De esta manera, estamos creando un tejido científico-tecnológico, un modelo de crecimiento económico sostenible, basado en el conocimiento y en la investigación. La apuesta de Andalucía por las infraestructuras al servicio de la investigación y el desarrollo es nítida. En esta línea, al Centro Andaluz de Biología Molecular (CABIMER), dirigido por el profesor Shomi Bhattacharya, cuya andadura se inicio en 2006, se unirá pronto, este mismo año, el Centro de Genómica e Investigación Oncológica (GENYO), que ya funciona, aunque de forma provisional, en instalaciones de la Universidad de Granada. Asimismo, en 2010 está previsto que inicie su actividad el Centro de Nanomedicina y Biotecnología de Andalucía (BIONAND). Igualmente, hemos impulsado de forma paralela la constitución de institutos de investigación sanitaria vinculados a los hospitales universitarios, como el Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS), que dirige el profesor José López Barneo; o el Instituto Maimónides, asociado al Hospital Reina Sofía de Córdoba, cuya construcción acaba de iniciarse. En esta misma línea, comenzarán su andadura también dos institutos más: en Málaga y en Granada. Junto con las infraestructuras, se han emprendido iniciativas para incrementar el número de personas dedicadas a la I+D en salud en Andalucía y también para que la investigación sea cada vez de mayor calidad. En este sentido, para potenciar la formación de nuevos científicos, se han formalizado acuerdos singulares con instituciones de prestigio como los institutos nacionales de salud de Estados Unidos, con los que existe un programa de formación y retorno, o el Laboratorio de Reprogramación Celular de la Universidad del Estado Michigan, que recibe anualmente a varios investigadores emergentes andaluces en este campo que continuarán en el futuro en los centros de investigación de Andalucía. También se han alcanzado acuerdos con varias universidades europeas y agencias de investigación para el perfeccionamiento de nuestros investigadores en nanomedicina, gracias a la firma de una veintena de convenios con los centros de destino, en países como Japón, Holanda, Alemania, Italia… Además, las incorporaciones recientes de científicos de prestigio procedentes de instituciones de excelencia, como Karolinska Institute, que han decidido venir a trabajar a Andalucía, ponen de manifiesto el atractivo que posee nuestra comunidad autónoma en este ámbito. Del mismo modo, Andalucía ha sido pionera en el desarrollo de herramientas para facilitar la investigación, como el Banco Andaluz de Células Madre, creado en 2003, o la Red de Bancos de Tumores de Andalucía, puesto en marcha en 2004. Y, por su puesto, una de las señas de identidad para nuestra región es haber sido la primera en crear un marco normativo para la investigación con células madre embrionarias, así como haber tomado la delantera en el Diagnóstico Genético Preimplantatorio, que permitió el nacimiento Javier, el primer bebé que vino al mundo en España, en el marco de un sistema sanitario público, para salvar a su hermano. Los logros y avances que estamos haciendo en materia de investigación en salud se traducen en el respaldo que el Gobierno central está dando a nuestros proyectos y programas de investigación. Por mencionar un ejemplo, hace unos meses el Ministerio de Ciencia e Innovación concedió financiación para el Proyecto Genoma Médico, un trabajo sin precedentes, y para el impulso de la investigación en terapias avanzadas. Y en este sentido no podemos olvidar el apoyo del sector privado a nuestras iniciativas, alianzas que favorecen el incremento de la producción científica y el desarrollo de una actividad investigadora de calidad y excelencia que redunde en beneficios para la ciudadanía.

¿Qué líneas de estudio en materia oncológica se están llevando a cabo actualmente en esta Comunidad?

Andalucía desarrolla en estos momentos su II Plan Integral de Oncología que, entre otras muchas medidas como la formación y la dotación de recursos tecnológicos, incluye la potenciación de la investigación. Hay que distinguir dos tipos de investigación, la investigación clínica y la investigación traslacional. Dentro del campo de la investigación clínica, el aspecto más relevante es la realización de ensayos clínicos. Andalucía participa en 135 de los 247 ensayos clínicos que están en curso en España. La realización de ensayos se concentra en 5 centros: El Hospital Virgen del Rocío, el Reina Sofía, el Complejo Hospitalario de Jaén, el Carlos Haya y el Clínico de Málaga, siendo la participación del resto de los centros significativamente menor. La investigación trasnacional, por su parte se concentra en tres centros: Virgen del Rocío, Reina Sofía y Clínico de Málaga. En el primero de estos centros hospitalarios se investiga fundamentalmente el cáncer de pulmón, mientras que en Córdoba se llevan a cabo estudios sobre las moléculas de adhesión. En el centro malagueño las investigaciones se centran en angiogénesis y subclasificación del cáncer de mama.

¿Existe suficiente cooperación nacional y transnacional en el campo de la investigación oncológica? ¿Qué hay que mejorar en este aspecto?

La colaboración internacional se concentra sólo en los ensayos clínicos internacionales, pero de forma aislada en cada centro. A nivel de investigación clínica si hay buena colaboración nacional especialmente a través de los grupos cooperativos, entre los que se encuentran:

- Grupo Español para el Tratamiento de Tumores Digestivos (TTD)
  Grupo Cooperativo de Investigación Oncológico (ONCOPAZ)
  Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GECP)
  Grupo Español de Estudio y Tratamiento de Intensificación y otras estrategias experimentales en Tumores Sólidos (SOLTI)
  Grupo Español de Investigación en Sarcomas (GEIS)
  Grupo Español de Tumores Germinales (GG)
  Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM)
  Grupo Español para el Estudio del Cáncer Urológico (SOGUG)

Grupo Español de Cáncer de Ovario (GEICO)
Grupo de Investigación en Cáncer de Mama y Ovario (PSAMOMA)
Grupo Español de Neuroncología Médica (GENOM)
Grupo Español para el Tratamiento de Tumores de Cabeza y Cuello (TTCC)
Grupo Oncológico para el Tratamiento y Estudio de los Linfomas (GOTEL)
Grupo para el Estudio de la Astenia (Grupo ASTHENOS)
Grupo Español de Tumores Neuroendocrinos (GETNE)
Grupo Cooperativo ONCOSUR
Grupo Español Multidisciplinar en Cáncer Digestivo (GEMCAD)
ACROSS [1]

A nivel autonómico, debemos potenciar la colaboración entre centros, tanto a nivel clínico como trasnacional, facilitando así la creación de plataformas mucho más competitivas en ambos tipos de investigación. En este sentido, desde el Plan Integral de Oncología de Andalucía (PIOA) se está diseñando una Comisión de Investigación en Cáncer con objetivos como: establecer las áreas prioritarias en investigación oncológica en nuestra comunidad autónoma, contribuir a crear una red de profesionales que investiguen el cáncer de forma cooperativa e interdisciplinaria y promover y coordinar estudios de investigación propios

¿Cuáles son los principales retos en materia de diagnóstico, prevención y tratamiento oncológico en esta Comunidad?

En cuanto a prevención, el mayor reto es acabar con la tendencia actual de nuestra población a perder los hábitos de vida saludable, especialmente referidos a una alimentación sana, realización de ejercicio y peso adecuado, los cuales tienen un importante impacto en la incidencia de cáncer. En cuanto al diagnóstico precoz, el mayor reto en la actualidad es el inicio del programa de diagnóstico precoz del cáncer colorectal, que tiene previsto su inicio en el primer trimestre de este año. Ya existen los programas de diagnóstico precoz de cáncer de mama y de cérvix. En cuanto al tratamiento oncológico quirúrgico, una de nuestras prioridades es la implementación de la biopsia selectiva del ganglio centinela y la variabilidad en la tasa de indicaciones, especialmente en los cánceres de próstata y pulmón. Respecto a la Oncología Médica, la variabilidad en el acceso a los nuevos fármacos que ha dado lugar a la creación de la Comisión de Armonización.

Desde el punto de vista facultativo, ¿cree que urge una mejor implementación de los comités multidisciplinares, con un único médico tutor que oriente al paciente y al familiar a lo largo del proceso de la enfermedad?

Desde el PIOA se ha propuesto la necesidad de que los comités de tumores evalúen todos y cada uno de los nuevos casos de cáncer, de forma interdisciplinaria, antes de iniciar ningún tratamiento. Para ello, en la Comisión Asistencial, compuesta por miembros de todas las Comisiones de Tumores de los hospitales que tienen atención oncológica, se han diseñado indicadores en este sentido. La necesidad del médico referente es, precisamente, uno de los compromisos del II PIOA, que abarca el periodo 2007-2012.

En materia de financiación, ¿cómo afecta la crisis a la investigación en Andalucía? ¿Cuáles son los propósitos de inversión a corto y medio plazo, concretamente en investigación y tratamiento oncológico?

La investigación biomédica es una firme apuesta de Andalucía como motor de desarrollo económico y social y como vía para hallar soluciones a enfermedades que aún no las tienen. Para el Gobierno andaluz la investigación biomédica es una pieza fundamental y prioritaria de sus políticas y por eso la coyuntura económica que existe en la actualidad no irá en detrimento de esta línea de trabajo. De hecho, los Presupuestos de la comunidad autónoma para este año contemplan un crecimiento del 7% para investigación biomédica. Uno de los máximos exponentes de esta apuesta es el Proyecto Genoma Médico, que arranca este año en nuestra comunidad y cuyo objetivo es construir el patrón común para todo el genoma humano, es decir, el mapa estándar de las variaciones de los genes con el que podrán conocerse aquéllos que son los causantes de las enfermedades raras. Esta iniciativa cuenta con una inversión de 27 millones de euros por parte de la Administración autonómica. Este proyecto cuenta, además, con el apoyo del Ministerio de Ciencia e Innovación, a través de una subvención de 6 millones de euros. En cuanto a investigación oncológica, el Centro de Genómica e Investigación Oncológica (GENYO), en el que participan la compañía Pfizer y la Universidad de Granada, abrirá sus puertas este mismo año y supondrá una inversión cercana a los 16 millones de euros. GENYO constituye el primer centro de ámbito nacional dedicado a la genómica que integra a la Administración pública, la Universidad y el sector empresarial biotecnológico y farmacéutico, lo que permitirá la integración de la investigación básica y aplicada y el desarrollo de nuevos proyectos y servicios para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades asociadas a la variabilidad genética humana, como el cáncer.

¿Ante qué dificultades cree que se encuentra hoy en día la divulgación médica?

Sin duda, están en auge los contenidos médicos y científicos en los medios de comunicación y cada vez es mayor el espacio que este tipo de información acapara. No obstante, hay que distinguir entre publicaciones especializadas y las que no lo son. La divulgación científica a través de revistas especializadas cuenta con numerosos exponentes de sobra reconocidos por su rigor y contribución a difundir el conocimiento y los avances que se producen en materia biomédica en el mundo. Estas publicaciones se dirigen a un público minoritario y muy específico, como son los propios investigadores y los profesionales de la información muy especializados. Las dificultades no se dan en este ámbito, sino en la comunicación de contenidos sanitarios al “gran público”, si me permite que lo llamemos así, ya que es en este contexto en el que pueden producirse distorsiones. Hoy en día, el creciente interés de la población por los asuntos relacionados con la salud, la demanda de información por parte de la ciudadanía sobre estos temas y la velocidad a la que funciona Internet, y también el resto de medios de comunicación, hace que en algunos casos, por falta de contextualización o de rigor, puedan trasladarse a la ciudadanía mensajes confusos que no contribuyan a la promoción de la salud o a afrontar un determinado problema de la mejor manera posible, sino todo lo contrario. Este rigor en el tratamiento de estos asuntos es clave y no siempre se consigue, sobre todo si tenemos en cuenta que en muchas ocasiones son periodistas sin especialización alguna los que trasladan la información sanitaria.

¿Cómo valora la labor de los medios de comunicación como divulgadores del saber médico?

Los medios de comunicación juegan un papel esencial en la difusión de contenidos científicos y sanitarios, cada vez más demandados por la ciudadanía, más ávida que nunca de este tipo de datos, porque se refieren al bien más preciado en la sociedad actual: su salud y la de los suyos y los avances en investigación que podrán lograr la mejora de la calidad de vida de muchos pacientes y la cura de enfermedades que hoy por hoy no la tienen. Promover la salud y hábitos de vida saludables es una responsabilidad que tiene el conjunto de la sociedad y, como no, los medios de comunicación no son ajenos a este deber. La colaboración entre los medios informativos y el mundo sanitario, con sus responsables a la cabeza, debe ser estrecha y fluida, ya que de la relación de ese binomio dependerá el bienestar y la calidad de vida de las personas. Por eso creo que en el sanitario, más que en ningún otro sector, debe existir una información correcta y rigurosa a través de la que la población adquiera hábitos de vida saludables y esté informada del alcance real de los problemas de salud pública que se puedan dar en cada momento. La Junta de Andalucía así lo cree y trabaja a favor de que esa cooperación entre las autoridades sanitarias y los medios informativos se traduzca en un beneficio para los ciudadanos.

¿Cree que es correlativa la importancia del saber médico al conocimiento que tenemos de él?

La salud constituye en nuestro país y en general en nuestra sociedad actual uno de los temas de mayor interés para la población. La importancia de los temas sanitarios y la conciencia social que hay sobre esta importancia hacen que cada vez el ciudadano quiera estar más y mejor informado sobre estos asuntos. Internet es el medio global más cercano y rápido para acceder a este tipo de informaciones, si bien hay que tomar sus contenidos con ciertas reservas y seleccionar bien dónde acudimos para documentarnos como ciudadanos. El riesgo de utilizar un portal médico de dudoso rigor para informarse está ahí, si bien creo que la ciudadanía cada vez da menos cosas por sentado y cada vez es más exigente con la calidad de la información que recibe. A la hora de abordar los temas sanitarios es importante no caer en la banalización, ya que se trata de unos contenidos cuya divulgación requiere de una cierta especialización y de la correspondiente formación.

¿Cree que hoy en día el ciudadano está lo suficientemente bien informado acerca de los avances e investigaciones médicas por parte de la instituciones y organismos públicos? ¿Qué estrategias de formación e información se llevan a cabo desde la Consejería?

Es indudable que ha habido un desarrollo importante de la comunicación en salud y, cada vez más, las instituciones vuelcan sus esfuerzos en hacer llegar a la ciudadanía las novedades y avances. Pero no siempre se consigue o no siempre se logra al nivel que queremos.

Además, en este sentido es muy importante no despertar expectativas en los ciudadanos sobre los progresos científicos que no se puedan cumplir. En esta línea trabajamos desde Andalucía, donde las personas constituyen el centro del sistema sanitario público. Son las auténticas protagonistas de nuestras políticas y desde la Junta de Andalucía centramos gran parte de nuestros esfuerzos en la comunicación con los ciudadanos, tanto en el ámbito de la prestación de los servicios, como en relación con los avances en la investigación biomédica en nuestra comunidad autónoma, entre otras cosas, porque esos avances, a la postre, van a tener una repercusión directa para las personas y para su calidad de vida. En el ámbito periodístico, y dentro de esta línea de trabajo para posibilitar un mayor rigor en las informaciones que llegan a la ciudadanía, la Consejería de Salud convoca cada año el Premio Periodismo y Salud, del que se falló el pasado mes de octubre su IV edición y con el que se reconoce y promueve el tratamiento riguroso de los temas relacionados con la salud en los medios de comunicación. Este premio se enmarca en el III Plan Andaluz de Salud para impulsar todas aquellas acciones que permitan incrementar la información y formación de la población en esta materia. Se trata de una estrategia prioritaria para nosotros.

Creative Commons

Comentarios

Conectar o crear una cuenta de usuario para comentar.

Áreas de conocimiento

- Ciencias Naturales
- Tecnología
- Biomedicina y salud
- Matemáticas, Física y Química
- Humanidades y arte
- Ciencias sociales y jurídicas
- Política científica

Información por territorios

- Andalucía
- Aragón
- Asturias
- Baleares
- Canarias
- Cantabria
- Castilla La Mancha
- Castilla y León
- Cataluña
- Comunidad Valenciana
- Extremadura
- Galicia
- La Rioja
- Madrid
- Murcia
- Navarra
- País Vasco

Aviso legal. **Política de privacidad**. . **Contacto**.
Desarrollado con **eZ Publish™**

DR. SERGIO LUNA ORDÓÑEZ

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL CARLOS HAYA DE MÁLAGA

"La utilización de la vacuna del VPH tiene un lugar incuestionable en mujeres adultas y sexualmente activas"

Entrevista realizada por HBakkali

Diversos estudios avalan la alta eficacia, seguridad y eficiencia de la vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH). Según los expertos, su uso contribuye a una prevención del cáncer de cérvix estimada en un 80-90%, así como a la reducción en alto grado la incidencia de otros tumores como el de ano, vulva, orofaringe o vagina. No obstante, su empleo en mujeres fuera de los programas de vacunación sistemática sigue planetando dudas, no sólo entre las pacientes, si no también entre los propios facultativos. El Dr. Sergio Luna Ordóñez, especialista en ginecología oncológica del Hospital Carlos Haya de Málaga responde a algunas de las cuestiones más frecuentes sobre este tema.

¿Cuáles son las dudas más frecuentes entre los ginecólogos a la hora de prescribir esta vacuna a mujeres que ya han estado expuestas al Virus del Papiloma Humano (VPH)? ¿Y en mujeres con infección o lesión cervical?

Las dudas respecto a la vacuna del VPH en mujeres con exposición previa al virus deberían suponer hoy en día una mínima preocupación en nuestro entorno profesional.

La utilidad de la vacuna en paciente con lesión previa sigue siendo controvertida, aunque cada vez hay más investigaciones que sustentan su no contraindicación e incluso su efecto beneficioso en la evolución de dichas lesiones.

¿En qué medida se siguen los protocolos de vacunación establecidos en mujeres adultas?

La prescripción de la vacuna a mujeres adultas no está sujeto a protocolos vinculados a la sanidad pública, por lo que su empleo sigue estando vinculado a la labor del ginecólogo y su capacidad para transmitir a las pacientes la idoneidad de la misma.

¿Por qué es recomendable la vacuna del VPH en mujeres adultas y sexualmente activas?

La utilización de la vacuna del VPH tiene un lugar incuestionable en mujeres adultas y sexualmente activas, ya que se se considera que siempre se beneficiarán de dicha protección en mayor o menor grado. No se considera necesario la constatación previa de la infección VPH ni su presencia se entendería factor de exclusión.

¿Qué estrategias de cribado son las más beneficiosas?

Los planes de cribado son diversos y han sido objeto en el pasado de numerosas revisiones. En pacientes no vacunadas se recomienda una citología a los 3 años del inicio de relaciones, repitiéndose anualmente durante los dos primeros años y espaciándose cuando se obtienen repetidos resultados negativos. A partir de 30 años se incorporaría la detección de VPH. En pacientes vacunadas se indicaría inicialmente detección de VPH y citología en caso de resultado positivo.

¿Qué papel deben jugar los centros de atención primaria en el control de las lesiones por VPH?

El papel de los centros de atención primaria es fundamental ya que son actualmente los encargados de llevar a cabo los planes de cribado. Sin embargo, la colaboración con el ginecólogo es imprescindible a fin de manejar adecuadamente las variables en dichos resultados que pudieran surgir.

¿Qué problemas presenta la cobertura vacunal del VPH en España?

La cobertura vacunal frente a VPH es compleja ya que ha quedado a criterio de los planes de vacunación de las diferentes comunidades, lo que conlleva algunos desajustes. Los porcentajes de cumplimiento de vacunación en niñas son variables y mejorables en casos como Andalucía. En general, con datos de 2010, cuesta alcanzar porcentajes que se acerquen al 80%.

¿Cree que existe un abordaje multidisciplinar adecuado en el manejo de la prevención del cáncer de cérvix?

La cobertura multidisciplinar en la prevención y el manejo del cáncer de cérvix ha mejorado mucho respecto a años pasados. La profundización en el conocimiento de los mecanismos de actuación viral, los datos de los numerosos estudios llevados a cabo desde la implantación de la vacuna y la elaboración de manuales y documentos de consenso por parte de las sociedades científicas van allanado el camino.

DR. AURELI TORNÉ BLADÉ

PRESIDENTE ELECTO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPIA

"La mayoría de mujeres con cáncer de vulva son postmenopáusicas y mayores de 60 años"

"El cáncer de vulva, a pesar de afectar el área genital más accesible, es uno de los tumores ginecológicos que presenta mayor demora entre la aparición de los síntomas y la confirmación del diagnóstico"

HOUDA BAKKALI

¿Cuál es la asociación de este tumor con enfermedades de transmisión sexual como el Virus del Papiloma Humano? ¿Cuál es su incidencia en mujeres jóvenes?

El cáncer de vulva es uno de los tumores ginecológicos menos frecuentes, no obstante, la mutilación provocada por cirugías agresivas, como la vulvectomía, pueden comportar importantes secuelas físicas, psíquicas y sexuales en la mujer. El Dr. Aureli Torné Bladé, uno de los máximos referentes en el terreno de la oncología ginecológica del panorama nacional, consultor de Ginecología Oncológica del Hospital Clinic de Barcelona, y profesor asociado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Barcelona, explica cuál es la asociación de este tumor con enfermedades de transmisión sexual (ETS) como el Virus del Papiloma Humano, cuál es su incidencia en mujeres jóvenes o cuáles son los principales inconvenientes que plantea su abordaje quirúrgico.

¿Cuáles son las manifestaciones más comunes del cáncer de vulva?

El síntoma más constante del cáncer de vulva es el picor o prurito presente en cerca del 80% de los casos. La existencia de una lesión abultada o tumor la describen entre 45-75% de las mujeres y de una úlcera más o menos indolora que no termina de cicatrizar entre un 15-30%. El dolor vulvar es poco frecuente y sólo lo explican una cuarta parte de las mujeres. Más ocasionalmente la paciente consulta por molestias o micción dolorosa (disuria) o la presencia de una masa en las ingles debida a la afectación de los ganglios linfáticos.

El cáncer de vulva, con frecuencia, esta precedido por lesiones precursoras que se denominan "neoplasia vulvar intraepitelial" (VIN). Menos del 50% de las mujeres afectas de VIN presentan sintomatología. Los síntomas más frecuentemente asociados a las lesiones de VIN también son picor o prurito, ardor, irritación, dolor o sensación de masa. En muchos casos la paciente explica molestias mínimas durante largos periodos de tiempo sin que ello sea motivo de una consulta.

En definitiva, el cáncer de vulva, a pesar de afectar el área genital más accesible, es uno de los tumores ginecológicos que presenta mayor demora entre la aparición de los síntomas y la confirmación del diagnóstico (se estima que en más del 80% de los casos la paciente tenía molestias entre 6 meses y un año antes) . Por una parte, la poca alarma que suscitan los síntomas asociados a esta enfermedad, motivan un retraso en la consulta por parte de la paciente. Por otra, el médico en ocasiones infravalora estos síntomas iniciales (prurito, escozor y ardor...) y trata a la paciente con cremas o tratamientos tópicos sin explorarla.

¿Cuál es su incidencia en España? ¿Y a nivel transnacional?

El cáncer de vulva es una enfermedad poco frecuente tanto en España como en el resto del mundo. Su incidencia oscila entre 0,5 y 3 casos por 100.000 mujeres/año. Datos sobre 12 registros poblacionales españoles hallan una tasa ajustada que oscila entre 0,7 y 1,7 casos por 100.000 mujeres año, en Albacete y Navarra respectivamente. La mayoría de países occidentales tienen una incidencia inferior a 2 casos por 100.000 mujeres año. Se estima que en todo el mundo en el año 2002 se diagnosticaron 28.600 nuevos casos lo que representa una incidencia de 1.5 casos por 100.000 mujeres año.

Bajo la denominación "cáncer de vulva" se incluyen diferentes tumores según el tejido en el que se originan. El cáncer escamoso o epidermoide, que se origina en la piel que recubre dicho órgano, es el más frecuente y representa aproximadamente el 85% de todas las neoplasias vulvares. El resto, por orden de frecuencia son: melanoma, sarcoma, adenocarcinoma y otros tipos más infrecuentes.

¿Qué lugar ocupa dentro de los tumores malignos ginecológicos?

Los tumores malignos de la vulva representan el 4-5% de todos los cánceres ginecológicos. Sólo el cáncer de vagina es todavía menos frecuente entre los cánceres ginecológicos. En los últimos años la mayoría de registros de tumores describen un aumento de la incidencia de cáncer de vulva y especialmente de las lesiones precancerosas, tanto en mujeres jóvenes (en relación con la mayor prevalencia de infección por el virus del papiloma humano) como de mayor edad.

¿A qué edad es más común su manifestación?

La mayoría de mujeres con cáncer de vulva son postmenopáusicas y mayores de 60 años, aunque cada vez se dan más casos en mujeres jóvenes. La curva de distribución según la edad es bimodal con dos picos de mayor incidencia: mujeres jóvenes (edad media 40 años) y mujeres de edad avanzada (edad media 60-70 años). Este hecho se explica por que el cáncer escamoso de vulva, que representa el 90% de dichas neoplasias, incluye dos tipos distintos de enfermedad tanto desde el punto de vista clínico-epidemiológico como etiológico.

1) El cáncer de tipo vírico causado por tipos oncogénicos del virus del papiloma humano (VPH), que se diagnostica en mujeres jóvenes con factores de riesgo sexual y hábito tabáquico y suele estar pre-

"Sólo se divulga cuando se consigue hacer entender y hacer participar"

Lun, 17 ene 2011 | Published in Colaboradores, Entrevistas

Like 0

Entrevista a Javier Fernández del Moral

El Catedrático de Periodismo Especializado de la Universidad Complutense de Madrid habla sobre la situación actual de la divulgación científica y la comunicación de la ciencia.

El concepto de divulgación científica y las diferencias existentes entre ésta y el periodismo científico han sido y siguen siendo objeto de debate. También lo son las características que deben definir a la comunicación especializada en el campo científico y tecnológico o la relación entre sociedad y ciencia. Javier Fernández del Moral, catedrático de Periodismo Especializado de la Universidad Complutense de Madrid y uno de los mayores referentes nacionales del periodismo científico, da en esta entrevista su visión sobre estas cuestiones.

Javier Fernández del Moral

¿Qué diferencia la divulgación científica del periodismo científico?

Ambos conceptos se refieren a la comunicación de la ciencia, pero no se pueden confundir. Divulgar no es un mecanismo sencillo y uno de los instrumentos más eficaces para hacerlo es precisamente el periodismo, pero divulgar es contextualizar, es apelar, es interesar; no se divulga por el hecho de pretender hacerlo, sólo se divulga cuando se consigue hacer entender y hacer participar. Divulgar, por otra parte, no es vulgarizar, no se trata de ser superficiales, ni frívolos, ni previsibles ni triviales. Divulgar la ciencia es uno de los compromisos más serios y más urgentes que tienen hoy las sociedades avanzadas, y hay que decir con tristeza que cada vez se están logrando peores resultados.

Uno de los instrumentos más eficaces con el que debemos lograr esa divulgación es precisamente el periodismo. El mal llamado "periodismo científico", es en realidad un tipo de periodismo nuevo llamado periodismo especializado, que no se debe confundir con el carácter científico genérico que tiene ya el periodismo como ciencia social experimental. Tenemos que hablar de *Periodismo Especializado en Ciencia y Tecnología*, con el que hemos de conseguir llevar a los contenidos de los medios de comunicación, a todos, la información científica pertinente de interés social que, por otra parte, es -o debe ser- toda.

¿Qué ventajas plantea la divulgación hecha por expertos frente a la hecha por periodistas?

Hemos dicho antes que la divulgación no es sencilla y por tanto se exige cada vez más la presencia y la operatividad de expertos en divulgación. Hoy ya no se puede ser experto en una disciplina, y menos científica, y ser divulgador al mismo tiempo. Otra cosa bien diferente es que todo experto científico tenga la inquietud de su propia responsabilidad con la sociedad, y participe y colabore en el proceso divulgativo, en el que, como hemos dicho, el periodismo es pieza fundamental. De este modo, el experto debe constituirse en fuente informativa y profesionalizar esa función contratando profesionales de la comunicación, pero en ningún caso pueden sustituir esa función, entre otras cosas porque su mensaje carecería de toda credibilidad frente a las audiencias periodísticas.

La divulgación debe profesionalizarse al máximo en todo el proceso divulgativo y el periodismo sólo lo deben hacer periodistas. El periodismo especializado por periodistas especializados, pero cada vez resulta más anacrónico confundir el periodismo con otras cosas o intentar evitarlo; resulta tan anacrónico como en economía intentar volver a la sociedad del trueque evitando intermediarios y eliminando el dinero como instrumento en la sociedad actual.

¿Qué características deben definir al periodista científico?

Las mismas que a cualquier otro periodista. Independencia, tesón, insobornabilidad, responsabilidad, liderazgo…, y preparación, mucha preparación, que en el caso de un periodismo científico debería pasar por postgrados adecuados, no por la formación de cualquier especialidad en ciencia, sino por cursos especializados master, que se añadan a una sólida formación en periodismo, en grados o licenciaturas

Search this website...

ENTRADAS RECIENTES

La nueva hoja de ruta de la I+D+i española

Llega la semana con sabor a ciencia

Aprovechando la energía del Sol

El análisis mineral de la miel de Granada avala su autenticidad

Las últimas voluntades, por escrito

¡SÍGUENOS!

EN 140 CARACTERES

ETIQUETAS

11M 40 aniversario agricultura Alzheimer arqueología Astronomía Atapuerca bosón contaminación crisis cáncer discapacitados ecología educación Emprendedores energía estudiante exposición fibromialgia filología filosofía GAIA Internet investigación Marte matemáticas medios mujer métodos Nanotecnología partículas patente presentación psicología química submarino Tecnologías tesis Testamento trabajadores UCC+i UNED UNI-CIENCIA Venus virtual

específicas. Al periodista científico se le pide sobre todo que sepa seleccionar los contenidos. Elegir el "qué" de la información. Por supuesto, una vez elegido el "qué", saber como editarlo, el "cómo" periodístico, pero la primera característica estriba en saber dónde está el interés y ofrecerlo a sus destinatarios.

En los Estrados Unidos había censados en los años cuarenta más de un centenar de periodistas que se llamaban científicos, "escritores de ciencia", que divertían a los norteamericanos con historias de habitantes de otros planetas, con instrumentos de la super-cocina robotizada, con poderes de la mente en civilizaciones futuras, y mientras eso ocurría, se estaba construyendo la bomba atómica en "Álamo Gordo", y la humanidad supo de su existencia con la explosión. El debate fue posterior: un periodista científico tenía que haber provocado que el debate surgiese previamente.

¿Qué papel cree que juega hoy en día el periodismo científico en nuestros medios de comunicación?

En estos momentos no pasa de ser un contenido- relleno, algo que se ofrece a los destinatarios pensando sobre todo en la función entretenimiento o incluso en la función refuerzo, sobre todo en determinados contenidos politizados como el cambio climático o las células madre, pero todavía siguen quedando muy lejos las dos funciones primordiales, la informativa y la pedagógica. En ese sentido seguimos casi en idéntica situación que en los años cuarenta, lo que hay que preguntarse ahora es qué nos están preparando los científicos sin que la sociedad participe, y qué consecuencias puede tener eso en el futuro.

Seguimos dando más espacio y más tiempo a las pseudociencias que a las ciencias experimentales reales, aunque estas últimas sean precisamente las que nos pueden hacer cambiar nuevamente de era, o llevar al hombre al desastre final.

¿Cuáles cree que son las principales deficiencias del periodismo científico en España?

Casi las mismas que las de los demás países de nuestro entorno o de nuestro nivel. Poca atención de los medios, poca formación de los periodistas especializados, poca y mala ubicación de los contenidos sobre ese tema en los medios convencionales y en los nuevos medios. Además de eso, todo el sistema está mal diseñado, mal estructurado. Los ámbitos científicos no tienen demasiada sensibilidad social, ni les preocupa mucho la actividad comunicativa, aunque eso sí, se encuentran cada vez más preocupados por la percepción social de la ciencia. Eso sin embargo no se traduce en la presencia de estrategias ni en planificación alguna que tenga que ver con la profesionalización de los aspectos comunicativos, tanto en las fuentes como en los medios.

¿Cuáles cree que son las principales ventajas e inconvenientes de la comunicación científica en Internet?

En realidad como casi siempre, las ventajas se convierten en posibles inconvenientes. La mayor accesibilidad, la universalización de los mensajes y en general de toda la información científica, se pueden convertir en una amenaza cuando no se siguen cauces de responsabilidad y profesionalidad. Por mucha información que haya disponible, no hay divulgación ni periodismo científico, con el grave inconveniente de que la información sobre estos temas puede resultar de alta sensibilidad, y una mala descodificación de la misma puede ser muy contraproducente.

¿Cuál es la verdadera relación entre ciencia y sociedad?

Tendríamos que distinguir entre el ser y el deber ser. La relación debe ser absoluta, no se puede concebir una ciencia alejada, segregada de la sociedad en la que exista. Resulta grotesca en ese sentido la actitud de algunos ámbitos científicos tratando de justificarse como hecho social, todavía recuerdo una de las frases con la que se quería presentar una celebración científica: "Una ciencia para la sociedad". Y si no es para la sociedad, ¿Para quién es?. La realidad actual es lamentable, el alejamiento es abismal, pero lo más grave es que lejos de disminuir, sigue en aumento.

El desconocimiento de realidades científicas elementales es descomunal, las vocaciones científicas disminuyen, el sentimiento de responsabilidad social en la ciencia no da síntomas de vida. Y todo esto perjudica gravemente al mismo tiempo a la sociedad y a la ciencia. Para Popper, la objetividad de la Ciencia radicaba precisamente en su carácter social. Sin integración social el mismo hecho científico se resiente.

¿Qué se entiende por "ciudadanía científica"?

No lo sé, la verdad, pero si va en la misma dirección que la expresión "periodismo ciudadano", me parece patético. La integración social, la participación social, no se consigue a base de rótulos más o menos ingeniosos, o de voluntarismos paupérrimos o infantiles. La participación de todos en el hecho científico exige una estrategia de gran complejidad, y la participación en el proceso de una nueva ciencia, la de la comunicación. Precisamente por esa falta de integración creciente, la ciencia se encuentra cada vez más alejada de la sociedad, a pesar de Internet, y a pesar de una presencia creciente de la tecnología en nuestras vidas.

¿Cree que el periodismo científico es suficientemente sólido en España?

No, no solamente no es suficientemente sólido, sino que al avanzar de forma vertiginosa la ciencia y sus

aplicaciones tecnológicas, y mantener tímidamente un respuesta mediática confusa y pobre, el instrumento se va poniendo cada vez más en evidencia. Y en ese problema como hemos visto intervienen los medios, los periodistas, y sobre todo, las fuentes informativas, la ciencia en sus manifestaciones más diversas, que sigue creciendo al margen de su cultivo, olvidándose de la sociedad que le debe dar su propia razón de ser.

¿Qué papel cree que debe tener la prensa diaria en el tratamiento de temas relativos a la salud?

En primer lugar, creo que la salud debe tener su propio tratamiento informativo, separado de la ciencia y la tecnología. Todo es ciencia, de acuerdo, pero el tratamiento temático de los medios debe empezar a separar las informaciones de salud y medio ambiente de las de ciencia y tecnología. De hecho, en España hace tiempo ya que existen dos asociaciones de periodistas especializados, distintas y diferenciadas. Partiendo de ahí, la prensa diaria debe jugar un papel fundamental en el engranaje del sistema divulgativo general, desarrollando un periodismo alternativo, con una apuesta clara por nuevos contenidos, considerando a la actualidad informativa de un modo innovador, siguiendo teorías y autores que nos permitan abrir nuevos cauces en el periodismo tradicional. Respecto a los temas relacionados con la salud, precisamente por su interés social y sus repercusiones, deben aplicarse de un modo muy profesional y riguroso, evitando siempre sus posibles riesgos de sensacionalismo, alarmismo o trivialización.

Por H. Bakkali

LEAVE A COMMENT

Add your comment below, or trackback from your own site. You can also subscribe to these comments via RSS.

*Your email is never shared. Required fields are marked **

Name*

Email*

Website

Comment

Copyright © 2012 divulgauned | Powered by WordPress and A Premium WordPress Theme

No es una larga y penosa enfermedad: es cáncer

Mie, 21 dic 2011 | Publicado enBiomedicina y Salud, Ciencias Sociales, Colaboradores, Reportajes

Like 2

La elevada incidencia y repercusión social del cáncer plantean la necesidad de una mayor y mejor divulgación, rompiendo con eufemismos y estigmas que hieran la sensibilidad de pacientes y familiares.

El término cáncer se usa frecuentemente con connotaciones negativas, asociándose a destrucción, putrefacción, mal o daño. Incluso la Real Academia Española (RAE), en la cuarta acepción del vocablo lo sigue definiendo como *la proliferación en el seno de un grupo social de situaciones o hechos destructivos. 'La droga es el cáncer de nuestra sociedad'.*

Pese al llamamiento de oncólogos, medios de comunicación y asociaciones de pacientes que han manifestado la necesidad de acabar con este tipo de usos, el término cáncer sigue empleándose de manera poco responsable, interfiriendo en la normalización de la enfermedad. Así, hoy en día, se siguen utilizando expresiones como "el temible mal" o "la cruel dolencia".

La lucha contra esta patología no conlleva únicamente avances en la investigación, una mejora en los tratamientos o garantizar a los pacientes la calidad de vida deseada. La batalla también implica acabar con los estigmas. Con este fin, y coincidiendo con el Día Mundial del Cáncer, la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), la Asociación Nacional de Informadores de Salud (ANIS), la Federación de Asociación de Periodistas de España (FAPE), así como diversas asociaciones de pacientes apelaron a la necesidad de

TE RECOMENDAMOS

Buscar en esta página... Buscar

¡SÍGUENOS!

desmitificar la enfermedad bajo el lema: 'Llamemos a las cosas por su nombre. No es una larga y penosa enfermedad. Es cáncer'.

Información, prevención y sensibilización

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo, dejando un balance de 7,6 millones de fallecidos en 2008 y estimándose en más 11 millones la cifra para 2030, datos que se justifican por el envejecimiento de la población y por el mayor crecimiento demográfico. Asimismo, este organismo señala la necesidad de "generar y divulgar conocimientos para facilitar la elaboración de métodos de control del cáncer basados en datos científicos", e insiste en la importancia de la prevención.

El consumo de tabaco, la obesidad, las dietas poco saludables, la inactividad física, el consumo de alcohol, la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH), o la contaminación medioambiental son algunos de los factores que la OMS señala como de riesgo.

¿Una enfermedad crónica?

El cáncer se manifiesta de manera distinta en cada persona y, por lo tanto, su pronóstico es diferente. Los especialistas señalan que los avances en el tratamiento le procuran al paciente una mejor calidad de vida, pudiendo llegar a convertirse en una enfermedad crónica.

Además, hoy se sabe que algunos tumores se pueden prevenir con hábitos más apropiados. Según la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) "alrededor del 75-80% de los cánceres pueden atribuirse a factores externos". La AECC señala que "se consigue una disminución de la mortalidad si se detecta en sus etapas más tempranas y se aplican tratamientos específicos más sencillos y eficaces". Por ello, resulta de enorme valor una mayor educación en materia oncológica, que mejore el conocimiento sobre el cáncer, sobre cómo prevenirlo y sobre los métodos de detección precoz.

De este modo, la elevada incidencia de la enfermedad y su repercusión social, plantean la necesidad de una mayor y mejor divulgación, más responsable y acertada. Llamar al cáncer por su nombre y romper con eufemismos y estigmas que hieran la sensibilidad de pacientes y familiares parece ser todavía una asignatura pendiente.

H. Bakkali

Enlaces de interés

Centro Internacional de Investigaciones Sobre el Cáncer

Código Europeo Contra el Cáncer

Declaración Mundial de Cáncer

LO ÚLTIMO

Un nuevo modelo teórico arroja luz a las conductas obsesivas

Protección frente al consumo de drogas

Diseñan la primera herramienta para medir qué influye en el bienestar de las personas con VIH

Cartografías de Posidonia 'low cost' con un sónar de barrido vertical

Encontrar trabajo, la primera motivación de los reclusos que estudian en prisión

HABLAMOS DE

11M 40 aniversario Alzheimer arqueología Astronomía contaminación crisis cáncer educación Emprendedores energía estudiante exoplanetas exposición fibromialgia filosofía GAIA innovación Internet investigación La noche de los investigadores Marte matemáticas memoria mujer métodos Nanotecnología neurociencia patente patentes prehistoria presentación psicología química semana de la ciencia submarino Tecnologías tesis Testamento trabajadores UCC+i UNED UNI-CIENCIA Venus VIH

"La metástasis es la causa del 90 por ciento de las muertes en pacientes con cáncer "

Entrevista con el Dr. Emilio Alba, presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica

"El tiempo que pasa desde que aparece la primera célula madre hasta el tumor clínico es de años [...] Existe una vinculación muy directa entre los factores medioambientales y el cáncer en general."

12 de enero de 2010

Emilio Alba, nuevo presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), es uno de los referentes de mayor peso y prestigio dentro del panorama facultativo actual. Con una carrera brillante a sus espaldas, Alba compagina su labor como jefe del servicio de oncología médica del Hospital Clínico Universitario de Málaga y su responsabilidad al frente del área de oncológica del Hospital Internacional Xanit de Benalmádena, con su tarea como agente activo en la labor de educación, investigación y comunicación sobre cáncer. Autor de numerosos estudios oncológicos, tanto en prensa nacional como en publicaciones internacionales, Emilio Alba muestra durante la entrevista un especial interés por la labor de los medios como divulgadores de la ciencia.

¿Qué es el cáncer?

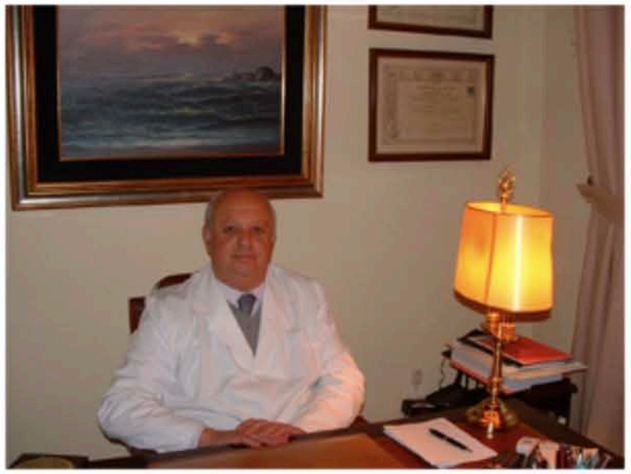
El cáncer es una enfermedad de las células y de los tejidos. Consiste en la alteración genética de determinada célula que hace que crezca y prolifere de

Biomedicina y Salud

"En la perimenopausia, una llegada masiva de estrógenos provocada por el embarazo, incrementa el riesgo de cáncer de mama"

Dr. Mair Abehsera Bensabat, ex Presidente de la Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia

16 de marzo de 2010



Durante los periodos de la perimenopausia y menopausia, los cambios psicofisológicos que puede experimentar la mujer, hacen necesaria una revisión especializada que contribuya no sólo a una mejora en la calidad de vida, sino que ayude a la prevención y detección precoz de los cánceres ginecológicos más frecuentes en estas etapas. El Dr. Mair Abehsera Bensabat, durante años Presidente de la Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia, ex jefe de la Unidad de Ginecología del

La UNED Investiga

CienciAfición

Agenda

Madrid (UAM - UNED), 17 al 21 de Marzo
Congreso Internacional de Hermenéutica Filosófica: "Razón de Intepretrar"

sinc
Servicio de Información y Noticias Científicas

UNED

divulga UNED

El pronóstico del cáncer de mama en el hombre empeora por la falta de concienciación.

Entrevista con el Dr. Luis Anselmo Martínez Meseguer, jefe de la Unidad Endocrina y de Mama del Hospital Carlos Haya de Málaga

Algunos síntomas son la detección de una masa en la autoexploración, la secreción por el pezón, ulceración, sangrado, inversión de la piel, tumefacción y dolor mamario.

Biomedicina y Salud
Ciencias Naturales
Ciencias Sociales y Jurídicas
Humanidades y Arte
Matemáticas, Física y Química
Política científica
Tecnologías
Varios

Agenda
Entrevistas
Noticias
Reportajes
Tribuna
Video

Tecnologías

Stirling, un motor cuyo 'combustible' es sólo calor

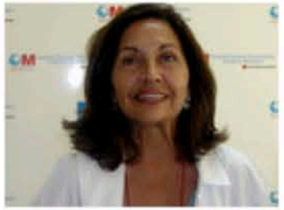
Varinia López Penalonga \\ divulgaUNED.es

Biomedicina y Salud

De 'bebés-medicamento' a 'hermanos salvadores'

Biomedicina y Salud

"El objetivo es restaurar el volumen de mama perdido tras la tumorectomía"



Rosa Pérez Cano, Jefa de Cirugía Plástica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid

Ciencias Naturales

La UNED Investiga

CienciAfición

Agenda

sinc

UNED

divulga UNED

"El cáncer de mama en una mujer mayor es menos agresivo que en una mujer joven"

Dr. Fernando de los Santos Ramos, jefe unidad de mama del Hospital Materno Infantil de Málaga

por H. Bakkali \\ divulgaUNED.es

>>>

Biomedicina y Salud
Ciencias Naturales
Ciencias Sociales y Jurídicas
Humanidades y Arte
Matemáticas, Física y Química
Política científica
Tecnologías
Varios

Agenda
Entrevistas
Noticias
Reportajes
Tribuna
Video

Búsqueda avanzada ... Buscar

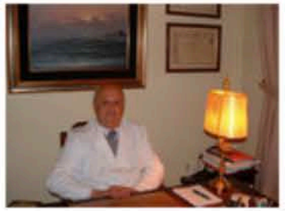
Biomedicina y Salud

"Algunas enfermedades de transmisión sexual tardan años en manifestarse"

Dr. Sergio Luna Ordoñez, especialista en oncología ginecológica del Centro Gutenberg de Málaga

Biomedicina y Salud

"En la perimenopausia, una llegada masiva de estrógenos provocada por el embarazo, incrementa el riesgo de cáncer de mama"



Dr. Mair Abehsera Bensabat, ex Presidente de la Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia

Tecnologías

La UNED Investiga

CienciAfición

Agenda

sinc

Biomedicina y Salud

Biomedicina y Salud
Ciencias Naturales
Ciencias Sociales y Jurídicas
Humanidades y Arte
Matemáticas, Física y Química
Política científica
Psicología y pedagogía
Tecnologías
Varios

Agenda
Entrevistas
Noticias
Reportajes
Tribuna
Video

Enviar por email | Versión para imprimir

Búsqueda avanzada ... Buscar

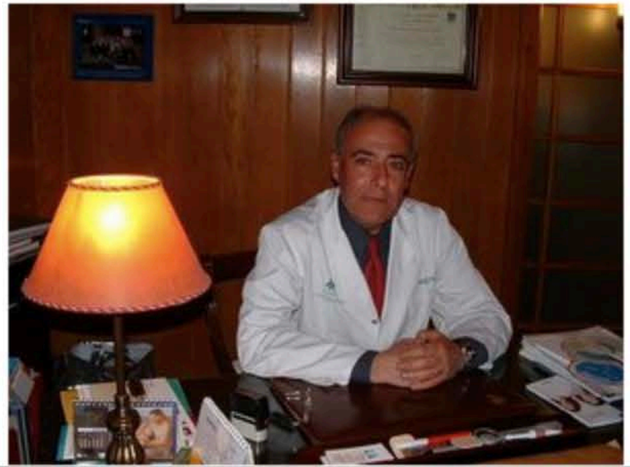
"En mujeres enfermas de cáncer, la interrupción 'per se' del embarazo no se correlaciona con una garantía de mejora de pronóstico"

Entrevista con el Dr. Alberto Reche, Jefe de Ginecología del Hospital Carlos Haya de Málaga

El cáncer durante el periodo de gestación supone uno de los retos más complejos para un facultativo, tanto desde el punto de vista médico como desde el punto de vista moral.

26 de enero de 2010

El doctor Alberto Reche Rosado, jefe de la unidad de ginecología y obstetricia del Hospital Carlos Haya de Málaga, responsable de la unidad de reproducción humana del Hospital Materno Infantil y experto en el campo de la bioética y de la comunicación médica, responde a algunos de los interrogantes que se plantean en el abordaje de esta patología.



¿Cuál es el orden de prioridades de un facultativo cuando tiene en sus manos la vida de una mujer embarazada que padece cáncer? ¿Cuáles son los protocolos de actuación?

La prioridad es abordar el estado y la fase del cáncer, de la misma manera que se haría fuera del embarazo. Aquí habría que atender individualmente las condiciones concretas del embarazo, en función del tiempo de gestación, en qué trimestre se encuentra el embarazo, etc. La prioridad del facultativo, es la concreción del momento en que se encuentra ese cáncer y el estado clínico de la paciente.

La UNED Investiga

cienciAfición

Agenda

sinc Servicio de Información y Noticias Científicas

UCC RED DE UNIDADES DE CULTURA CIENTÍFICA

UNED

divulga UNED

La UNED investiga | cienciAfición | ¿Quiénes somos?

"La mayoría de mujeres con cáncer de vulva son postmenopáusicas y mayores de 60 años"

Dr. Aureli Torné Bladé, consultor de Ginecología Oncológica del Hospital Clinic de Barcelona.

¿Cuál es la asociación de este tumor con enfermedades de transmisión sexual como el Virus del Papiloma Humano? ¿Cuál es su incidencia en mujeres jóvenes?

Participa | Inicio | Boletín | Publicar

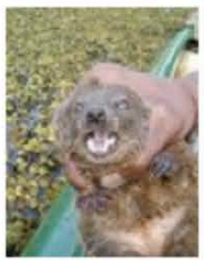
- Biomedicina y Salud
- Ciencias Naturales
- Ciencias Sociales y Jurídicas
- Humanidades y Arte
- Matemáticas, Física y Química
- Política científica
- Tecnologías
- Varios

- Agenda
- Entrevistas
- Noticias
- Reportajes
- Tribuna
- Video

Búsqueda avanzada ... Buscar

Ciencias Naturales

Madagascar proporciona un nuevo mamífero carnívoro



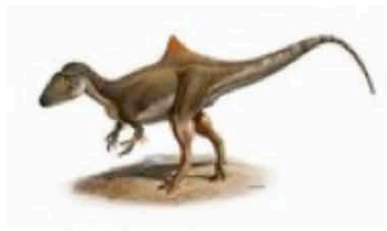
La mangosta de Durrell apareció en Madagascar en 2004 y acaba de ser catalogada como nueva especie

Ciencias Naturales

La privatización de las semillas

Ciencias Naturales

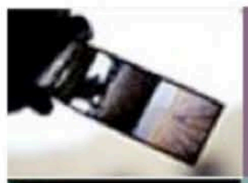
Álbum del hallazgo del Concavenator Corcovatus



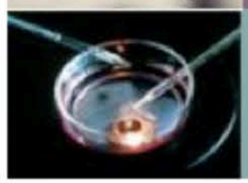
El camino hasta "Pepito"
Imágenes de las excavaciones del equipo de Francisco Ortega

Matemáticas, Física y Química

PRISMA: Un paseo entre las matemáticas y la realidad.



La UNED Investiga



CienciAfición

Agenda

sinc
Servicio de Información y Noticias Científicas