La caída del cabello en otoño es un proceso natural y frecuente

Durante esta época del año el número de cabellos que pierde una persona puede llegar a triplicarse

El sexo femenino es quien más sufre de manera intensa y reiterada esta situación fisiológica

SILVIA FIDALGO

Prácticamente todas las personas sufrirán un episodio de efluvio estacional a lo largo de su vida, o lo que es lo mismo, experimentarán una pérdida de cabello considerable en alguna época del año. Y el otoño es una de esas estaciones en que el cabello tiende a caer. En condiciones normales, se calcula que un 85% del cabello está en fase de anagen, es decir, de crecimiento, un 10% en fase de telogen o caída y el 5% restante en proceso de catagen (estabilización). En otoño este proceso se desregula, de manera que se produce una aceleración del paso de los folículos de anagen a telogen, con la consiguiente caída del cabello abundante a los dos o cuatro meses. Se trata de un proceso fisiológico e inevitable y las personas que lo suelen sufrir de manera más intensa son las mujeres, básicamente por el déficit de hierro adicional que pueden padecer.

Si normalmente una persona pierde entre 50 y 100 cabellos al día, en otoño esta cifra aumenta a 150. Los andrógenos son las principales hormonas que intervienen en el proceso de regulación del ciclo de crecimiento capilar, aunque también influyen otras como los estrógenos, la prolactina y la melatonina. Para ello, y a modo preventivo, los profesionales recomiendan seguir una buena alimentación: "la dieta juega un papel principal en lo que a salud del cabello y uñas se refiere", apunta la especialista Rita Rodrigues, tricóloga en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.

Además de mantener una dieta equilibrada, el tratamiento puede incluir minoxidil tópico y también sería conveniente utilizar suplementos orales que contengan aminoácidos, vitaminas y oligoelementos que intervengan en el metabolismo del folículo piloso. Si bien este tratamiento no evitará la caída del cabello (pues la orden de que debe caerse se produce tres meses antes de que se lleve a cabo), ayudará a que la evolución de la fase de telogen sea más rápida y colaborará a que la caída del cabello no sea tan brusca en casos futuros.

El estrés o los trastornos como la ansiedad y la depresión aguda, así como dietas hipocalóricas, son factores que influyen en la caída del cabello, provocando que este fenómeno afecte en mayor grado a unas personas que a otras.

Una vez que la persona empieza a notar la ausencia de pelo, los especialistas aconsejan, primero, realizarse un examen para descartar otras alopecias de base. "Asimismo observamos si el paciente padece algún problema en particular que le impide que su cabello crezca correctamente", señala la especialista Rodrigues. Una vez hecho este control, también se recomienda lavar el cabello con frecuencia. "Con ello se promueve que la fase de telogen se termine cuanto antes", añade. Aunque el efluvio telógeno estacional es un proceso que se resuelve de manera natural al cabo de los cuatro meses, no hay que olvidar la importancia de insistir en la alimentación para prevenir que la caída del cabello se produzca de forma brusca. "Los aminoácidos como la L-cistina ayudan a fomentar el crecimiento capilar y el zinc, el hierro, la biotina y el ácido pantoténico son fundamentales", concluye la tricóloga Rodrigues.

> El tratamiento debe incluir suplementos que intervengan en el metabolismo del folículo

CARDIOLOGÍA

Seguimiento de la salud cardiovascular en la empresa

FRANCISCA ARENAS
Jefa del departamento de prevención propia en MC MUTUAL

El riesgo cardiovascular es uno de los problemas de salud más prevalentes entre la población de los países desarrollados, siendo la primera causa de mortalidad en nuestro país. De este modo, actuar sobre los factores de riesgo modificables es algo primordial, pues no hay que olvidar que el hecho de que en una misma persona coincidan varios factores de riesgo, aunque sea de forma mínima, multiplica el riesgo cardiovascular de forma exponencial.

Con el objetivo de avanzar y mejorar, es muy recomendable que las empresas dispongan de programas de promoción de la salud para sus empleados. Estos deben aglutinar consejos sanitarios, herramientas online y actuaciones en los exámenes de salud frente a los factores más prevalentes, destacando las siguientes áreas: salud cardiovascular (deshabituación tabáquica, consejos para control colesterol, etc), alimentación saludable (consejos alimentarios, consulta con nutricionista), ejercicio saludable (fomentar la actividad física dentro y fuera del ámbito laboral) y bienestar emocional (gestión del estrés y consejos de *mindfullnes*).

El seguimiento de los diferentes factores se puede realizar desde el área de la vigilancia de la salud de las empresas, a través del estudio epidemiológico anual, que permite valorar los resultados globales y llevar a cabo el análisis de la evolución de estos.

Destacar que, teniendo en cuenta los cambios demográficos evolutivos en la pirámide de población de las plantillas y su consiguiente envejecimiento natural, llevar a cabo actuaciones que favorezcan el seguimiento de estos factores dentro del ámbito laboral es un elemento diferencial y fundamental para su control. Además, refuerza el compromiso de las empresas con el bienestar y la salud de sus empleados.

La importancia de la parada cardiaca

IGNACIO FERNÁNDEZ LOZANO
Secretario General.
Sociedad Española de Cardiología

La parada cardiaca es una patología extraordinariamente frecuente y que muchas veces infra estimamos. En España ocurren alrededor de 30.000 muerte súbitas al año y cerca de 20.000 intentos de reanimación. Desgraciadamente las posibilidades de sobrevivir a una parada cardiaca secundaria a una arritmia ventricular en la calle, oscilan entre el 5 y el 10%. La reanimación debe empezarse de forma extraordinariamente precoz, por cada minuto que pasa las posibilidades de sobrevivir disminuyen un 10% por lo que al cabo de diez minutos estas posibilidades son mínimas.

Para mejorar el pronóstico y la atención a la parada cardiaca hay definidas una serie de actuaciones que son vitales y forman parte de lo que se ha definido como cadena de supervivencia. Lo más importante es el comienzo precoz del masaje cardiaco y el poder disponer en el entorno de un DEA. Idealmente la RCP debe de empezar en menos de tres minutos del comienzo del cuadro. Las guías del ERC de 2015 son muy claras, los estados deben iniciar un programa nacional para facilitar y promover la instalación de desfibriladores y para formar sus ciudadanos en RCP. Así está ocurriendo en muchos territorios de Europa y sin embargo nuestro país está perdiendo el tren de la cardioprotección.

Para expresar el problema en cifras, Francia tiene instalados más de 18 DEAs por 10.000 habitantes, Inglaterra, Holanda o Alemania en torno a 13, nosotros apenas 2,5. Lo mismo puede decirse la formación a la sociedad. Suecia tiene un 33% de sus ciudadanos formados, en Dinamarca es obligatorio un curso de soporte vital básico y DEA para obtener el carnet de conducir.

Necesitamos un plan nacional de RCP. Promover y fomentar la implantación de DEAs. Coordinar voluntarios y formar a la población. Que todos los coches de policía cuenten con un DEA, y todos los profesionales tengan un curso de SVB+DEA en su formación. También que nuestros ayuntamientos desarrollen programas específicos adaptados a cada ciudad, para acercar el DEA y la reanimación a sus ciudadanos. Podemos tener más voluntarios que nadie dispuestos a comprimir el pecho y utilizar un DEA. Lo malo es que no les estamos llamando. Es tiempo de cambiar las cosas.

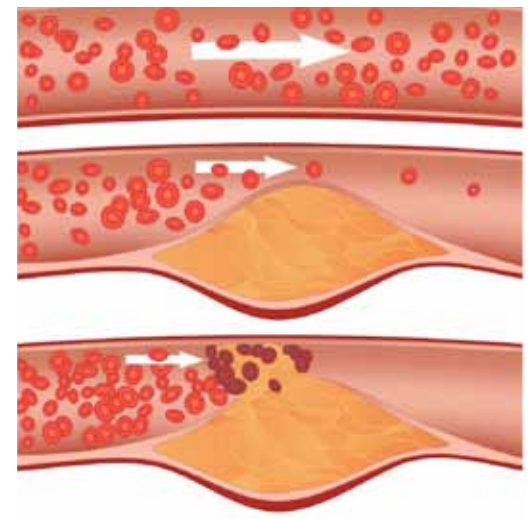
El colesterol, una asignatura pendiente para muchos

Más de la mitad de la población presenta un nivel de este tipo de esterol superior a 200 mg/dL

SOFÍA LARRUCEA

Podría decirse que los peligros de mantener unos niveles de colesterol elevados es algo cada vez más conocido por la población en general. Sin embargo, se trata de la asignatura pendiente para muchos. Concretamente, más de la mitad de la población presenta un colesterol superior a 200 mg/dL, es decir, por encima de lo recomendado. Algo alarmante si cabe, sobre todo al considerar que su prevención tampoco es una tarea muy complicada. Si bien es cierto que la cantidad de colesterol que tenemos en nuestro organismo la determina en gran parte nuestras características genéticas, también es verdad que los hábitos de vida, muy especialmente la alimentación, juegan un papel principal. De hecho, el 50% del colesterol que circula por nuestra sangre procede de los alimentos y de la bilis que produce el hígado para digerir las grasas.

No todo el colesterol es malo. Debe diferenciarse el LDL (low density lipoproteins) del HDL (high density lipoproteins). Mientras que el primero es el considerado malo, debido a que las lipoproteínas entregan colesterol y permiten que se acumule en la pared de las arterias, el segundo es conocido como el bueno, ya que justamente estas lipoproteínas tienen la función contraria, es decir, recogen el colesterol de las arterias y lo conducen al hígado para que pueda ser eliminado. De este modo, la alimentación para mantener unos niveles de este lípido adecuados debe ayudar a disminuir los niveles de colesterol LDL y mantener el de tipo HDL. En este sentido, se recomienda consumir alimentos ricos en esteroles vegetales como son las frutas, las verduras o los cereales integrales, por ejemplo. Los esteroles vegetales (o fitoesteroles) son compuestos naturales de estructura similar al colesterol y bloquean parcialmente su absorción, facilitando su eliminación. De hecho, la Comisión Europea ha reconocido las propiedades beneficiosas de los productos con esteroles vegetales en la reducción del colesterol. Según este organismo, el consumo diario de entre 1,5 y 2,4 gramos de esteroles vegetales permite reducir entre un 7% y un 10% los niveles de colesterol en sangre en un plazo de tres semanas. Asimismo, el pescado y sobre todo el azul resulta muy beneficioso. Las sardinas, la caballa o el salmón contienen una alta dosis de Omega 3. Se trata de un tipo de grasa poliinsaturada que ayuda a reducir el colesterol. Lo que debería evitarse, tal y como apunta Lluís Asmarats, jefe del servicio de medicina interna de la Clínica Sagrada Familia de Barcelona, es el consumo en exceso de algunos aceites vegetales (de coco, palma y palmista) pues son ricos en grasas saturadas y aumentan el colesterol-LDL. Otra forma de reducir grasas saturadas de la dieta es cambiando los productos lácteos hechos con leche entera por productos lácteos desnatados, evitar las carnes rojas de alto contenido graso y comer preferiblemente pollo y pavo sin piel o carnes magras. Asimismo, diversos estudios científicos han demostrado, además, que el consumo diario de probióticos consigue reducir la presencia de moléculas de colesterol en la sangre. “En diferentes estudios se ha observado que el consumo de un preparado lácteo, un yogur al día por ejemplo, con una alta concentración de lactobacilus puede disminuir el colesterol entre un 5 y más de un 10%”, concluye el especialista Asmarats.



Los niveles de colesterol alto son un factor de riesgo para sufrir un infarto de miocardio.

FARMACIA DE GUARDIA

Los medicamentos, ¿por qué sólo en las farmacias?

La compra de fármacos a través de canales no autorizados entraña riesgos para la salud pública y personal al carecer de control sanitario y por tanto de garantías. Se trata siempre de medicamentos falsificados, manipulados o en los que no se han respetado las normas de conservación y almacenamiento para garantizar su calidad y seguridad.

Los únicos puntos autorizados por ley para la venta de medicamentos son, por un lado, las farmacias, una red de aproximadamente 22.000 y distribuidas por todo el país para garantizar la equidad en el acceso; y por otro, sus webs, que solo pueden ofrecer medicamentos que no precisan receta.

FEFAC ha detectado actividades que no cumplen con la legislación farmacéutica ni sanitaria y ha actuado poniéndolo en conocimiento de las autoridades. Está contribuyendo, de este modo, a evitar prácticas irregulares en la distribución o dispensación de medicamentos. El objetivo es preservar y promover la salud a través de la farmacia como establecimiento sanitario donde la población recibe un servicio profesional que garantiza la calidad, seguridad y buen uso del medicamento. Dichas prácticas son llevadas a cabo por empresas que consideran el fármaco como un objeto exclusivamente de negocio, obviando las garantías para la población que el medicamento debe cumplir.

Algunos de los casos denunciados han sido las webs dokteronline.com/es y es.treated.com, a través de las que los usuarios pueden comprar medicamentos de prescripción. El Servicio de Ordenación y Calidad Farmacéuticas del Departament de Salut de Catalunya ha comprobado que esta actividad incumple lo establecido por el RD 870/2013 que regula la venta a distancia de fármacos, de modo que lo han trasladado a la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios para que "inicien las actuaciones oportunas", según informan.

Una práctica ilegal también detectada por FEFAC es la venta entre particulares en la plataforma digital Wallapop. La Federación colaboró con el Departament de Salut de Catalunya en la detección de fármacos en esta aplicación, y organizaciones colegiales también se movilizaron, lo que supuso que la Agencia Española del Medicamento pidiera a Wallapop medidas correctoras.

Esta acción estratégica de FEFAC también ha llevado a Sanitas a modificar la promoción de su nuevo seguro Blua, que anunciaba descuentos en medicamentos del 50% y servicio de entrega a domicilio de fármacos, actividades que no se ajustan a la legislación.

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

TECNOLOGÍA

Los niños ya no tienen por qué tener miedo a las pruebas radiológicas

El proyecto Imatgina logra reducir hasta un 75% la dosis de anestesia suministrada

El TAC se convierte en una nave espacial que hace de la experiencia del niño algo mágico y espectacular.

REDACCIÓN.

Mejorar la experiencia del niño en las pruebas radiológicas es el objetivo del proyecto Imatgina. Y es que, si las pruebas de diagnóstico pueden ser en muchas ocasiones una fuente de ansiedad y miedo para los adultos, para los pacientes pediátricos dicho sentimiento puede incrementarse. Por ello, esta iniciativa, a través de una buena educación, gamificación y ambientación, pretende que los más pequeños perciban estas pruebas como algo cercano, conocido y hasta "divertido", si cabe.

Un elemento clave de este proyecto es la app ScanKids. Se trata de una aplicación gamificada destinada a niños de entre seis y doce años. Esta les enseña, con términos comprensibles y a través de animaciones 3D de las salas y de la tecnología de imagen radiológica, qué pasos deben seguir en cada momento y qué pueden esperar de cada prueba. ScanKids incluye las cinco pruebas de diagnóstico por imagen más habituales para los niños en un hospital: rayos X, TAC, resonancia magnética, ecografía y telemando. Los pequeños, guiados por sus padres, cuidadores o profesionales sanitarios, deben elegir la prueba y la zona anatómica que se va a analizar. A partir de ese momento, un personaje, niño o niña, les acompaña en todos los pasos a seguir. Asimismo, la ambientación tanto de la sala de espera como de la del TAC también está basada en los personajes de la aplicación. La temática elegida para abstraer a los niños de las paredes blancas y luces frías típicas de un hospital ha sido el espacio. Se han creado ilustraciones que les transportan a una aventura galáctica en la que ellos, junto con los personajes del videojuego, se convierten en astronautas a la conquista de su bienestar. El TAC se convierte en una nave espacial que, combinado con la iluminación inteligente de la sala, hace de la experiencia del niño algo mágico y espectacular. La iluminación inteligente obedece a los gustos del propio paciente, cambiando de color según lo que a él le parezca más agradable o relajante. Para Manel Escobar, director clínico de diagnóstico por imagen del Hospital Vall d'Hebron, centro donde se ha puesto en marcha esta iniciativa, este proyecto supone una mejora en la experiencia del menor ante la prueba radiológica porque lo hace partícipe del proceso. "Gracias a esta iniciativa, hemos logrado reducir en un 75% la dosis de anestesia, frecuentemente suministrada a los pacientes cuando se encuentran nerviosos y no nos permiten realizar la prueba en condiciones", añade. El proyecto ha sido financiado íntegramente por la Fundación Philips y desarrollado por la Fundación CurArte y ha contado con el conocimiento de los profesionales del Hospital Vall d'Hebrón. "Imatgina está creado para un entorno específico, en base al estudio de las necesidades y las inquietudes de los niños que pasan por el Hospital Vall dHebron, pero está en nuestra intención seguir innovando en este ámbito en respuesta a otros retos de otras poblaciones de pacientes, en otras regiones y otros entornos", apunta Ángeles Barrios, portavoz de Fundación Philips.

NEFROLOGÍA

Viajar es un derecho de todos

Las personas con ERC pueden sentir limitaciones a la hora de desplazarse

J.O.

Con la llegada del otoño y con el asomo del invierno, se avecina una época de puentes y festivos. Son fechas señaladas en las que muchos aprovechan para visitar a familiares que viven fuera o bien, para realizar una escapada. Podría decirse que viajar es una de las aficiones más comunes. Sin embargo, desgraciadamente, no todos gozan de la misma seguridad al hacerlo. Las personas que padecen Enfermedad Renal Crónica (ERC) son un claro ejemplo. Este colectivo necesita acudir regularmente a centros donde se le pueda realizar la hemodiálisis para poder depurar de "forma artificial" su sangre. Son personas, de este modo, dependientes de su tratamiento y, a menudo, temen salir de la rutina y acudir a clínicas de diálisis que no conocen.

No se trata de un problema marginal. En 2015, la ERC afectaba a 4.000.000 de personas en España. De ellas, 50.000 están actualmente en tratamiento renal sustitutivo, que incluye el trasplante, peritoneal y diálisis. Esta última es un tratamiento igual de importante como necesario, pues permite depurar el exceso de agua y electrolitos y controlar la acidosis y la función excretora. "Normalmente el tratamiento se realiza tres días a la semana, durante un tiempo medio de cuatro horas diarias, en las que se filtran entre 70 y 80 litros de sangre", explica Teresa Martínez, área manager de Andalucía y Galicia de Diaverum, grupo que atiende a 2.700 personas con ERC para que sean capaces de viajar donde quieran y puedan seguir el tratamiento en las mejores condiciones estén donde estén. Este proveedor independiente de terapia renal gestiona un total de 29 centros situados por toda España, principalmente en zonas turísticas. Además, "en aquellas zonas donde no tenemos centros, nos encargamos de buscar la clínica más cercana y encontrar todas las alternativas para que el paciente pueda recibir su tratamiento", apunta Paulina Walkowiak, responsable del programa de diálisis vacacional a nivel nacional también de la empresa. Asimismo, esta multinacional de origen sueco ha lanzado recientemente la primera guía diseñada específicamente para las personas que padecen enfermedad renal crónica llamada "Guía turística para el paciente renal". La guía recoge los 21 destinos vacacionales en España en los que Diaverum está presente. Además de información sobre sus clínicas, datos de contacto y distancia a los hoteles más cercanos, incluye recomendaciones sobre restaurantes y lugares a visitar. Según Luis Vargas, director general, "esta guía está pensada para que el paciente en diálisis pueda viajar con tranquilidad". Y es que como apunta Antonio Vaquero, director de proyecto de ALCER, la posibilidad de viajar y disfrutar contribuye a mejorar la calidad de vida de estas personas. "Viajar constituye un derecho por el que luchamos para que los pacientes tengan una vida plena y esta guía contribuye a eliminar las barreras de los que ya viajan, pero también puede animar a hacer las maletas a aquellos que hasta ahora ni tan siquiera se lo habían planteado", concluye.

OPINIÓN

Tener vista está en tu mano

JORGE PARICIO
Director
de Salud de AXA

El pasado sábado 8 de octubre se celebró el Día Mundial del Glaucoma. Esta enfermedad se ha convertido en los últimos tiempos en la segunda causa de ceguera, por detrás de las cataratas; una consecuencia que se podría evitar en el 95% de los casos con un diagnóstico precoz.

El ojo contiene en su interior un líquido parecido el agua que se renueva constantemente, pero si falla el sistema de drenaje, la presión intraocular aumenta y puede dañar el nervio óptico. Cuando la totalidad de las fibras de este nervio óptico están dañadas, se pierde por completo la capacidad de transmitir imágenes al cerebro y nos encontramos ante una ceguera total.

Las revisiones oftalmológicas periódicas a partir de los 40 años son fundamentales para detectar esta patología, y con solo cinco exploraciones se puede diagnosticar. Basta con una tonometría o análisis de la presión intraocular, una oftalmoscopia o exploración del fondo de ojo, una gonioscopia para medir el ángulo entre el iris y la córnea, una campimetría o exploración del campo visual y una paquimetría para medir el espesor de la córnea. Las personas con factores de riesgo como diabetes, hipertensión, miopía o antecedentes familiares, son más propensas a desarrollar la enfermedad, por lo que se aconseja que inicien los exámenes a partir de los 35 años.

Cuando el oftalmólogo realiza el diagnóstico, va a optar por un tratamiento médico o quirúrgico, dependiendo, por una parte, del tipo de glaucoma y, por otra, de la situación de mayor o menor gravedad en el momento del diagnóstico. El tratamiento tiene como objetivo conservar la visión y el campo visual tal y como estaban en el momento del diagnóstico, ya que hoy es imposible la regeneración de las fibras del nervio óptico que ya estaban atrofiadas. Por lo que cuanto más precoz es el diagnóstico, más simple será el tratamiento y con mayor efectividad: un simple colirio nos puede ayudar a mantener la presión ocular normal.

Una vez diagnosticado, pueden transcurrir muchos años sin que tengamos problemas y con el mismo tratamiento. Pero en un momento dado y sin explicación aparente, este puede dejar de ser útil y que sea necesario cambiar a otro más adecuado. Por este motivo el oftalmólogo debe establecer un plan concreto de seguimiento para cada caso individual.

Por eso, está en nuestras manos la prevención de una de las principales causas de ceguera en el mundo desarrollado. Tenemos que tomar conciencia de que las revisiones oftalmológicas periódicas puedan detectar cualquier anomalía en nuestra visión y que con cinco simples pruebas indoloras podemos prevenir un daño irreparable.

OFTALMOLOGÍA

Corregir dos afecciones oculares en una sola intervención es posible

El 30% de las personas que se opera de cataratas padece también astigmatismo

S.L.

¿Por qué corregir solo un problema cuando pueden solucionarse dos al mismo tiempo? Eso es lo que debió pensar la comunidad científica a la hora de decidir tratar las cataratas desde un punto de vista refractivo. Una opción efectiva que cada vez va ganando más terreno. De hecho, el 30% de las personas que se opera de cataratas padece también astigmatismo corregible con técnicas asociadas. "El paciente prácticamente no nota diferencia respecto a una cirugía de cataras convencional", afirma Javier Mendicute, jefe de servicio de oftalmología del Hospital Universitario Donostia de San Sebastián.

El astigmatismo es un defecto refractivo derivado de la forma curva de la córnea que provoca que la persona afectada padezca visión borrosa o dolor de cabeza tras actividades de esfuerzo visual, entre otros síntomas. Se calcula que hasta el 95% de las personas podría tener algún grado de astigmatismo, que se mide en dioptrías. "A partir de 0,5 dioptrías es cuando se aconseja tratar el problema", señala Mendicute, también director médico de Begitek Clínica Oftalmológica de San Sebastián. El astigmatismo es un defecto de la córnea que, en muchos pacientes, seguramente acabará coincidiendo con el paso de los años con otro defecto visual como son las cataratas (asociadas a la degeneración del cristalino). Una situación en la que el afectado podrá plantearse, además de corregir las cataratas, implantarse las lentes intraoculares tóricas para solucionar el astigmatismo y prescindir, de este modo, del uso de las gafas o de las lentillas. Las lentes intraoculares se han considerado en muchas ocasiones como la solución más precisa para los pacientes con astigmatismo. "Mientras que la lente de contacto tórica puede tener pequeñas oscilaciones que modifican la calidad de visión, la lente intraocular tórica se mantendrá en la misma posición en la que se colocó de manera definitiva", explica Javier Mendicute. Asimismo, la intervención es una opción cada vez más segura y efectiva. Las mejoras en las lentes intraoculares sumado a la aparición de equipos quirúrgicos de última generación ha permitido que la colocación y el posicionamiento en el interior del ojo de las lentes intraoculares sea cada vez más fácil. Claro ejemplo de ello es el láser de femtosegundo. Este reproduce con gran exactitud los pasos quirúrgicos (incisiones, capsulotomía y fragmentación del cristalino) previamente diseñados por el cirujano en el ordenador, al que está conectado. De este modo, se consigue automatizar algunos de los pasos más importantes de la cirugía de cataratas, sin que dependan de forma tan directa de la destreza manual del oftalmólogo. Minimiza, en definitiva, el riesgo asociado al factor humano. Para Javier Mendicute, la cirugía de cataratas es una oportunidad única para asociar la posibilidad de corregir el astigmatismo. "Proporciona mayor agudeza visual y posibilita un menor gasto en gafas para el paciente", concluye.

El paciente no nota diferencia respecto a una cirugía de cataras.

> Hasta un 95% de las personas podría tener algún grado de astigmatismo

JAVIER ELIZALDE
Cirujano de Vítreo-Retina
Centro de Oftalmología
Barraquer

La retinopatía diabética no siempre provoca síntomas

La retinopatía diabética es una complicación frecuente de la diabetes mellitus que compromete el funcionamiento de la retina y puede cursar con disminución severa de la visión. Sorprendentemente, incluso en fases muy avanzadas de la enfermedad, la retinopatía diabética no siempre da lugar a molestias visuales. Por ello, es conveniente que el paciente diabético se someta a controles oftalmológicos periódicos.

La disminución lentamente progresiva de la visión en una persona diabética suele traducir la presencia de líquido acumulado en la parte central de la retina (el denominado "edema macular"). Otras veces, la enfermedad debuta con una hemorragia intraocular aguda, siendo el primer síntoma la aparición súbita y muy alarmante de manchas que oscurecen parcial o totalmente la visión. Sin embargo, es importante recordar que la retinopatía diabética puede estar presente, incluso en fases muy avanzadas, y no dar lugar a ningún tipo de molestia visual. La prevención y el diagnóstico precoz mejoran ostensiblemente el pronóstico visual de la enfermedad y pueden evitar la progresión hacia la ceguera. Cualquier persona afecta de una diabetes mellitus, aunque no acuse molestias en la visión, debe realizar controles periódicos por un oftalmólogo. Actualmente, en la retinopatía diabética, una exploración clínica minuciosa, combinada con pruebas diagnósticas muy precisas (como la angiografía y la tomografía de coherencia óptica de la retina), permite decidir cuál es el tratamiento más adecuado en cada caso. Algunos pacientes únicamente precisan realizar controles periódicos de su estado ocular. En otros casos es necesario aplicar láser selectivamente sobre los vasos anómalos de la retina para reducir el edema, o bien sobre áreas isquémicas (sin riego sanguíneo) para evitar la progresión de la enfermedad hacia formas más graves. En los casos más avanzados, con hemorragia intraocular y/o desprendimiento de retina, es preciso recurrir a técnicas muy avanzadas de microcirugía intraocular (vitrectomía), que habitualmente realizamos bajo anestesia local. El láser y la cirugía son procedimientos altamente efectivos en el tratamiento de la retinopatía diabética, siempre y cuando estén correctamente indicados y realizados por un oftalmólogo especializado en esta enfermedad. Igualmente, la inyección intraocular de fármacos anti-angiogénicos resulta muy efectiva en casos seleccionados.

> El diagnóstico precoz mejora el pronóstico visual de la enfermedad

En definitiva, podríamos decir que la reciente aparición e incorporación de técnicas de cirugía de vítreo-retina por microincisiones han sido un gran avance. Estas no precisan puntos de sutura (cirugía mínimamente invasiva). Muchos pacientes afectos de diversas formas de retinopatía diabética pueden tratarse con estas técnicas, con la gran ventaja de que el postoperatorio resulta más confortable, con menor inflamación y con menos sensación de irritación ocular".

BARRAQUER
www.barraquer.com

INDUSTRIA

Adaptación de las líneas de producción

J.S.LL.

Cerca de 200 millones de euros es lo que le va a costar a la industria farmacéutica de nuestro país la adaptación de las líneas de producción. Una modificación obligatoria para poder cumplir los requerimientos técnicos del nuevo sistema de verificación unitario de medicamentos.

La verificación unitaria de medicamentos en el ámbito europeo es una exigencia que tiene su origen en la Directiva Europea de Medicamentos Falsificados y su Reglamento Delegado. Su objetivo es evitar el riesgo de entrada de medicamentos falsificados en la cadena legítima de distribución, reforzando aún más al paciente las plenas garantías de los medicamentos que se dispensan en las farmacias. España se adapta a esta regulación europea, si bien el sistema actual de fabricación, distribución y dispensación de nuestro país hace prácticamente imposible hoy la entrada de medicamentos falsificados en el canal legal.

De acuerdo con lo previsto en la normativa europea, la adaptación de las líneas de producción servirá para que los envases incorporen cierres que permitan verificar que no han sido manipulados, así como un nuevo código bidimensional (datamatrix) que contendrá un número de serie único y aleatorio para cada envase. Estos números de serie serán volcados en un repositorio europeo, y las farmacias, antes de dispensar el medicamento al paciente, verificarán la autenticidad del envase mediante una conexión telemática correspondiente con el repositorio nacional, gestionado por el SEVeM. Estas inversiones en las líneas de producción son un primer paso para lograr el pleno funcionamiento del sistema de verificación, ya que posteriormente las compañías tendrán que incurrir en una serie de gastos de diversa índole, como son los derivados del mantenimiento o de la impresión del datamatrix y la serialización, cifra esta última que puede ascender al medio millón de euros por centro de producción. En este sentido, Farmaindustria ha afirmado estar trabajando en distintas propuestas para que el impacto económico del sistema de verificación sea asumible, muy especialmente por parte de las pequeñas y medianas empresas, ya que, según la patronal farmacéutica, en algunos casos tendrán serias dificultades para hacer frente al desembolso necesario para ponerlo en marcha.

> Esta modificación costará 200 millones de euros a la industria farmacéutica

ENDOCRINOLOGÍA

La obesidad y sus peligros

Está demostrado que el riesgo de padecer diabetes es siete veces mayor en las personas obesas

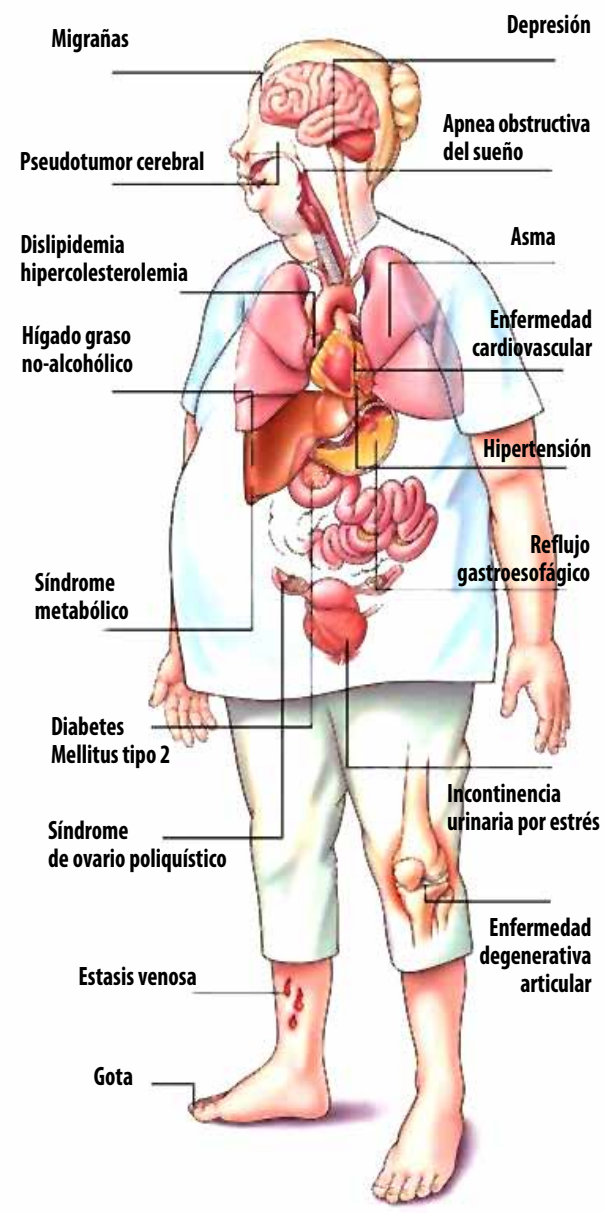
SOFÍA LARRUCEA

Podría decirse que la obesidad es equiparable al tabaco en lo que a riesgos y comorbilidades se refiere. Padecer un exceso de peso no es solo un problema estético, sino que va mucho más allá. La obesidad, que se clasifica como una situación crónica en una persona que presenta un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 30kg/m2, es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una de las grandes epidemias actuales. Algo comprensible, y no solo por su elevada incidencia (600 millones en todo el mundo), sino también por las numerosas comorbilidades que genera. Las consecuencias cardiovasculares están estrechamente relacionadas con este problema de salud. Entre otros muchos datos demostrados, se sabe que el riesgo de padecer diabetes es siete veces más elevado en las personas obesas y tres veces mayor en las que presentan sobrepeso. Además, también está demostrado que hasta un 20% de las muertes por cáncer están relacionadas con el exceso de peso. Sin olvidar que prácticamente la mitad de las personas obesas también sufren ansiedad y hasta un 70% tarstornos de la personalidad. Un problema sanitario a escala mundial que causa la muerte de casi tres millones de personas cada año. Tratarlo es, por tanto, algo fundamental, y no solo para corregir la obesidad en sí, sino también para evitar los numerosos problemas asociados.

Para tratar este problema sanitario, lo primero en lo que intervienen los especialistas es en la modificación de los hábitos nutricionales y de vida del paciente. Para aquellos que presenten además un IMC elevado también puede recurrirse a tratamiento farmacológico. El problema es que en algunos casos las terapias convencionales fracasan y debe plantearse la opción de la cirugía. Una alternativa que, Según la Asociación de Cirujanos, solo se recomienda en aquellos casos en los que se presente una obesidad mórbida (IMC superior a 40kg/m2) o bien en aquellos pacientes que tengan un IMC superior a 35kg/m2 pero que presenten comorbilidades importantes y en los que el tratamiento convencional haya fracasado.

La intervención quirúrgica es una opción cada vez más segura, efectiva y con resultados duraderos en el tiempo. Actualmente, las técnicas más frecuentes suelen ser la gastrectomía vertical y el bypass gástrico. El primero es un procedimiento quirúrgico restrictivo que consiste en extraer aproximadamente el 80% del volumen del estómago y se ha observado que genera efectos metabólicos relacionados con aspectos hormonales que explican, en parte, la curación o mejoría de la diabetes. El bypass gástrico, sin embargo, es una técnica que consigue la pérdida de peso por dos mecanismos: por un lado, se construye un estómago de una capacidad muy reducida y por otro lado, se realiza un cruce en el intestino delgado (bypass) que hace que los alimentos vayan directamente desde este estómago reducido hacia el final del intestino y, por lo tanto, no se absorba una gran parte del alimento que se ingiere. En lo que coinciden ambas técnicas es en los grandes beneficios que comportan para el paciente. Y es que, además de solucionar el problema de la obesidad de forma duradera en la mayoría de las ocasiones, se ha demostrado que entre un 75 y un 90% de los casos los pacientes operados consiguieron también la remisión de las comorbilidades tras dos años de la operación.

PROBLEMAS ASOCIADOS A LA OBESIDAD



MEDICINA DEL DOLOR

Haciendo visible lo invisible

JOSÉ LUIS DE CÓRDOBA

Especialista en medicina del dolor

A más de un lector le sorprenderá que exista una especialidad llamada 'Medicina del dolor'. Pero ¿el dolor no era un síntoma?, se preguntarán. Pues bien, en realidad el dolor en nada se parece a la hipertensión o a la fiebre; el dolor es en sí mismo una enfermedad. De hecho, la IASP (Sociedad Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor) lanzó hace unos años una campaña europea cuyo lema era precisamente ése: "El Dolor, una enfermedad por derecho propio". Hay que tener en cuenta que el dolor es un fenómeno complejísimo desde el punto de vista neurológico. No es una modalidad sensorial simple como pudiera ser por ejemplo el tacto, sino que sería más parecido a la vista. El órgano de la visión posee un sofisticado engranaje que es capaz de decodificar múltiples bits de información de un objeto e informarnos de su tonalidad y contraste, de su textura,.. etc. De igual forma un síndrome doloroso específico es una amalgama de cualidades superpuestas. Existen componentes nociceptivos, neuropáticos, somáticos y viscerales, por nombrar unos pocos. Se ha dicho con justicia que el dolor es un color, queriendo expresar con ello los infinitos matices que puede llegar a transmitir una sensación dolorosa. Otra característica genuina del dolor es que es 'poliédrico' porque afecta a múltiples dimensiones del ser humano, trunca la vida del individuo en el ámbito personal, familiar, social y económico. Me estoy refiriendo en todo momento al dolor con letras mayúsculas, al dolor que llegó para quedarse, al Dolor Crónico. La vida de la persona con dolor crónico se degrada rápidamente, es una vida sin horizonte, el dolor es su brújula y su destino. La verdad es que el dolor no acaba con tu vida pero "te mata" en vida.

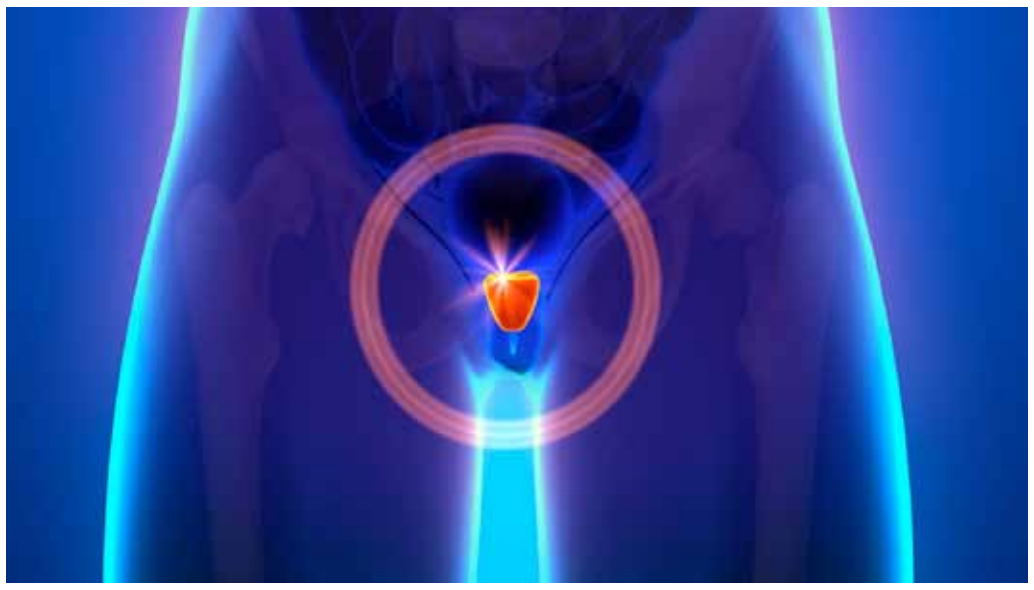
El dolor crónico es un terrible azote para las sociedades occidentales y supone una inmensa cuantía económica para los sistemas sanitarios. Sin ir más lejos los americanos se gastaron el año pasado la friolera de 600 mil millones de dólares para 'combatir' el dolor. A grandes rasgos se estima que 100 millones de europeos sufren dolor crónico, aproximadamente uno de cada cuatro ciudadanos. La especialidad 'Medicina del Dolor' es una especialidad joven y todavía poco conocida en nuestro medio. Nació allá en los años 60 gracias al Dr. John Bonica, un anestesiólogo italoamericano que participó en el desembarco aliado. Este médico, atendiendo a heridos por metralla, se percató de que muchos combatientes sufrían dolores refractarios a la morfina, dolores extraños, persistentes, caprichosos, de difícil interpretación. Fruto de sus trabajos e investigaciones germinó nuestra disciplina: el tratamiento especializado del dolor. Es para mí una enorme satisfacción dar el pistoletazo de salida a la sección 'Medicina del Dolor'. Estoy convencido de que gracias a Barcelona Salud y El Periódico esta enfermedad "silenciosa" obtendrá el eco que en justicia merece.

> La verdad es que el dolor no acaba con tu vida pero "te mata" en vida

ONCOLOGÍA

Menos mortalidad en cáncer de próstata

La braquiterapia consigue ser efectiva en casi el 100% de los casos de este tumor en fase localizada



J.S.LL.

El cáncer de próstata es el tumor más frecuente entre los hombres, pero no por ello es la causa de fallecimiento más común entre ellos. De hecho, según la Asociación Española Contra el Cáncer (Aecc), esta enfermedad es la causa de un 2,8% del total de las muertes entre los hombres de nuestro país. Unos datos que son considerados bajos y que además se prevé que sigan disminuyendo en los próximos años. Además de las mejoras diagnósticas, los avances en su tratamiento han hecho que este cáncer no sea sinónimo de enfermedad mortal. La combinación de radioterapia externa con braquiterapia con Alta Tasa de Dosis (HDR) ha conseguido incrementar la supervivencia del 85 al 95% a diez años. Benjamí Guix, director de la Fundació IMOR de Barcelona, centro de referencia en la práctica de la braquiterapia aplicada al cáncer de próstata y que ha sido reconocida recientemente con el Premio Judith Sitt, el más alto galardón mundial en este campo, afirma que esta técnica, además, consigue disminuir tanto los efectos adversos propios de la radioterapia, como el tiempo que dura el tratamiento. La clave de combinar la radioterapia externa con braquiterapia con Alta Tasa de Dosis (HDR) está en que esta permite irradiar mayor material radioactivo sobre las células cancerosas de manera mucho más precisa. Concretamente, mientras que la clásica radioterapia no podía superar los 76-78Gy, la combinación con braquiterapia ha permitido aumentar esta dosis a 84Gy. Aspecto fundamental si consideramos que, tal y como indica el oncólogo Guix, para curar este tipo de tumor es necesario que al final del tratamiento el paciente haya recibido 80Gy. De este modo, no es de extrañar que el tiempo de tratamiento se reduzca notablemente. Mientras que hasta ahora los pacientes debían estar unos 40 días con la terapia, ahora, este periodo se ha reducido a apenas 23 días. "Los tumores de próstata son un tipo especial de cánceres que, entre otros aspectos, se caracterizan por responder mejor a pocas sesiones pero de alta dosis", apunta Benjamí Guix. El hecho de ser una técnica más potente no la convierte en más peligrosa. Todo lo contrario. Tal y como explica el especialista de IMOR, la radioterapia estereotáctica de cuerpo (SRBT) es mucho más sofisticada y se trata de una tecnología diseñada para ser más exacta. De manera que la técnica es mucho más precisa y solo presenta un 1% de riesgo de dañar los tejidos sanos adyacentes al tumor, como pueden ser el recto o la vejiga, dos de los órganos más cercanos.

> La nueva técnica ha reducido el tiempo de terapia de unos 40 días a apenas 23

Centro monográfico dedicado a la atención de calidad del paciente oncológico

INSTITUT IMOR
Institut Mèdic Onco-Radioteràpia

- **Radioterapia:** 3D conformacional, Radiocirugía estereotaxica fraccionada sin marco, IMRT, IGRT, VMAT, SBRT (Radiocirugía extracraneal), Radioterapia 4D
- **Braquiterapia:** HDR con fuente de Ir-192, Braquiterapia de próstata con semillas de I-125, Braquiterapia oftálmica con aplicadores de RU-106 o semillas de I-125
- **Radioterapia Intraoperatoria**

C/Escoles Pies, 81 – 08017 Barcelona
Tel: 932 531 670 · www.imor.org

BVD BARCELONA · BARCELONA MEDICAL DESTINATION · BCM · Barcelona salud

DERMATOLOGÍA

El 90% de casos la dermatitis atópica aparece en la infancia

La enfermedad afecta a la calidad de vida de los niños

S.F.

La dermatitis atópica es una enfermedad endémica no contagiosa que afecta a entre un 10 y un 20% de los niños de todo el mundo y a un 5% de los adultos. Se trata de un trastorno crónico que desarrollan las personas desde su nacimiento, aunque puede aparecer en distintas fases de la vida. Su debut suele ser en la infancia, casi siempre antes de los cinco años, y tiende a mejorar con la edad, puesto que un 70% de los atópicos dejan de hacer brotes al llegar a la edad adulta o ya en la adolescencia. Afecta por igual a ambos sexos y, aunque existe un factor hereditario, se trata de una afección poligénica, es decir, es producida por la combinación de mutaciones en varios genes y bajo la influencia de múltiples factores ambientales. Tal y como indica Eulàlia Baselga, dermatóloga pediátrica en la Clínica Dermatológica Dermik y miembro de la junta de la Asociación Española de Dermatología, "no solo cuenta la herencia genética, sino también otros factores como el estilo de vida y el entorno mediambiental".

Los dermatitis alterna fases no activas o interbrotes y fases agudas activas, conocidas como brotes. En ambas, un buen cuidado de la piel es esencial para aliviar los síntomas. Habitualmente, los primeros signos suelen ser piel seca y descamada y picazón y posteriormente la aparición de eccemas que pueden presentarse en las extremidades, la cara y en otras partes del cuerpo, aunque las áreas afectadas pueden variar en función de la edad. "En los bebés y los niños muy pequeños suelen aparecer en la cara, en niños más mayores se va localizando en los pliegues de los brazos y en las piernas", indica la especialista.

En la fase de interbrote es especialmente importante hidratar la piel diariamente y si se presenta un brote, los pacientes deben añadir una medicación tópica inmunosupresora para calmar la piel inflamada y aliviar el picor, que puede provocar heridas al rascarse, y puede ser una puerta de entrada a las bacterias, teniendo en cuenta que el niño atópico de por si tiene una piel de "mala calidad", carente de ciertas proteínas en el estrato corneo. En el caso de los niños, la enfermedad presenta unos inconvenientes añadidos, puesto que supone unas limitaciones en actividades propias de la infancia: "normalmente tienen problemas para dormir a causa de los picores, algo que repercute en su escolarización, ya que no descansan igual", indica la experta y añade: "también tienen problemas en la socialización, porque sienten vergüenza de su imagen corporal y se sienten rechazados, algo que pueden gestionar mejor los adultos". Sin olvidar que también habrá actividades que no podrán realizar, como la natación, porque el cloro les provocara más picor, o todas aquellas que puedan hacerles sudar, ya que también aumentará las molestias. Los deportes de montaña también pueden ser problemáticos, ya que el clima seco empeora su piel. Por ello, un tratamiento efectivo y un buen cuidado de la piel con productos específicos pueden aliviar mucho las molestias y mejorar su calidad de vida.

ENTREVISTA - PABLO GÓMEZ. Cirujano plástico

“A partir de los 35 años, las posibilidades de curación de una quemadura grave disminuyen”

JAN MILLASTRE

JOSEP M. ARDÉVOL

El especialista Pablo Gómez junto a Jan Millastre, presidente de la asociación KREAMICS.

Mi vida ha tenido la suerte de cruzarse con el especialista Pablo Gómez. Personas como él hacen que lo imposible sea realidad. Creo que no existen palabras para definir la vocación, empatía, profesionalidad y humanidad que hay que tener en las situaciones que se presentan en las unidades de quemados diariamente. Especialistas como Pablo Gómez aportan su granito de arena a la ciencia para que el mundo cada día sea mejor. La oportunidad de conocer a Rosa María Valls de Avène me ha permitido publicar esta entrevista.

¿La incidencia de las quemaduras está relacionada con el territorio?
Ciertamente. Se ha visto que en los países desarrollados, donde tenemos más medidas de protección, la incidencia es bastante baja. Podemos tener muchos quemados pero de gravedad leve. En los países en vías de desarrollo, sin embargo, esta incidencia es bastante más alta y, sobre todo, las quemaduras son de mucha mayor gravedad.

¿Cuál es el motivo más frecuente de quemadura grave en un país desarrollado?
El accidente casual, no el accidente laboral, ni el de tráfico, ni la agresión, ni la autolisis. Es decir, el accidente como tal, el casual. La mayoría de las quemaduras se producen por una llama o un fuego.

¿A partir de qué grado (de quemadura) la piel no puede regenerarse por sí sola y necesita de intervención quirúrgica?
A partir del segundo grado profundo, un estadio en el que todas las capas de la piel, tanto la dermis como la epidermis están quemadas.

¿Qué variables intervienen en la probabilidad de curación de una quemadura grave?
La extensión, la profundidad y la edad de la persona, pues a partir de los 35 años las posibilidades de curación van disminuyendo.

Una persona aún es joven a esa edad...
Efectivamente lo es, pero sus órganos quizás no tanto, o al menos no lo suficiente para poder aguantar con éxito todo el tratamiento que requiere una quemadura grave y que esté extendida. De hecho, en un caso como el tuyo, con el 90% del cuerpo quemado, se sabe que, por debajo de los 35 años de edad, la curación es posible en la mitad de los casos, mientras que a partir de esa edad, esta estadística empieza a reducirse progresivamente. Aunque seamos jóvenes, a partir de los 35 años, las posibilidades de curación de una quemadura grave y extendida van disminuyendo.

¿Por qué?
Porque con el fin de potenciar y agilizar la regeneración de la piel sana, hacemos trabajar al cuerpo al 100%. Sometemos al organismo a un gran estrés. El tratamiento requiere un sobreesfuerzo de todos los órganos del cuerpo. De manera que si previamente cualquier órgano no se encuentra en un estado óptimo, el tratamiento puede fallar.

¿En qué consiste el tratamiento?
Debemos quitar la piel quemada y cubrir el organismo de piel sana lo antes posible. Además, la piel solo puede ser del propio paciente. Aspecto que eleva la dificultad del tratamiento porque dependemos, de un modo u otro, del porcentaje de piel sana de la que disponga el afectado. En tu caso, por ejemplo, teníamos que cubrir el 90% de tu cuerpo con piel extraída de tu talón y cuero cabelludo, que representaba tan solo un 10% de piel sana. El tiempo es importante. Por ello, forzamos a todos los órganos del cuerpo para que trabajen al 100% y así lograr que el proceso de regeneración de la piel sana sea lo más rápido posible. Mientras se hace este proceso de injerto, usamos piel de donante, que dura como máximo tres semanas.

¿Por qué solo sirve la piel del propio paciente?
Porque es el órgano más capacitado del organismo para estimular la respuesta antigénica, es decir, de rechazo. La segunda capa de la piel, la epidermis, siempre deberá usarse la del propio paciente. Sin embargo, la primera capa, la dermis, no tiene esa capacidad de rechazo. De hecho, se usa dicha capa de un donante para hacer la cobertura definitiva.

Han pasado cerca de 20 años desde que yo me quemé. ¿Qué avances ha habido en el tratamiento desde entonces?
Ha habido pequeños avances pero han logrado que la terapia sea más efectiva y comporte menos complicaciones. Se ha producido un progreso en el soporte vital del paciente. Tanto las formas de alimentarlo como el manejo de las infecciones y de las complicaciones respiratorias han mejorado. Sin olvidar los beneficios que ha aportado la dermis artificial Integra, primer sustituto cutáneo con capacidad para regenerar la dermis. Este proporciona una cobertura fisiológica postescisional y consigue disminuir el estrés metabólico. Como regenerador dérmico, además, genera una neodermis similar a la original, que ayuda a mejorar la calidad estética y funcional de la cicatriz.

PERFIL

De origen maño, este especialista en cirugía plástica y reparadora, Pablo Gómez A. Morell, es actualmente facultativo del servicio de cirugía plástica y quemados del Hospital Vall d’Hebron de Barcelona, unidad de la que fue responsable durante once años. Desde 1987 es miembro asociado de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética y pertenece en la actualidad a múltiples asociaciones como la American Burns Association, entre otras. Asimismo, es autor de múltiples artículos publicados en revistas especializadas a nivel nacional e internacional y coautor del libro *¿Quemaduras? 100 preguntas más frecuentes*.

Nada más
asisa