



El diagnóstico precoz y la Medicina de Precisión cercan al cáncer de próstata

Hoy se celebra el Día Mundial de este tumor, que es el más frecuente entre los hombres y el tercero más mortal. Pero los expertos son optimistas, ya que las nuevas terapias elevan la supervivencia con mayor calidad de vida [P.4-5](#)



Los pacientes reclaman que el de próstata sea el cuarto cribado oncológico [P.6-7](#)

Confirman las ventajas del uso de las terapias CART en estadios precoces del cáncer [P.10-11](#)

La dieta del macrotipo propone ajustar el menú según el perfil metabólico de cada persona [P.15](#)

Opinión

El punto

El regalo envenenado de la medicina de urgencias

Sergio Alonso

El reconocimiento de la especialidad de medicina de urgencias constituye una reivindicación histórica de los facultativos que trabajan en estos servicios y en los dispositivos de emergencias de toda España. Desde hace años, y con gobiernos de todo signo, su sociedad científica, la Semes, ha venido clamando en el desierto en favor de una regulación legislativa en línea con la existente en otros países europeos. Siempre se dijo que los altos cargos del Ministerio de Sanidad no darían nunca el paso por temor a provocar la ira de otras especialidades que se oponen, especialmente dentro de la medicina de familia, que cuenta dentro de este departamento con numerosos representantes en puestos intermedios, que a la postre son los que mandan. También se habló del temor de Sanidad a desatar una lluvia de peticiones de reconocimientos de especialidades por parte de otros facultativos, como la de enfermedades infecciosas, produciéndose una suerte de efecto dominó de impredecibles consecuencias en la profesión. Después de cuatro años y cinco ministros del ramo, el Ministerio se ha lanzado finalmente a la creación de un decreto de reconocimiento a apenas seis semanas de las generales. Las sombras planean sobre esta tramitación. ¿Por qué ahora y no antes? ¿Habrá tiempo para aprobarlo esta legislatura? Su aprobación demostraría valentía del Gobierno por hacer lo que ningún otro hizo. Su no aprobación constituiría una herencia envenenada para el Gobierno que salga de las urnas. Si dicho Ejecutivo no lo aprobara, los facultativos de urgencias se le echarían encima, y con razón. Y si lo hiciera, serían las potentes sociedades de medicina de familia y otras especialidades no reconocidas los que pondrían el grito en el cielo.

El Semáforo ●●●



Juan Yermo

Director general de Farmaindustria

● Decidida apuesta por el Código de Buenas Prácticas

Ha lanzado la primera Certificación Europea del Conocimiento del Código, una iniciativa innovadora que nos sitúa a la vanguardia.



M. Alfonsel

Directora general de Fenin

● Nueva entrega de los Premios Voluntades de RSE

Reconoce seis proyectos que muestran el compromiso del sector de la tecnología sanitaria con el desarrollo sostenible.



Elena Mantilla

Dir. gral. de Ordenación Sanitaria de Madrid

● Ratificada la Ley de Farmacia de la región de Madrid

El Gobierno ratifica la Ley de Ordenación y Atención Farmacéutica que mejora los derechos de usuarios y profesionales.



Albert Sumarroca

CEO en Synlab Iberia

● Condenado a pagar una fuerte indemnización

Synlab y tres de sus trabajadores en España abonarán casi 200.000 euros por diagnosticar como cáncer un tumor benigno.



J. Mª Fernández Sousa-Faro

Presidente PharmaMar

● China acepta la aprobación de lurbinedina

El gigante asiático aprueba el uso de lurbinedina para tratar a adultos con cáncer de pulmón microcítico metastásico.



Luis González

Expresidente del COFM

● Medalla al Mérito de la Guardia Civil

González ha sido condecorado con la Medalla al Mérito en el Colegio de Guardias Jóvenes Duque de Ahumada de Valdemoro (Madrid).



Ana Céspedes

Directora mundial de Operaciones de IAVI

● Medalla de Oro de Castilla-La Mancha

Doctora en Farmacia y natural de Barrax (Albacete), ha recibido «con gran orgullo y responsabilidad» el reconocimiento de sus paisanos.



Enrique Ordieres

Presidente de Cinfa

● Da visibilidad a las cardiopatías

Cinfa y Menudos Corazones han creado un cortometraje protagonizado por Belén Rueda para concienciar sobre patologías congénitas.



Ricardo Ogawa

Director gral. Astellas Pharma en España

● Dirigirá Astellas en España y Portugal

Cuenta con gran experiencia en entornos laborales multiculturales y en el análisis de las necesidades de los sistemas sanitarios.



Javier Cortés

Presidente de la Fundación Contigo

● Cena benéfica para investigar el cáncer en la mujer

La velada recaudó 185.000 euros destinados al «Estudio de los carcinomas lobulillares mediante la tecnología de Single Cell».



Eduardo Baviera

Consejero delegado de Clínica Baviera

● Interesante trabajo sobre la miopía y el cerebro

Realiza con la Universidad Complutense un estudio de neuromarketing para analizar las respuestas del cerebro ante la visión borrosa.



Manuel Martín

Pdte. Sociedad Esp. Psiquiatría y S. Mental

● España, a la cola de Europa en psiquiatras

El nuevo Libro Blanco de la Psiquiatría alerta de la escasez de profesionales, a pesar del auge de estos problemas.

Opinión

El bisturi

A vueltas con la educación sexual

José A. Vera

Generaron polémica las declaraciones de Irene Montero a propósito de la educación sexual de los niños. Vuelve esa polémica como consecuencia de que la ONU, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Rutgers, respaldan una campaña global sobre la educación en sexualidad de los niños pequeños en primaria. El gobierno de Biden se ha puesto a la cabeza del programa, pero es algo que están implementando todos los gobiernos.

Irene Montero dijo: «Todos los niños, las niñas, les niñas de este país tienen derecho a conocer su cuerpo, a saber que ningún adulto puede tocar su cuerpo si ellos no quieren, y que eso es una forma de violencia. Tienen derecho a conocer que pueden amar o tener relaciones sexuales con quien les dé la gana, basadas, eso sí, en el consentimiento. Y esos son derechos que tienen reconocidos».

Esa expresión, objeto de una querrela criminal contra la ministra, fue entendida por algunos como que se estaba alentando desde el gobierno a sexualizar a los niños en las escuelas, con interpretaciones que fueron incluso mucho más allá al entender que se justificaba la pedofilia, en cierta medida, lo cual Montero rechazó.

La polémica sigue abierta porque ahora se critica que la ONU y la OMS alienten a los educadores a enseñar a los niños pequeños, a partir de los cinco años, sobre temática de besos, abrazos y tocamientos.

La realidad es que un niño pequeño no tiene madurez suficiente para ser «educado» en tales cuestiones, algo que debería hacerse siempre de acuerdo con los padres. Claro que en muchos centros ya se instruye a las crianzas sobre atracción y estimulación sexual, exploración del cuerpo, parejas sexuales, juegos eróticos y hasta «elección del sexo». Sin preguntar a los progenitores.

Estancias temporales

por vacaciones o respiro familiar

Pueden contratarse desde un fin de semana, una semana, quince días, dependiendo de las necesidades del mayor y de sus familiares. Además de ser un respiro para el cuidador, permite fomentar las capacidades físicas y cognitivas de las personas mayores a través de un cambio en su rutina y la ampliación de su entorno social.

Residencias y Centros de Día

para personas mayores

www.amavir.es

901 30 20 10



La llegada de nuevas moléculas ha aumentado la supervivencia y la calidad de vida»

Dr. Javier Romero-Otero

Director médico de ROC Clinic y director de Urología de HM Hospitales



El “screening” con PSA es eficaz y salva vidas al reducir la tasa de mortalidad un 30% a largo plazo»

Dr. Karin A. Touijer

Experto en próstata en el Memorial Sloan Kettering Cancer Center de Nueva York



El primer panel del Foro estuvo orientado al abordaje de la enfermedad desde el punto de vista médico

Diagnóstico precoz y Medicina de Precisión acercan al tumor de próstata

► Se trata del cáncer más frecuente y el tercero más mortal entre los varones, pero nueve de cada diez se curan gracias a las nuevas herramientas terapéuticas

Raquel Bonilla. MADRID

Aseguran los expertos que, si viviéramos una media de cien años, todos los hombres acabarían desarrollando un cáncer de próstata. Y aunque ese extremo todavía es una utopía, lo cierto es que las estadísticas ya confirman que se trata de una espada de Damocles que sobrevuela a un gran número de varones. En concreto, se estima que se diagnostican más de 29.000 casos de cáncer de próstata al año, convirtiéndose así en el tumor más detectado en nuestro país entre los hombres, según datos de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Esa alta frecuencia ha provocado que esta enfermedad se encarama en el tercer puesto del macabro pódium de los tumores más mortales en varones, con cerca

de 6.000 fallecimientos al año, tan solo por detrás del de pulmón y el colorrectal.

Ante ese escenario que, a priori, puede resultar oscuro, hay motivos más que contundentes para ser optimistas y dejar entrever esperanzadores rayos de luz. Así se puso de manifiesto el pasado miércoles durante el I Foro de Cáncer de Próstata organizado por LA RAZÓN, en colaboración con ROC Clinic, con motivo del Día Mundial del Cáncer de Próstata, que se conmemora cada 11 de junio.

La cita arrancó con un panel de expertos encabezados por el doctor Javier Romero-Otero, director médico de ROC Clinic y director del Departamento de Urología de HM Hospitales en Madrid, quien estuvo acompañado en la sala por el doctor Alfredo Rodríguez Antolín, jefe de Servicio de Urología del Hospital

REPORTAJE GRÁFICO: ALBERTO R. ROLDÁN Y JESÚS G. FERIA



Los tumores de bajo riesgo se curan casi todos y los agresivos son una carrera de fondo con buen final»

Dr. Alfredo Rodríguez Antolín

Jefe de Servicio de Urología del Hospital Univ. 12 de Octubre de Madrid



Los test genéticos nos dan información para anticipar el pronóstico y escoger el mejor tratamiento»

Dr. Juan F. Rodríguez Moreno

Coordinador del área de cáncer de próstata y melanoma en HM CIOCC

Universitario 12 de Octubre de Madrid, y del doctor Juan Francisco Rodríguez Moreno, oncólogo médico y coordinador del área de cáncer de próstata y melanoma en HM CIOCC. Además, en el coloquio participó el doctor Karim A. Touijer, experto en próstata en el Memorial Sloan Kettering Cancer Center de Nueva York, quien se conectó de manera telemática.

Los cuatro expertos coincidieron en la necesidad de transmitir un mensaje de optimismo para aquellos que se enfrentan a esta enfermedad. «Vivimos un momento dulce en el abordaje del cáncer de próstata porque lo diagnosticamos muy pronto, antes de que sea mortal, gracias a herramientas muy certeras; tenemos una terapéutica muy buena que nos permite ser muy eficaces con escasos efectos secundarios y, finalmente, en los

Para la incontinencia y la disfunción eréctil también hay diversas soluciones, según los expertos

Lo más importante es anticiparse y eso se consigue con una visita anual al urólogo

estadios finales de la enfermedad, gracias a la exitosa investigación desarrollada en los últimos años se ha autorizado un gran número de moléculas que no solo han aumentado la supervivencia de los pacientes, sino que, además, han mejorado muchísimo la calidad de vida de los mismos. Por todo ello, debemos concienciar a la población masculina de la importancia de acudir a las revisiones anuales, porque en caso de que se diagnostique algo, hay muchas soluciones a nuestra disposición», aseguró el doctor Romero-Otero.

De hecho, tal y como apuntó el doctor Rodríguez Antolín, «nueve de cada diez tumores de próstata que diagnosticamos hoy en día en estado localizado son curables, mientras que apenas un 5% se detecta en fase metastásica. Por eso tenemos argumentos más que só-

lidos para invitar a los varones a que visiten a su urólogo para hacer una revisión de su PSA a través de la analítica y un tacto rectal anual».

En este sentido, el doctor Touijer recordó que «hay estudios randomizados en Europa que demuestran que con el “screening” con PSA se salvan vidas y se reduce la tasa de mortalidad un 30% a largo plazo. Y en EE UU, después de algunas dudas, el tiempo ha dado la razón y está claro que el cribado con PSA es fundamental». Sin embargo, el doctor Rodríguez Antolín matizó que «el PSA hay que saber leerlo, pues es un marcador poco específico y se corre el riesgo de sobrediagnosticar tumores de bajo riesgo. Por suerte, cada vez tenemos herramientas más precisas, como la resonancia magnética y, en caso de necesidad, hemos cambiado la biopsia transperineal por la de fusión guiada con resonancia magnética y bien dirigida al nódulo prostático. Este es el estándar actual y los resultados son muy superiores. Sin embargo, no hay que olvidar que esto todavía no es posible en todos los hospitales de nuestro país, pero tampoco de Europa o de EE UU».

Abordaje multidisciplinar

Una vez diagnosticado el cáncer de próstata, el abordaje que se realiza actualmente de la enfermedad nada tiene que ver al que se hacía años atrás. «Hoy en día trabajamos con equipos multidisciplinarios que analizan cada caso de forma individualizada, pero teniendo en cuenta todas las aristas y en un contexto integral. Esto es muy enriquecedor para el profesional, pero también para el paciente», aseguró el doctor Rodríguez Moreno, quien hizo hincapié en que «gracias a los test genéticos que tenemos a nuestra disposición ya somos capaces de anticiparnos al pronóstico de cada caso, además de darnos información diagnóstica, es decir, en función de las características del tumor podemos optar por terapias dirigidas que sabemos que van a funcionar mejor. Esto nos permite escoger el abordaje de cada paciente de una manera personalizada».

De hecho, cuando se trata de un varón de edad avanzada y el tumor no muestra rasgos de agresividad es posible, incluso, «optar por la vigilancia activa, que implica análisis de sangre con PSA y resonancia magnética en los dos primeros años para ver si el tumor se va haciendo más agresivo», detalló el doctor Romero-Otero. Otras alternativas son la cirugía y la radioterapia. «En el primer caso, una prostatectomía radical se puede hacer con bisturí, laparoscopia o con robot. En cualquier caso lo importante es ponerse en manos de un buen cirujano,

pues los resultados oncológicos suelen ser similares», reconoció el doctor Rodríguez Antolín. Y es que, el objetivo en estos casos siempre es curarse del tumor, pero no hay que olvidar que tanto en esta intervención radical como en la radioterapia pueden aparecer secuelas como incontinencia y disfunción eréctil, «algo que puede mermar la calidad de vida del paciente», apuntó el doctor Rodríguez Antolín. Sin embargo, tal y como confirmó el doctor Romero-Otero, «ya tenemos soluciones para la gran mayoría de esos casos, gracias a la rehabilitación, a la intervención quirúrgica con una malla o esfínter urinario, en el caso de las pérdidas de orina, mientras que disponemos de inyecciones intravenosas e incluso prótesis de pene para las situaciones de disfunción eréctil».

Recaídas

Tras apostar por un abordaje curativo de la enfermedad puede ocurrir que, al cabo del tiempo, el PSA comience a subir de nuevo y, a largo plazo, el cáncer regrese, lo que se convierte en un jarro de agua fría para el paciente. «Pero hay que desmitificar la palabra recidiva porque ya tenemos herramientas muy sensibles que nos permiten hacer un seguimiento muy estricto y anticiparnos a las recaídas. Tenemos a nuestra disposición la radioterapia y la hormonoterapia con inyecciones que se ponen cada tres o seis meses y que ya van por la tercera generación con un gran perfil de tolerabilidad que permiten al paciente llevar una vida activa y totalmente independiente», explicó el doctor Rodríguez Moreno, quien avanzó que «ya van llegando alternativas tan efectivas como los radiofármacos, que son medicamentos intravenosos que irradian las células “malas” desde dentro, siendo capaces de discriminar entre las células tumorales de las que no lo son, a diferencia de lo que ocurre con la quimioterapia, que cada vez se usa menos en este tumor».

Por todo ello, el doctor Rodríguez Antolín cerró su intervención asegurando que «el futuro del cáncer de próstata es espléndido, pero es que el presente ya resulta impresionante. Los tumores de bajo riesgo prácticamente se curan todos, y los de mayor agresividad nos obligan a realizar una carrera de fondo, pero con un buen final». Así, el doctor Romero-Otero puso el broche a esta mesa redonda insistiendo en la necesidad de «detectar a tiempo el tumor con herramientas diagnósticas muy certeras y poco invasivas, abordándolo con terapias que curan y dejan pocas secuelas, y si aparecen se pueden tratar, pero la clave está en acudir a tiempo».

Reclaman que el de próstata sea el cuarto cribado en cáncer

► Los pacientes piden su implementación para reducir la mortalidad y el retraso diagnóstico, así como un mejor acceso a todos los tratamientos, no solo farmacológicos

Eva S. Corada MADRID

Nunca el diagnóstico de una enfermedad es una buena noticia. Incluso cuando es temprano y ello signifique que podrá tratarse de forma precoz, lo que en casi todas las patologías se traduce en un mejor pronóstico. Tampoco es diferente cuando hablamos de cáncer de próstata, el tumor más frecuente en los hombres. Y no ya porque se trate de una enfermedad cuyo nombre da miedo de por sí, sino porque, además, este tipo en concreto lleva consigo aparejadas una serie de connotaciones que van mucho más allá del tumor. Incluso aunque, como sucede en este caso, las estadísticas digan que alrededor de nueve de cada 10 afectados sobrevivirá.

Sobre la importancia de la prevención y la detección precoz, del estigma que en algunos casos supone o del tabú a hablar abiertamente del cáncer de próstata, así como de las necesidades de los pacientes y el papel de las asociaciones se habló en la segunda mesa redonda del I Foro de Cáncer de Próstata –celebrado este jueves en la casa de LA RAZÓN en colaboración con ROC Clínic– con motivo del Día Mundial de la enfermedad, en la que se dio voz a los pacientes y las asociaciones para expresar sus necesidades y puntos de vista sobre el tema.

Y si, tal y como dejaron claro los expertos que tomaron parte en la primera mesa del encuentro (ver páginas anteriores), los estudios han demostrado que el uso del análisis de PSA reduce las cifras de mortalidad hasta en un 30% –un tema que durante años generó cierta controversia entre la comunidad científica a propósito de los pros y contras de su uso– y que ahora y, tras estas últimas eviden-

cias científicas, los pacientes reclaman como herramienta para su diagnóstico temprano.

«Desde la Asociación de Cáncer de Próstata (Ancap) pedimos tener un cribado poblacional amparados en las indicaciones de la Comisión Europea en su Plan de Lucha contra el Cáncer, que el año pasado incluyó tres nuevos tipos de tumores para tener cribado: pulmón, próstata y gástrico. Queremos ser el cuarto cáncer en España en tener un cribado después de los de mama, colon y cuello de útero», cuenta Santiago Gómez Díaz, vicepresidente primero de Ancap.

Una petición que sostiene, además de en la Ciencia y la normativa comunitaria, en los datos aportados por la Organización Mundial de la Salud, que estima habrá un

«alarmante aumento en el número de casos: de aquí a 2030 se prevé que se producirá un incremento en este tipo de cáncer del 38%. Ante estas cifras, el mensaje es que los mayores de 50 y los de 45 con antecedentes se hagan la prueba del PSA (que además se hace de forma muy sencilla, como otra analítica más), y la necesidad de cribado», argumenta.

Y por si esto fuera poco, esgrime también en favor de su puesta en marcha el ahorro económico que para la Sanidad supondría: «Uno de los fines por los que existimos es trasladar a la población esta posibilidad de realizarse un cribado de este tipo, cuesta entre 1 y 9 euros una determinación del PSA y una prostatectomía en el Sistema Nacional de Salud está en torno a los 9.000. Por ello el mensaje del diagnóstico precoz, porque estamos convencidos de que salva vidas», explica Gómez Díaz.

Y es que el diagnóstico precoz es determinante en el pronóstico y evolución de la enfermedad, ya que permite actuar con rapidez y que ésta no avance para que, no solo no quite años de vida a los pacientes, sino que, además, no llegue a quitarles calidad de vida.

Desigualdades

Pero una vez recibido el diagnóstico las necesidades de los pacientes son otras. Y van desde el apoyo emocional al abordaje de las secuelas derivadas de los diferentes tratamientos disponibles, pasando por un mejor acceso a los fármacos innovadores.

Sobre este último punto habló Marcos Martínez, gerente del Grupo Español de Pacientes con Cáncer (Gepac) y paciente a su vez de cáncer de próstata, quien quiso poner de manifiesto las desigualdades «incluso entre hospitales en una misma ciudad así como la in-

La OMS estima que habrá un incremento del 38% en el número de casos de aquí al año 2030

Los mayores de 50 o aquellos de 45 con antecedentes familiares deberían visitar a su urólogo



«Todos debemos tener derecho a lo mismo y es algo que nos preocupa y en lo que estamos trabajando»

Marcos Martínez
Gerente de Gepac



«Estos pacientes suelen mostrarse reacios a contar cómo se sienten o sus preocupaciones»

Lara Fernández
Psico-oncóloga de Gepac

FOTOS: JESÚS G. FERIA Y ALBERTO R. ROLDÁN



Foto de familia de los participantes en segunda mesa redonda del I Foro de Cáncer de Próstata

corporación de medicamentos innovadores, con más de 600 días de retraso y en algunos respecto de otros países de Europa, y en casos con restricciones por cuestión de edad. Todos debemos tener derecho a los mismo y es algo que nos preocupa y estamos trabajando para evitarlo. Pero los informes nos dicen que los tiempos en vez de acortarse se están ampliando y hay que tratar de buscar la solución menos mala si se quiere para los pacientes».

Por su parte, Ana Isabel González Márquez, responsable del Área de Programas y Servicios en la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), preguntada por las necesidades no cubiertas de estos pacientes quiso destacar, «además de aquellas enfocadas al impacto emocional, el acceso también a ayudas del tipo de inserción laboral, a terapias de ajuste sexual, de rehabilitación física... estas inequidades del sistema también tienen que ponerse sobre la mesa más allá de los tratamientos farmacológicos», reclamó.

Psicología y secuelas

Porque aunque es cierto que las posibles secuelas que pueden quedar tras una intervención se pueden tratar y evitar, no lo es menos que se trata de un aspecto en el que aún hay que trabajar.

Hablamos de problemas como la incontinencia urinaria o la disfunción eréctil, pero no es menos serio el aspecto emocional, los cuadros de ansiedad o depresión o pérdida de autoestima «que en ocasiones responde a una mal entendida masculinidad», señaló Santiago Gómez.

«Los problemas de disfunción eréctil y las pérdidas miccionales afectan a entre el 25-75% de los pacientes prostatectomizados y el 50% de los radiados. Observamos también estenosis de uretra acortamiento de pene, pérdida de eyaculación, hematuria, etc. Hay una serie de efectos secundarios, pero lo positivo es que estas secuelas que se padecen se pueden tratar y desaparecer», asegura el vicepresidente de Ancap.

Además, otro problema, prosigue, es que «no se ofrecen la posibilidad de ponerte una prótesis tras una prostatectomía, como sí sucede en el caso de mujeres con cáncer de mama, y debería hacerse. Otro detalle es el número de

famosos que dan la cara en comparación de nuevo con el cáncer de mama para reforzar la autoestima frente a la cantidad de mujeres que sí lo hace».

El plano psicológico y emocional es otro importante aspecto a tener muy en cuenta, como explicó Lara Fernández, psico-oncóloga de Gepac: «Estos pacientes, en general, suelen mostrarse más reacios a contar cómo se sienten o sus preocupaciones y los temas que se tratan, como la sexualidad, la autoestima o la incontinencia, no son sencillos de hablar. Por eso trabajamos con ellos el manejo de los efectos secundarios para que, a pesar de las dificultades, puedan adaptarse a ellas y llevar la vida lo más normalizada posible. También buscamos evitar los miedos generados por la desinformación, resolver dudas y capacitar al paciente para que se comunique con sus médicos y vivir con un poco más de control o seguridad (aunque en ocasiones la situación es incontrolable), de la mejor manera posible».

La experiencia del paciente

Prueba de que todo esto es posible y de los avances logrados es Félix Navas Alonso, paciente de cáncer de próstata. Su testimonio no dejó lugar a dudas: «Cuando me diagnosticaron tenía claro que no solo quería sobrevivir, sino seguir viviendo intensamente. Y la Medicina actual ofrece nos solo curación física sino también sexual, psicológica...», aseguró.

Así, antes de someterse a una cirugía abierta de prostatectomía radical, le recomendaron hacer fisioterapia de suelo pélvico para evitar problemas incontinencia. «El primer ejercicio era “introduzca el dedo en la vagina”... Tras resolverse el equívoco, el tratamiento fue efectivo, y a los 7-8 días pude prescindir de los pañales porque el control fue total. Y a los 20 me incorporé al trabajo», narró.

Navas puso especial énfasis en la importancia de la salud sexual, y aseguró que «los avances farmacéuticos y en Urología han logrado enormes logros cuando se ha perdido. Por eso, una vez recuperada, hay que disfrutarla con la pareja, o con nosotros mismos. Porque la labor del urólogo no se acaba con la operación. Debemos explicarles nuestras inquietudes, aunque sea en lenguaje tabernario o vulgar, para que nos ayuden en nuestras necesidades. Soy consciente de que la sexualidad es un tema muy íntimo y particular pero quiero transmitir que, mientras persista el deseo, ni la prostatectomía ni la edad deben ser obstáculo para seguir disfrutándola».



Hay secuelas derivadas del tratamiento, pero pueden tratarse y desaparecer»

Santiago Gómez
Vicepresidente primero de Ancap



También tiene que haber ayudas para la rehabilitación física o el impacto emocional»

Ana Isabel González
Resp. Área Programas y Serv. AECC



Cuando me lo detectaron tenía claro que quería seguir viviendo de forma intensa, no sobrevivir»

Félix Navas
Paciente de cáncer de próstata

Tecnología más eficaz para detectar el tumor a tiempo

► Los médicos del IVO recomiendan realizarse controles a partir de los 50 años y, en caso de existir antecedentes, a partir de los 40

C. Aparicio. VALENCIA

En España, el cáncer de próstata es el tumor más frecuente en varones y la tercera causa de muerte por cáncer en hombres por detrás del de pulmón y de colon. La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), estima que, en 2023, 1 de cada 8 hombres será diagnosticado de esta enferme-

dad, superando los 30.000 nuevos casos. La mayoría de ellos ocurren en varones de edad avanzada, siendo el 90% de los pacientes mayores de 65 años y la edad media de diagnóstico de 75 años.

Pese a su alta incidencia, detectado en fases iniciales este tipo de tumor presenta una tasa de supervivencia estimada en torno al 90%, tal y como señala desde el Instituto Valenciano de Oncología (IVO),

el jefe del Servicio de Urología, el doctor Juan Casanova: «Hace 40 años el 90% de los pacientes con cáncer de próstata fallecía y ahora ese mismo porcentaje es el de curación». Se trata además de un tumor que gracias a los avances en materia de investigación va camino de poder «cronificarse», lo que supondría «frenar su desarrollo y permitir una larga supervivencia en casos de metástasis o tumores más avanzados».

El cáncer de próstata no asocia síntomas en sus estadios iniciales. Para un diagnóstico precoz son necesarias las evaluaciones anuales a partir de los 50 años con un PSA. «Los síntomas urinarios típicos como nocturia, sensación de urgencia miccional, frecuencia, vaciado incompleto, son inespecíficos y no están vinculados al cáncer de próstata sino a la hiperplasia o agrandamiento prostático que todos los adultos varones sufren. Es muy importante la visita anual al urólogo que será capaz de interpretar estos síntomas y signos de manera adecuada y precisa».

Recuerda también que los avances en pruebas de imagen como la resonancia y el PET combinadas con el PSA permiten el diagnóstico más preciso del cáncer y evitan muchas biopsias innecesarias. Y explica que el IVO cuenta con un programa de Diagnóstico Precoz Oportunista para el Cáncer de Próstata mediante un tacto rectal y una analítica de sangre para determinar el PSA.

Factores de riesgo

Ante la duda de si existe alguna predisposición genética a desarrollar cáncer de próstata, los expertos avisan de que en cierto modo sí, pero que no todos los tumores tienen ese origen. «Hay dos situaciones a nivel familiar que aumentan el riesgo de padecer un cáncer de próstata: el que se presenta en el contexto de una familia en el que existe una cierta agregación de casos que es el denominado cáncer familiar y ocurre en aproximadamente el 20 % de los casos; por otro lado está el hereditario, es menos frecuente y es el responsable de aproximadamente el 5% de los casos de los cánceres de próstata diagnosticados», según José Antonio López Guerrero, jefe de servicio del Laboratorio de Biología Molecular del IVO.

¿Cómo se aborda este tipo de

cáncer? Como explica el doctor Miguel Ángel Climent, jefe clínico del Servicio de Oncología Médica del IVO, la situación puede ser diferente según la extensión de la enfermedad en el momento del diagnóstico. «Hay que verificar si el cáncer está localizado en la próstata mediante pruebas diagnósticas como una resonancia magnética o un TAC o si, por el contrario, el tumor ya tiene metástasis cuya localización más frecuente es en los ganglios linfáticos o en los huesos, lo que implicaría la realización de una gammagrafía ósea o rastreo óseo».

¿Y cuál es el papel de la radioterapia? Como explica el doctor Leoncio Arribas, jefe del Servicio de Oncología Radioterápica del IVO, la radioterapia es otro de los tratamientos que resultan más eficaces. «En los estadios iniciales de bajo riesgo, tanto la cirugía como la braquiterapia son los tratamientos más utilizados». En el caso de estadios de riesgo intermedio, el experto señala la bra-

Uno de cada ocho hombres en España será diagnosticado de esta enfermedad en 2023

La tasa de supervivencia estimada para este tumor está en torno al 90%

quiterapia como la radioterapia externa- solas o combinadas entre sí o con hormonoterapia- como las opciones terapéuticas de mayor efectividad.

La cirugía robótica se ha erigido como uno de los «mayores avances» para el tratamiento quirúrgico radical del cáncer de próstata, tal y como señala el doctor Miguel Ramírez-Backhaus, jefe clínico del Servicio de Urología del IVO. Se trata de una técnica mínimamente invasiva de última generación, con la que el Servicio de Urología del IVO ha superado las 500 intervenciones en apenas cuatro años.

Por su incidencia y por su impacto en la supervivencia, el de próstata representa un foco prioritario a nivel de investigación, centrada fundamentalmente en la mejora de la detección precoz y el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas, que sin duda, tendrán un impacto en la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes.



De izquierda a derecha, los doctores Arribas, Climent, Casanova, Ramírez y López Guerrero

Claves

► Desde el año 2020, el IVO ha aplicado esta técnica diagnóstica pionera que ha permitido detectar cerca de 350 casos de pacientes con lesiones «indetectables» por otras técnicas de diagnóstico de cáncer de próstata.

► Hay dos situaciones a nivel familiar que aumentan el riesgo a padecer un cáncer de próstata: el denominado «cáncer familiar» y el «hereditario», en función de los casos y el contexto de los miembros de la familia.

► Los avances en pruebas de imagen permiten un diagnóstico más preciso, evitando muchas biopsias innecesarias. El IVO cuenta con un programa de diagnóstico precoz mediante tacto rectal y analítica de sangre.

DAVID JAR



En 10 preguntas

Dres. Raúl Matute y Alejandro Mazal
Responsables del Centro de Protonterapia Quirónsalud

«La protonterapia permite tratar cada vez más tumores complejos»

E. G. V. MADRID

1. Madrid acoge la reunión del Particle Therapy Co-Operative Group, considerado el Congreso Mundial de Protonterapia. ¿Qué beneficios ofrece esta técnica con respecto a otros tratamientos oncológicos?

La protección de los tejidos sanos y la reducción de las secuelas en tratamientos de radioterapia para un número seleccionado de localizaciones (pediatría, tumores de base de cráneo, oftalmología, reirradiaciones...). Lo importante es que dichas localizaciones van en aumento a medida que se abren nuevos centros y se inician protocolos clínicos incluyendo localizaciones menos «raras», como los tumores de cabeza y cuello.

2. Su centro fue pionero en el uso de esta técnica en España. ¿Qué balance hacen de estos años?

Son años de «crear la cultura» de los protones en un país que evoluciona de no tener ningún centro

hacia la perspectiva de contar con un alto número de ellos. No se trata de crear una nueva necesidad, sino de pensar en esta herramienta como elemento de tratamiento en casos complejos y en los que la mejora de vida será significativa.

3. ¿Cuáles han sido los principales logros en este tiempo?

Iniciar los proyectos en plazo, aumentar el número y el tipo de localizaciones tratadas, participar activamente en la formación de los profesionales que se integran a los circuitos de selección e indicación de casos, tratamiento y seguimiento de los pacientes, así como integrarnos en la comunidad internacional como un centro activo en la aplicación clínica de la protonterapia y su desarrollo.

4. ¿Están investigando nuevas indicaciones de protonterapia?

Existen en este momento unos 300 protocolos activos reflejados en la web de la sociedad PTCOG, incluyendo no sólo las indicaciones ya reconocidas, sino también en ca-

beza y cuello, pulmón, mama, hígado, páncreas, esófago, recto, próstata, vejiga, tumores ginecológicos, sarcomas... Dada la limitación en la capacidad de los centros existentes (alrededor de una centena en el mundo), muchos de estos protocolos se dirigen a casos particulares.

5. Han puesto en marcha un estudio en cordomas y condrosarcomas para reducir las sesiones de tratamiento en estos tumores. ¿Cómo van a conseguirlo?

Este protocolo está basado en una experiencia existente con fotones,



Este tratamiento protege los tejidos sanos y reduce las secuelas de la radioterapia»

a la cual se agrega la precisión de los protones. Esa reducción de sesiones, llamada hipofraccionamiento, es posible por dicha selectividad y se aplica a tumores de dimensiones limitadas. En este caso concreto se trata de pasar de 37 a 5 sesiones en cordomas y condrosarcomas de la base del cráneo, en general después de una cirugía, en los que ya pasamos la fase de factibilidad y con buena tolerancia y baja toxicidad aguda en los primeros pacientes seleccionados.

6. Es un ensayo clínico fase II para probar la eficacia de la protonterapia hipofraccionada. ¿En qué punto está el estudio?

Está en fase de reclutamiento de pacientes. Cuando alcancemos el número suficiente y completemos el tiempo de seguimiento, seremos capaces de analizar los resultados en base a dos aspectos: la al menos igualdad en la eficacia terapéutica en relación al tratamiento largo estándar y la tolerabilidad aguda y crónica de nuestro esquema. Nuestros resultados serán

dados a conocer a la comunidad científica.

7. ¿Esta modalidad se aplica ya con éxito en otros tumores?

Hay algunas experiencias institucionales retrospectivas publicadas en tumores de próstata, pulmón, sarcomas retroperitoneales, mama, tumores hepáticos, reirradiaciones de tumores de nasofaringe y tumores cerebrales benignos como meningioma o neurinomas. Los resultados son prometedores. Pero, hasta nuestro conocimiento, este es el primer ensayo europeo prospectivo perfectamente reglado de un hipofraccionamiento más extremo en este tipo de tumores.

8. ¿Cómo está incidiendo en la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes?

El hipofraccionamiento se utiliza de forma habitual en los esquemas de radioterapia en un amplio abanico de tumores. En algunos tumores, supone incluso una mejora en dichas tasas de supervivencia. La incorporación de esta estrategia reducirá los efectos secundarios de nuestros tratamientos y mejorará la calidad de vida de los pacientes. El hecho de reducir el número de sesiones de radioterapia hace que la experiencia del paciente mejore notablemente.

9. Estamos ante un tratamiento con acceso limitado en España, pero en los próximos años habrá más centros que la incorporen. ¿Qué supondrá para los pacientes con cáncer de nuestro país?

La disponibilidad de nuevos centros con una distribución geográfica que respete la densidad de población y características regionales, supone una facilidad de acceso para los pacientes en los que la protonterapia está indicada, así como la capacidad de poner en marcha nuevos protocolos clínicos, comenzando por los que están ya en curso en el resto del mundo e incluso siendo promotores de nuevos ensayos.

10. ¿En qué medida estáis colaborando con esos centros?

Existen tres ejes principales de trabajo conjunto: (a) apoyo a la instalación y comienzo de operaciones; (b) formación de los profesionales que tendrán a cargo la instalación, así como de aquellos que participarán en el circuito de los pacientes tratados; y (c) constitución de una red de trabajo cooperativo, compartiendo experiencia, protocolos, seguimiento de pacientes, desarrollo e investigación. Se trata de una oportunidad única en España que no puede desaprovecharse.

Opinión

Prevenir
es curar

Dra. Marta Garay

Cuántas veces hemos escuchado esta frase y cuántas veces nos hemos arrepentido de no haberla llevado a cabo. Adelantarse a los problemas es ponerles solución e incluso conseguir que esos problemas no lleguen a serlo. Cuando de nuestra salud se trata, cobra todavía más sentido el famoso refrán «hombre prevenido, vale por dos» pero, ¿cómo hacemos para cuidar de ella? Las analíticas anuales son el mejor método para detectar precozmente ciertas enfermedades que pueden dar síntomas cuando ya es tarde. Nadie duda de los beneficios de vivir en la era de internet, pero acudir al amigo Google como si de nuestro médico de cabecera se tratase resulta extremadamente peligroso.

La mejor manera de prevenir cualquier enfermedad es llevar un estilo de vida saludable y evitar aquellos hábitos tóxicos que poco a poco van agrediendo a nuestro cuerpo. Una vida sin tabaco no es garantía de nada, pero si reduce las probabilidades de padecer un cáncer de pulmón. Al igual que mantener un peso adecuado proporciona increíbles beneficios para nuestra salud, el tener infrapeso u obesidad aumenta significativamente el riesgo de sufrir accidentes cerebrovasculares. Llevar una alimentación basada en el consumo de alimentos no procesados y rica en vegetales y frutas nos ayuda a mantener el colesterol a raya y cuidar de nuestro sistema digestivo colaborando en el correcto funcionamiento de este.

En el caso de las mujeres, las visitas al ginecólogo deben de ser anuales para evitar posibles sustos. Por otro lado, una vez pasados los 50, son los hombres los que han de acudir al urólogo cada 12 meses. Ciertamente es que estas indicaciones pueden sufrir modificaciones según los antecedentes personales de cada uno, siendo el médico nuestro mejor aliado para llevar un control adecuado de nuestra salud (y no el doctor Google).

Marta Garay es médico

Prueban las ventajas de la terapia CART en estadios precoces

► Un estudio muestra los beneficios de adelantar este abordaje, usado hasta ahora cuando no hay otra opción

Eva S. Corada. MADRID

El congreso de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO, por sus siglas en inglés) es –haciendo un paralelismo no del todo exacto–, como la olimpiada de la investigación médica. Es decir, el encuentro en el que se presentan las últimas y más relevantes investigaciones que se han producido en torno al cáncer en el último año.

Y eso es lo que, una vez más, ha sucedido en Chicago, la ciudad que lo ha acogido esta semana. En esta ocasión ha servido para dar el espaldarazo a la terapia CART porque, aunque su eficacia está bien demostrada en determinados tipos de cáncer (como en linfoma no Hodgkin o la leucemia linfoblástica), ahora se han presentado evidencias de los beneficios de su uso no como terapia de rescate, sino también en etapas más precoces, en concreto en mieloma múltiple (MM).

«Ya sabíamos de su valor en pacientes en los últimos estadios de la enfermedad donde no había más opciones y ha mostrado altísima eficacia: pasamos de tres o cuatro meses de mediana de superviven-

cia a tres años. Por eso pensamos, ¿por qué no pasamos a líneas más precoces? Y este ensayo hace eso: compara Cilta-cel (una CART) en pacientes con, de una a tres líneas de tratamiento previas y refractarios a lenalidomida (lo que indica mal pronóstico), frente a los mejores fármacos de repesca disponibles», explica Jesús San Miguel, principal autor de estudio y director de Medicina Clínica y Traslacional de la Universidad de Navarra y especialista del Área de Cáncer Hematológico de la Clínica Universidad de Navarra.

El ensayo clínico, publicado simultáneamente en la revista «The New England Journal of Medicine», multicéntrico y de carácter internacional, ha contado con una muestra de 418 pacientes que fueron divididos en dos grupos, uno de ellos fue tratado con Cilta-cel, mientras que el resto recibió combinaciones triples de tratamientos convencionales. Los resultados obtenidos a los 12 meses de inicio del tratamiento mostraron que la supervivencia libre de progresión –la medida de tiempo hasta tener una recaída– estaba en el 76% en los pacientes tratados con CART frente al 48% de los que recibieron el estándar de tratamiento. Todo un avance si tenemos en cuenta en España, por ejemplo, «estamos todavía pendientes de la aprobación de CART en mieloma múltiple y en pacientes refractarios», apunta San Miguel, que espera que estos datos se «traduzcan, en la práctica clínica, en que introducir pronto este abordaje en este tipo de

pacientes». El siguiente paso, y ante los buenos resultados, será un nuevo estudio: «Vamos a empezar un ensayo con pacientes con MM candidatos a trasplante frente a Cilta-cel», nos adelanta. «Ojalá sea un paso más en el sueño, desde hace 40 años, de que el mieloma múltiple llegue a curarse», nos confiesa.

Pero esta no ha sido, ni mucho menos, la única aportación de la Oncología española en ASCO. Otro estudio, en el que ha participado Juan Manuel Sepúlveda, coordinador de la Unidad de Neurooncología del Hospital 12 de Octubre, de Madrid, demuestra que una pastilla detiene varios años la progresión del glioma difuso de grado 2, un tumor cerebral maligno.

Los gliomas de grado 2 con mutación en el gen IDH representan el 30% de los tumores cerebrales. Ahora, este ensayo, llamado Índigo y en el que se han incluido durante tres años 331 pacientes, concluye que vorasidenib en las personas con glioma con mutación IDH de grado 2 prolongó en torno a 30 meses la supervivencia libre de progresión respecto a la administración de placebo y pospuso más de 40 la necesidad de tratamiento, siendo en algunos casos indefinida. Vorasidenib, con riesgo bajo de toxicidad, apenas produjo efectos secundarios notables en los pacientes sometidos a estudio.

Sepúlveda destaca el caso de un paciente con un tumor que le causaba muchas crisis epilépticas y paralización del lado derecho. El paciente fue incluido en el estudio



y fue tratado con placebo y al cabo de pocos meses se vio cómo el tumor había crecido. En ese momento se inició el tratamiento con vorasidenib y con ello no solo se redujo el tumor, sino que también se consiguió una mejora significativa de su movilidad, así como un control completo de las crisis epilépticas. «Confiamos que con estos resulta-

China aprueba lurbenectina para cáncer de pulmón

E. S. C. MADRID

El Centro de Evaluación de Medicamentos (CDE, Centre for Drug Evaluation) de la Administración Nacional de Productos Médicos (NMPA, National Medical Products Administration) de la República Popular China ha aceptado la solicitud de registro para la aprobación de lurbenectina para el tratamiento de pacientes adultos con

cáncer de pulmón microcítico metastásico con progresión de la enfermedad durante o después de recibir quimioterapia basada en platino.

El cáncer de pulmón fue el tumor con mayor incidencia en China en 2020 en términos de morbilidad y mortalidad, con aproximadamente 815.000 nuevos casos y 714.000 muertes ese año. En concreto, el microcítico representó entre el 13% y el 17% de todos los casos de cán-

cer de pulmón. La mayoría de estos pacientes se encontraban ya en una fase avanzada en el momento del diagnóstico, lo que se traducía en un mal pronóstico. Su tasa de supervivencia a cinco años era de sólo el 7% o de tan sólo el 3% en el caso de los pacientes con la enfermedad en estado avanzado.

Se trata de un importante paso en la carrera de este medicamento, desarrollado por la farmacéutica española PharmaMar, que ya en

abril de 2019, firmó un acuerdo de desarrollo con Luye Pharma así como la comercialización de lurbenectina en cáncer de pulmón microcítico y potencialmente en otras indicaciones en China continental, Hong Kong y Macao.

En 2020, lurbenectina (comercializado como Zepzelca) recibió la aprobación acelerada de la FDA (la agencia americana del medicamento) y está actualmente aprobada en otros nueve países para el



El congreso ASCO se ha celebrado, un año más, en Chicago

dos, vorasidenib esté disponible para todos los pacientes recién operados por gliomas con esta mutación», señala.

Otro estudio destacado presentado en Chicago, fue el Adaura, un ensayo de fase III en cáncer de pulmón no microcítico (el tipo más común). Presentado en la sesión plenaria, demostró cómo osimerti-

nib mejora significativa de la supervivencia global de los pacientes con este tumor resecable con mutación EGFR en estadios precoces.

«Estos resultados tan esperados de supervivencia global, con un 88% de pacientes vivos a los cinco años, son un logro en el tratamiento del cáncer de pulmón con mutación del EGFR en estadios tempranos.

tratamiento del cáncer de pulmón microcítico, que representa alrededor del 10-15% de todos los casos de cáncer de pulmón) de este tipo de tumor, así como el que dispone de menos opciones de tratamiento. Además, se ha presentado el dossier de registro en varios países.

Recientemente (en concreto, el pasado 8 de marzo), la Agencia Suiza de Productos Terapéuticos (Swissmedic) aprobó de forma temporal la comercialización de lurbinectedina para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de pulmón microcítico metastásico

con progresión de la enfermedad durante o después de la quimioterapia basada en platino sin metástasis en el sistema nervioso central. Suiza, que se ha convertido así en el primer país europeo en el que se aprueba este medicamento, a la espera de que los resultados del estudio Lagoon, que se está desarrollando actualmente, sea presentado a la Agencia Europea del Medicamento con el mismo fin.

La farmacéutica española también ha participado en el congreso americano de oncología (ASCO), donde presentó siete nuevos abs-

La farmacéutica presentó resultados con este fármaco y doxorubicina en sarcoma en ASCO

nos. Estos datos subrayan que el tratamiento adyuvante con osimertinib podría proporcionar posibilidades de supervivencia a largo plazo», asegura Roy S. Herbst, director adjunto y jefe de Oncología Médica del Centro Oncológico de Yale y del Hospital Oncológico Smilow (en Estados Unidos) e investigador principal del ensayo.

tracts de diversos estudios clínicos con lurbinectedina. Entre ellos, los datos actualizados de eficacia y tolerabilidad de la combinación de lurbinectedina con doxorubicina, desde la fase 1B de introducción del sarcoma de tejidos blandos a un ensayo aleatorizado de fase II en el leiomiomasarcoma. También los datos de eficacia y seguridad de trabectedina más nivolumab como tratamiento en segunda línea de pacientes con sarcoma de tejidos blandos metastásico o inoperable tratados con previamente con antraciclinas.

Opinión

Medicamentos on line para la erección (I)

Dr. Françoise Peinado
Urólogo

Si busca «comprar medicamentos para la disfunción eréctil» on line, aparecerán casi 22 millones de sitios web. Encontrará a la venta fármacos muy conocidos para esta enfermedad, así como y muchos remedios «naturales» que prometen ofrecerle los mismos resultados. Hay que pensárselo dos veces antes de comprar por internet. Los que se compran en internet no siempre son lo que parecen. Una investigación de la FDA (Agencia de Salud de EE UU) descubrió que más de un tercio de los «suplementos dietéticos» vendidos para este problema contenían en realidad fármacos de prescripción, como el sildenafil, el principio activo de la Viagra. Algunos contenían medicamentos totalmente distintos, como el antibiótico metronidazol o uno para la fertilidad.

Aunque un fármaco contenga el principio activo correcto, puede no tener la dosis adecuada. Cuando se analizaron muestras de 100 mg de los comprimidos de la Viagra comprados en línea, únicamente el 10% se acercaba a la dosis anunciada. Cuando se compra a empresas desconocidas se corre el riesgo de obtener medicamentos falsificados. Según algunas estimaciones, más de la mitad de los de la disfunción eréctil vendidos en línea son falsos. Algunos de estos fármacos contienen ingredientes que no deben ingerirse, como polvos de talco, pintura y tinta de impresora.

La FDA advierte de una serie de productos que contienen ingredientes potencialmente nocivos o compuestos que no se mencionan en la etiqueta. Al igual que cualquier otro medicamento, estos fármacos pueden tener efectos secundarios. Si los adquiere por internet, sin receta médica, no tendrá la oportunidad de hablar de ello con su médico antes de tomarlos.

Consúlteme en
www.doctorpeinado.com



Foto de familia del equipo del Centro Integral Oncológico Clara Campal HM CIOCC Madrid

Diagnóstico molecular hipertemprano frente al cáncer

► HM Hospitales es el primer grupo europeo con una unidad de detección oncológica precoz para personas sanas

R. B. MADRID

Las cifras que sobrevuelan al cáncer no dejan lugar a dudas y nos ponen a todos en el punto de mira. Según las estimaciones de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), una de cada tres mujeres y uno de cada dos hombres tendrá un tumor a lo largo de su vida. Ante ese horizonte, actuar a tiempo resulta crucial, ya que tener un diagnóstico temprano es un aliado fundamental para resolver con éxito cualquier enfermedad, más aún cuando hablamos de Oncología, pues las posibilidades de curación se multiplican de forma exponencial en función de la precocidad del diagnóstico.

La investigación científica y la revolución del diagnóstico mole-

cular están propiciando una nueva era en la detección hipertemprana de determinados procesos oncológicos. Una auténtica revolución de la que España es pionera gracias al impulso del Centro Integral Oncológico Clara Campal HM CIOCC Madrid, ya que se ha convertido en el primer hospital de Europa en contar con una Unidad de Diagnóstico Oncológico Hipertemprano clínico-molecular, que lo convierte en la referencia continental en la detección hiperprecoz de determinados procesos oncológicos en personas sanas y que está a disposición de los usuarios en otros territorios de la red asistencial de HM Hospitales, como Barcelona, La Coruña o Málaga.

«Es un mantra que los médicos no nos cansamos de repetir y que



HM Hospitales está a la vanguardia del abordaje oncológico

Los test moleculares de última generación se realizan mediante un simple análisis de sangre o de orina

«Si detectamos antes, curaremos más, mucho más», asegura el doctor Antonio Cubillo

en el campo de la Oncología resulta un axioma. Cuanto más temprano sea el diagnóstico, más elevadas son las probabilidades de curación. Para hacer posible esta detección en etapas muy iniciales ha sido determinante la incorporación a nuestro arsenal diagnóstico de la tecnología molecular de vanguardia, que refuerza nuestra posición como hospital de referencia continental en Oncología», asegura el doctor Íñigo Martínez, director de HM Sanchinarro.

Gracias a esta nueva unidad, HM CIOCC, el primer «Cancer Center» de España por número de nuevos pacientes, puede ofrecer una amplia selección de test de biopsia líquida para el diagnóstico de determinados procesos oncológicos a personas sanas y asintomáticas. Como el dirigido a diag-

nosticar el carcinoma colorrectal o pólipos avanzados en mujeres u hombres mayores de 50 de años, la detección de adenocarcinoma de páncreas en familiares de primer grado de pacientes con esta patología o con algún síndrome hereditario de predisposición.

Esta realidad ha sido posible gracias a la participación de los investigadores de HM CIOCC en diversos programas de investigación internacionales y al empeño de la dirección del grupo hospitalario por ofrecer a los pacientes el mayor abanico de pruebas diagnósticas que sean de verdadera utilidad para combatir determinados procesos oncológicos.

Hallazgos sospechosos

HM CIOCC, que tiene sedes en Madrid, Barcelona y Galicia, pone también a disposición de personas con ciertos hallazgos sospechosos en pruebas clásicas otros test moleculares de gran utilidad. Por ejemplo, para personas que presentan en el TAC un nódulo pulmonar solitario milimétrico sospechoso se puede determinar la malignidad o benignidad de dicho nódulo, mediante un análisis de sangre, para orientar con mayor precisión el manejo terapéutico. Del mismo modo, en hombres que presentan cifras PSA entre dos y diez ng/ml, un test en orina identifica la conveniencia o no de realizar una biopsia prostática por la probabilidad de sufrir un carcinoma prostático de alto grado. «Disponemos de profesionales de laboratorio y clínicos expertos. Esto pone a disposición de personas sanas y asintomáticas la posibilidad de diagnosticarse de un proceso tumoral en una etapa hiperprecoz. Así, esperamos elevar la probabilidad global de curación a un 90%, frente al 60% que se consigue con los medios diagnósticos que se han aplicado hasta la actualidad. En HM CIOCC pensamos que es la mejor estrategia que podemos tomar para acercarnos más y más a la curación de los procesos oncológicos. Si diagnosticamos antes, curaremos más, mucho más», asegura el doctor Antonio Cubillo, director de HM CioCC Madrid.

Los test de diagnóstico hipertemprano que se ponen a disposición de personas sanas y asintomáticas o con algún hallazgo sospechoso inespecífico se han validado en sensibilidad y especificidad en estudios de investigación internacionales. Así, desde HM CIOCC es posible acceder al test multitumoral capaz de detectar más de 70 tipos de tumores con un análisis de sangre, lo que permite abarcar la gran mayoría de procesos oncológicos.

Y, de repente, llegó el susto.
Y cuando te recuperaste,
llegaron también otras cosas:

Llegó volver a miraros a los ojos,
y los paseos largos,
y esa conversación honesta con tu hermana.

Llegó el momento de leer todos esos libros
que te esperaban,
y bailar en la cocina un martes por la mañana,
y sentarte a comer.

Llegó tu nueva bici,
y las sobremesas con tu padre.

Y descubrir que el árbol que siempre estuvo en tu
calle es un almendro y da una flor preciosa en marzo
o que el panadero tiene un hijo que es un
as en matemáticas.

Llegó jugar con tus hijos pensando en jugar
con tus hijos.

Llegó esa nueva forma de tomarte la vida.

¿Y si no esperamos al susto
para vivir como queremos vivir?



 **TEATRO REAL**
CERCA DE TI

mejor

así

900 10 10 21
asisa.es

Salud
Dental
Vida
Accidentes
Decesos
Mascotas
Viajes

asisa 
mejor así

La innovación sanitaria, pilar básico para mejorar la salud de las personas

► La 29ª edición del Encuentro Anual del Sector de Tecnología Sanitaria apuesta por los avances mediambientales y sociales

E.G.V. MADRID

Numerosos representantes del entorno de la salud se dieron cita en el XXIX Encuentro del Sector de Tecnología Sanitaria, celebrado en Madrid el pasado miércoles por la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin), junto con la institución académica Esade. La jornada, titulada «Aspectos clave de la Tecnología Sanitaria y su contratación», fue inaugurada por el ministro de Sanidad, José Manuel Quiñones, quien destacó que «la Tecnología Sanitaria es un pilar fundamental, por lo que hay que trabajar en la incorporación eficiente de los productos sanitarios del sistema».

A lo largo de la jornada se analizó de qué modo los modelos de compra pública de equipamiento médico deben asegurar la calidad de la atención sanitaria y facilitar el acceso a la innovación. En este objetivo, se dieron a conocer nuevas herramientas a disposición de los gestores y se desgranaron recientes normativas con implicación en este ámbito, así como las actuales tendencias de contratación, más comprometidas con el medio ambiente y la sociedad.

Jorge Huertas, presidente de Fenin, destacó la necesidad de que la

legislación en torno a la contratación pública recoja la realidad y la complejidad del sector sanitario para conferir mayor eficiencia a los procesos de compra sanitaria y mejorar el acceso a la innovación. «Solo de la mano de la colaboración público-privada sortaremos el complejo contexto socioeconómico

Las nuevas soluciones deben ser más sostenibles y comprometidas con el entorno



El ministro de Sanidad inauguró esta jornada, que congregó a representantes destacados de la salud

micoy los retos ligados a la contratación, y desarrollar los mecanismos de adquisición por los servicios de salud sean eficaces, eficientes y sostenibles», sostuvo.

Por su parte, Manel Peiró, director del Institute for Healthcare Management de Esade, apuntó que «el sector sanitario afronta retos como la demanda de servicios sanitarios y la insuficiencia de recursos aportados por las administraciones. El paradigma general de la orientación al valor en salud propicia nuevas formas de contratación que facilitan el acceso a las innovaciones diagnósticas y terapéuticas».

La «Guía de Compra Pública Eficiente de Tecnología Sanitaria» y la Ley 11/2013 -que abre la puerta a la indexación de los precios de los contratos- son dos novedosas herramientas en las que los servicios de salud pueden apoyarse para op-

timizar sus procesos de adquisición de tecnología sanitaria.

La citada «Guía de Compra Pública Eficiente de Tecnología Sanitaria» es contemplada como un instrumento útil y práctico, que aclara cuestiones en torno a los procesos de adquisición de tecnología sanitaria y mejora los procedimientos. La otra novedad importante es la indexación de los precios para la viabilidad de los contratos, que puede optimizar la compra pública de Tecnología Sanitaria y permite la modificación, el alza o la baja, de los contratos públicos de servicios y productos. «Se trata de un excelente primer paso, pero se abre un largo camino en el que hay que seguir trabajando con las administraciones para asegurar el éxito en su aplicación», ha indicado al respecto el presidente de Fenin.

De igual manera, Omar Rachedi, profesor titular del Departamento de Economía, Finanzas y Contabilidad en Esade, hizo hincapié en la inestabilidad actual, que puede «lastrar considerablemente» el Sector de Tecnología Sanitaria, ya que los contratos de aprovisionamiento con los servicios de salud suelen ser de duración muy larga (plurianuales). «Con un enfoque adecuado, indexar los contratos públicos a los cambios en el precio de las materias primas podría ofrecer un marco más estable para las empresas de Tecnología Sanitaria, reduciría la incertidumbre y promovería el crecimiento sostenible en el Sector», señaló.

La responsabilidad medioambiental y social también tuvo mucho peso en el encuentro. La huella de carbono, la huella hídrica, y los indicadores con relación al ciclo de vida del producto son algunos de los parámetros señalados por los expertos de cara a incorporar soluciones más eficientes en términos medioambientales.

España necesita entre 370 y 565 psiquiatras más al año

Redacción. MADRID

La Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM) presentó el Libro Blanco de la Psiquiatría, un documento que ofrece información de la situación de la Psiquiatría en España para permitir que se tomen decisiones de cara a mejorar la atención a la salud mental en nuestro país.

Los datos, tal y como manifestó el doctor Celso Arango, expresidente de la SEPSM, no son nada halagüeños: en la actualidad hay una ratio de 9,27 psiquiatras por cada

100.000 habitantes, que asciende hasta 11,5 si se incluyen en la cuenta los psiquiatras que se encontraban en formación en 2021. Estas ratios dejan a España lejos de la media de otros países europeos. Además, se estima que un 20,8% de los psiquiatras en activo son mayores de 60 años, mientras que el 6,7% ha superado ya la barrera de los 65 años, por lo que en los próximos cinco años se prevé un número importante de jubilaciones. «Necesitamos que se incorporen entre 370 y 565 psiquiatras al año durante el próximo lustro, manteniendo el número de especialistas en forma-

ción, para alcanzar en el próximo lustro ratios óptimas de entre 13 y 15 psiquiatras por cada 100.000 habitantes», reivindica Arango, que ha destacado que la falta de profesionales de salud mental tiene como consecuencia «un déficit de recursos para apoyar a las personas con trastornos mentales».

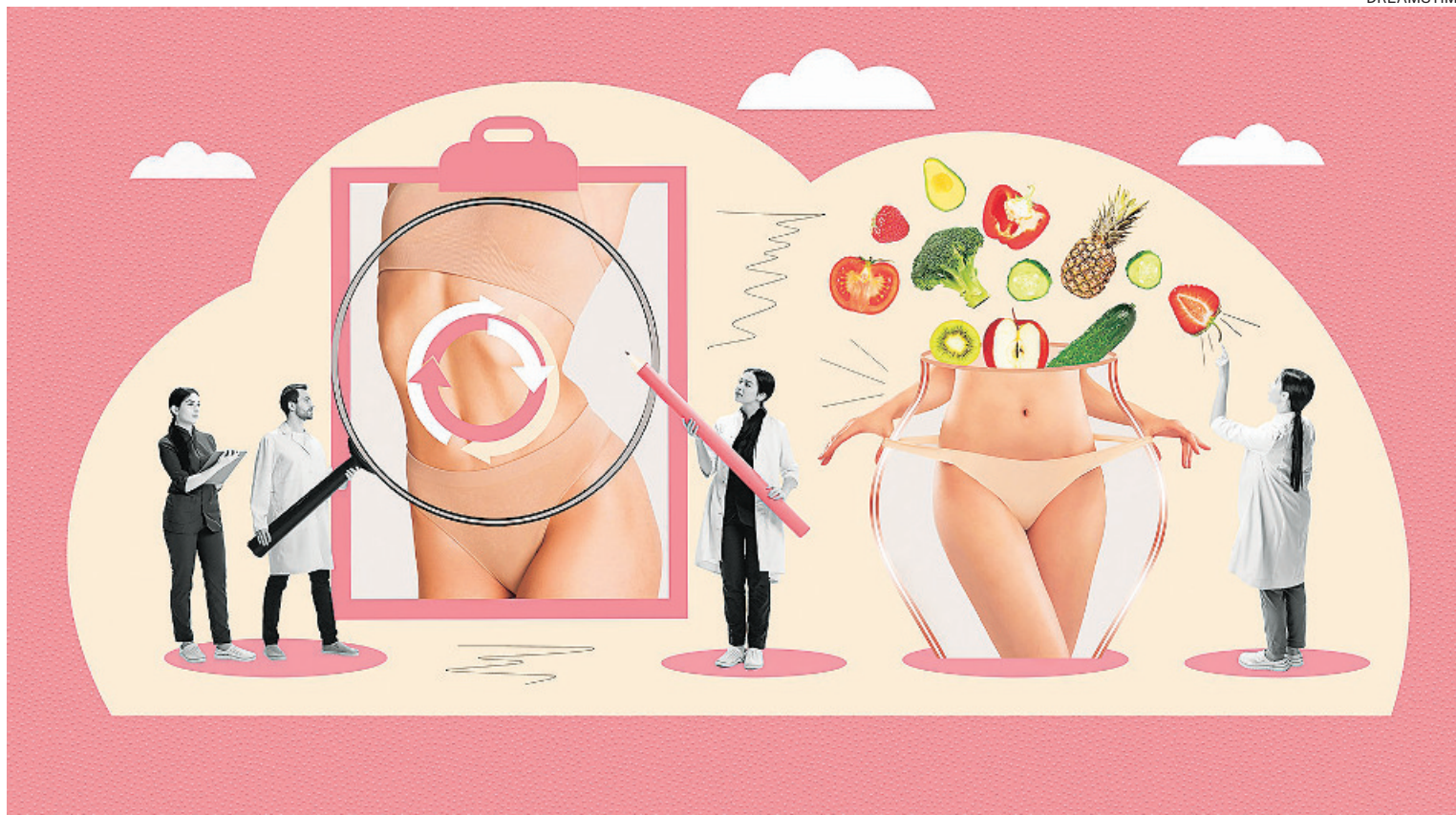
El doctor Víctor Pérez, presidente del comité ejecutivo de la SEPSM entre abril y noviembre de 2022, añadió que esto se une a «un grave problema de inequidad», de forma que, dependiendo de la Comunidad Autónoma en la que uno viva, el acceso a los servicios de salud

mental es más o menos fácil. «Es esencial corregir este desequilibrio». Pese a esta radiografía, el doctor Pérez destacó la buena noticia que ha supuesto el nacimiento de la especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia en 2022.

Por otra parte, según el doctor Manuel Martín Carrasco, actual presidente de la SEPSM, «vivimos un momento de aumento de la demanda de atención, y deben tomarse acciones para mejorar la calidad de la asistencia». Además, destaca la importancia de que se hagan cambios «rápidamente» en el sistema de contratación del Sistema

Nacional de Salud, «permitiendo el acceso a plazas estables y bien dotadas económicamente, con condiciones que permitan la conciliación y la flexibilidad». En todo caso, manifestó que estas medidas «serán inútiles si no van acompañadas por una reflexión sobre la prestación de la atención psiquiátrica en un contexto multiprofesional y no se lleva a cabo una reorganización con un nuevo modelo de funcionamiento y de distribución de tareas». Por último, destacó la necesidad de mejorar la coordinación entre las redes hospitalaria y extrahospitalaria, y entre los servicios sanitarios y sociales. «Las carencias sociales son un gran determinante de la necesidad de atención psiquiátrica».

DREAMSTIME



Es fundamental que cualquier programa dietético sea pautado por un profesional de la alimentación

Un plan personalizado, la clave para perder peso

► La dieta del macrotipo distingue cinco tipos metabólicos y propone ajustar el menú en consecuencia para lograr resultados

Esther G. Valero. MADRID

La dieta mediterránea, la DASH, la flexiteriana... existen numerosos patrones alimenticios diferentes considerados saludables por el grueso de la comunidad científica. Sin embargo, lamentablemente, no existe una fórmula estándar (ni milagrosa) que le funcione a todo el mundo, especialmente a la hora de perder peso. Al igual que sucede con los procedimientos médicos, conviene individualizar los planes nutricionales al máximo. Vivimos en la era de la «personalización». Cada sujeto tiene unas características únicas y es necesario adaptarse a ellas para poder brindarles las mejores soluciones. «No es lo mismo una persona joven, un niño, un anciano o un adulto, las necesidades fisiológicas son muy diferentes. También hay que tener en cuenta el estilo de vida, así como la medicación y patologías que se tengan, intolerancias, alergias o aversiones a alimentos. Por eso es fundamental que una dieta sea pautada por un profesional de la alimentación,

que va a realizar una entrevista, para saber cuál es el mejor plan dietético para esa persona», advierte Mónica Herrero, miembro del Consejo General de Dietistas-Nutricionistas, y vicepresidenta del Colegio de D-N de Aragón.

Muchas personas que se someten a dietas hipocalóricas a menudo se quejan de realizar un esfuerzo titánico y no conseguir bajar más de unos gramos. Es un claro indicio de que no se está dando el enfoque adecuado. No hay dos personas iguales y hay que estudiar cada caso de forma aislada para diseñar un plan a medida, ya sea para adelgazar o para mejorar la calidad de vida.

Precisamente partiendo del argumento de que nuestros perfiles biológicos son únicos e irrepetibles, Christine Hronec propone la dieta de los macrotipos. Esta nutricionista, química y experta en fitness ha popularizado este modelo nutricional en «Descubre tu macrotipo», un manual en el que introduce el término de «macronutrientes» para hacer referencia a las piezas clave del combustible que nuestro cuerpo necesita para

funcionar de forma eficaz. Además, Hronec identifica cinco tipos metabólicos a los que denomina «macrotipos»: macrotipo de carbohidratos; macrotipo de proteínas; macrotipo de proteínas bajo en grasas; macrotipo de grasas; y macrotipo de grasas bajo en carbohidratos. Según esta experta, cada uno de ellos se muestra más eficiente en la descomposición y utilización de uno de estos grupos de nutrientes. El macrotipo de carbohidratos, por ejemplo, tiene

Cada persona tiene un tipo corporal único; no hay una fórmula que valga para todo el mundo

Este modelo da prioridad a la ingesta del «combustible» que mejor se procesa en cada caso concreto

más capacidad para procesar los carbohidratos (y así con cada sección). Situarse dentro de uno de estos apartados permite adoptar una ingesta de alimentos adecuada para controlar el peso y optimizar la salud y el rendimiento. No se trata de excluir al resto de los grupos de la dieta (de hecho, los tres deberían estar incluidos en circunstancias normales), pero sí de dar prioridad y consumir una mayor proporción del «combustible» que mejor se procesa.

No obstante, para la doctora Herrero, la teoría de los macrotipos tiene ciertas carencias: «No deja de ser una dieta que disocia los alimentos por grupos y, por tanto, no es del todo fiable. Nuestro cuerpo está construido para asimilar todos los macronutrientes (grasas, hidratos de carbono y proteínas). No hay macrotipos, sino personas con diferentes necesidades fisiológicas, pero hay que tomar todos los grupos de alimentos, salvo que haya una enfermedad o factor genético que lo impida», sostiene.

Por otra parte, aunque resulta evidente que hay que adaptar la dieta a cada individuo, existen algunas pautas generales que todos podemos aplicar en nuestro día a día. «La dieta tiene que basarse en comer de todos los grupos de alimentos a diario. Es recomendable apostar por productos de cercanía y frescos de temporada, cocinar con aceite de oliva, beber agua, evitar los procesados, los zumos y el alcohol, y realizar actividad física con rutinas diarias o semanales», concluye Herrero.

El Rincón de

Marta Robles

«Las dietas estándar suelen fallar»



Alfonso Carabel

Jefe del Servicio de Nutrición de Olympia Quirónsalud

¿En qué consiste la dieta del macrotipo?

En basar la dieta en los alimentos que tu metabolismo prefiere utilizar para obtener energía. Esto lo marca la genética y los hábitos nutricionales y deportivos. Todos partimos de una base, hay quien tiene más facilidad para utilizar la grasa como combustible y otros los hidratos de carbono, pero se puede modificar con el entrenamiento.

¿Esto tiene que ver con que tantas dietas no funcionen?

Las dietas fracasan porque intentamos estandarizarlas para todos sin comprender cómo funciona nuestro cuerpo y qué tipo de combustible necesita en función del estímulo de ejercicio que realizamos.

¿Qué pruebas se realizan para saber el macrotipo?

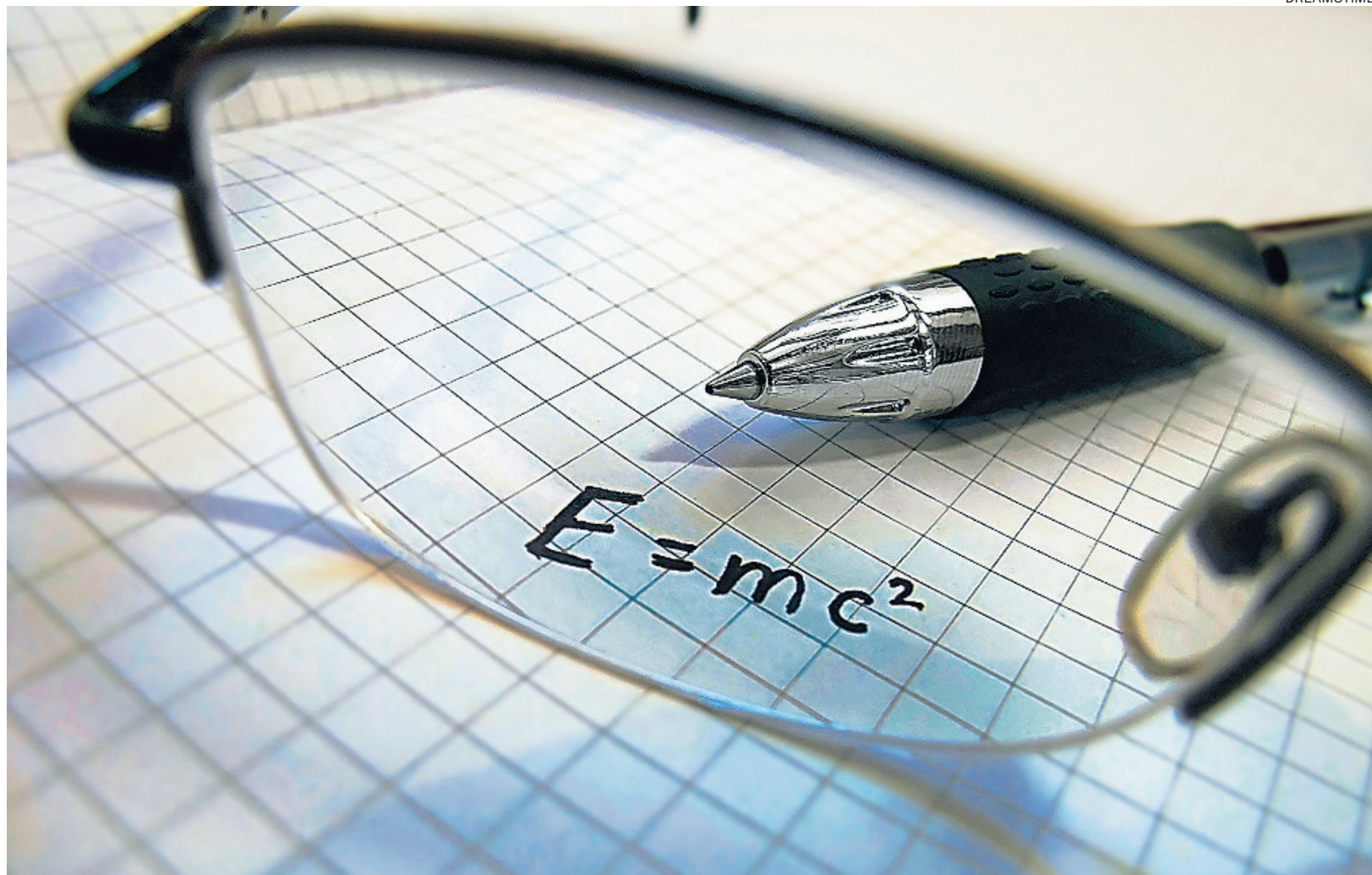
Una calorimetría en reposo para saber qué combustible utilizamos más y una ergometría (prueba de esfuerzo) para conocer qué utiliza nuestro cuerpo durante el ejercicio.

¿Debemos buscar también el mejor ejercicio según nuestro macrotipo?

Al revés, cada ejercicio condiciona nuestro metabolismo. Para cambiarlo, podríamos realizar estrategias a través del ejercicio y la alimentación.

¿Cuánto peso se puede llegar a perder a la semana?

Depende del déficit energético que realicemos. Si la diferencia entre las calorías que ingerimos y las que gastamos es negativa perderemos peso.



DREAMSTIME

Nunca se debería hacer política con la Sanidad, pero es necesario contar con una política sanitaria

Antonio Alarcó

Opinión

Periodismo científico: una necesidad objetiva del sistema sanitario

► Hay que luchar contra los «doctores» Google y TikTok, a los que cada vez acude más gente. Más del 80% de lo que cuentan estos soportes es falso

La comunicación en general y la divulgación científica en particular son, más que nunca, una necesidad objetiva del sistema sanitario. La responsabilidad social que tiene el periodismo se ha convertido en una «obligación» en estos momentos cruciales. Es más, podemos decir que no es posible que exista una buena sanidad sin los medios de comunicación. No como propaganda, sino como divulgación. Frase nuestra que se sustenta en la experiencia científica (tesis doctoral realizada al respecto) y más de 45 años de ejercicio profesional, sanitario y docente.

Es imprescindible facilitar la adherencia al sistema de salud para que se utilice correctamente y se pueda encontrar la complicidad en el proceso curativo.

Para informar de las ciencias en general y de la ciencia de la salud en particular, existen métodos eficaces, concretamente el método científico.

El periodismo (desde hace ya mucho tiempo) es una parte de la ciencia que tiene una enorme trascendencia. Existe doctrina al respecto suficientemente acreditada que lo considera imprescindible en una sociedad democrática como la europea, siendo España una de ellas. En nuestro país, el periodismo científico debe tener más importancia en la información diaria. Es verdad que en países como Francia, Inglaterra o EE UU, este tipo de perio-

dismo ya tiene una grandísima trascendencia en la información diaria por lo que es imprescindible que las empresas de comunicación en nuestro país dediquen más recursos, personas, periodistas y profesionales preparados para tal cometido. La realidad es que cada vez hay más profesionales de la comunicación especializados en temas científicos, más concretamente en temas sanitarios, lo que es de agradecer tanto por los profesionales como por la población en general, que puede acceder a la información sobre un mundo amplísimo y fundamental, en un lenguaje y de una manera que resulte ac-

cesible a todo tipo de personas. Además, no hay que olvidar que la información relacionada con la salud es muy rentable.

Hoy en día la ciencia está en las redes, lo que la hace accesible a todo el mundo, viva

donde viva, sea del color que sea o tenga las condiciones económicas que tenga. Pero, a la vez, tiene unos riesgos importantes, como la pseudociencia, que

invierte más recursos (dinero, medios, publicidad, etc.) que la propia ciencia. Por todo ello, con el método científico en las manos, hay que tratar de luchar por todos los medios contra los doctores Google o TikTok, a los que cada vez más gente sue-

le consultar. A pesar de que nadie los conoce y de que no tienen demasiada fiabilidad (más del 80% de lo que se cuenta en estos soportes es falso), muchas personas acuden a estas fuentes cuando tienen alguna duda. Para evitar que esto suceda y conseguir que accedan fácilmente a información de calidad, es importantísimo que la Ciencia con mayúsculas (las sociedades científicas, las universidades y los científicos) entre en la prensa de una forma habitual y con continuidad.

La ciencia que no se entiende, ni es ciencia ni es nada. Hoy en el currículo de los científicos es clave la I+D+i+d como obligación de las propias investigaciones («d» de divulgar).

Nosotros, los que practicamos en nuestra vida profesional el método científico, no nos conformamos con eso. No es suficiente. Tenemos que practicar la «d» de divulgar de forma entendible y que surta el efecto el «hecho científico», que es mejorar la vida del ser humano.

Por tanto, el silencio no es rentable ni tiene que ver con la prudencia, concepto que nosotros siempre hemos practicado y que creemos fundamental para mejorar la sanidad de este país.

Nunca se debería hacer política con la sanidad, pero sí es necesario contar con una política sanitaria, que es un concepto técnico que hace mucha falta.

Antonio Alarcó es presidente de la Cátedra de Telemedicina, Robótica y Telecirugía de la ULL, y doctor en Ciencias de la Información y Sociología

DREAMSTIME



Las más vulnerables

►Existen algunas mujeres con más riesgo de sufrir una alteración psicológica tras ser madres: «La falta de apoyo social es crucial. Por otro lado, el imperativo de seguir unas orientaciones previas de un modo estricto contribuye a incrementar los niveles de ansiedad y el sentimiento de culpa si no se cumplen las expectativas, mientras que otros factores guardan relación con la predisposición genética, sobre todo los casos de mujeres con antecedentes personales o familiares de depresión o trastorno bipolar, también si han tenido depresión perinatal en un embarazo anterior», detalla Calderón.

Los cambios hormonales tras el parto influyen psicológicamente

Anticiparse a la depresión postparto con apoyo integral

►Ginecólogos, matronas, psicólogos o fisioterapeutas acompañan a la mujer

R. Bonilla. MADRID

Ser madre se convierte en una de las aventuras –si no la que más– con mayor trascendencia de la vida de una mujer. Aunque el nacimiento de un bebé suele ser motivo de felicidad y entusiasmo para la mayoría de las madres, existe otra realidad menos amable y alegre de la que apenas se habla, pues diversos estudios confirman que algunas de ellas experimentan alteraciones emocionales durante el postparto que se traducen en sentimientos de tristeza, angustia o ansiedad que, de mantenerse en el tiempo, pueden progresar y derivar en trastornos más graves como la depresión.

Los cambios emocionales en el postparto suelen ser transitorios, pero afectan a muchas féminas. «Se crean sentimientos de culpa que impiden que la mujer sea capaz de expresar lo que le sucede. Es una cuestión “tabú” en algunos entornos, pues se supone que la maternidad es sinónimo de felicidad», advierte Elena De Iracheta, psicóloga clínica de la Unidad de la Mujer del Hospital Ruber Internacional, quien hace hincapié en «hay que distinguir entre dos tipos de alteraciones que pueden variar en intensidad y duración: “maternity blues” y depresión postparto».

En concreto, «Maternity blues» es un término utilizado para describir un conjunto de síntomas emocionales y físicos comunes que

experimentan algunas mujeres después de dar a luz. «Se trata de un síndrome leve, normalmente transitorio, que puede presentarse entre el 20 y el 80% de las madres. Suele aparecer de dos a cuatro días tras el parto y desaparece sin secuelas en dos o tres semanas. Los signos más frecuentes son: insomnio, ansiedad, irritabilidad, cambios en el apetito y sentimientos de minusvalía. Aunque es un trastorno común, no todas lo experimentan y la intensidad de los síntomas puede variar», asegura De Iracheta. Por ello, «no es necesario que todas las mujeres que dan a luz reciban apoyo psicológico por sistema, pero sí todas aquellas que o bien hayan tenido problemas durante el embarazo o bien se sientan mal después de dar a luz», explica Gloria Calderón, responsable del Servicio de Psicología Clínica de Olympia Quirónsalud.

Por su parte, la depresión postparto es un trastorno del estado de ánimo más grave y persistente. «Suele iniciarse dos o tres semanas después del parto con una incidencia entre el cinco y el 22%. Se caracteriza por una depresión melancólica en la que la madre no tiene ganas ni fuerzas para hacer actividades de la vida cotidiana, se siente incapaz de cuidar al bebé y experimenta sentimientos ambivalentes de amor-odio hacia el recién nacido. Esta condición requiere de tratamiento psicológico oportuno por

parte de un profesional experto en la materia». También puede haber sentimientos de culpa, falta de autoestima y, en los casos más graves, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Por ello, es importante buscar ayuda profesional si se sospecha de ello.

Atención especializada

Cuando una mujer da a luz, es visitada por el ginecólogo y la matrona, pero «si hay signos de alarma la psicóloga valora cómo se encuentra la mujer y poder iniciar una serie de citas en consulta tras el alta médica», explica De Iracheta, quien asegura que «la atención es integral, más aún con la nueva Unidad Postparto del Hospital Ruber Internacional, donde se engloban otras especialidades, además de Psicología, como lactancia, Dermatología, Fisioterapia de suelo pélvico, Angiología o Endocrinología en un acompañamiento integral de la mujer que no está sola».

Para tratar la depresión postparto se realiza una «psicoterapia encaminada a la reestructuración cognitiva de pensamientos disfuncionales, técnicas de relajación, mindfulness, técnicas de regulación emocional... En algunos casos, se requiere una intervención sistémica y de pareja», explica Calderón. «En este proceso ayudamos a identificar y manejar los factores estresantes y les brindamos estrategias de afrontamiento para reducir la ansiedad», concluye De Iracheta.

20%

de las madres sufre signos de alteraciones psicológicas que se alargan en el tiempo

80%

de las mujeres que dan a luz pueden presentar una serie de síntomas emocionales y físicos

5%

de las muertes maternas en países de ingresos altos está provocado por el suicidio

La Paz hará test gratuitos contra el tumor más frecuente en hombres

Belén Tobalina. MADRID

El Hospital Universitario La Paz, en colaboración con Bayer, va a realizar un cribado gratuito a todos aquellos varones mayores de 50 años o de 45 con antecedentes familiares que se acerquen mañana hasta el centro médico.

Para ello, basta con acudir al hospital madrileño: «No hace falta inscribirse previamente ni pedir cita, estaremos haciendo test de PSA de 10:00 a 19:00 horas», explica el doctor Emilio Ríos, jefe de sección de Uro-Oncología de La Paz.

Es muy importante que los hombres se conciencien. «Los varones no son dados a revisarse casi nada, al contrario que las mujeres que están concienciadas. Y hay que recordar que cuanto antes se diagnostique el cáncer de próstata, más posibilidades hay de curar y tratar al paciente», incide el especialista.

Diagnóstico

«Actualmente el 95% de estos tumores se diagnostica en fase localizada, lo que mejora las perspectivas de los pacientes», añade el doctor.

De hecho, el uso generalizado de la determinación en sangre del Antígeno Prostático Específico (PSA, por sus siglas en inglés), ha mejorado enormemente la detección precoz de estos tumores, lo que ha provocado que la gran mayoría de casos se diagnostiquen en fases localizadas y puedan tratarse.

Además de poner a disposición de la ciudadanía estas pruebas de detección temprana de este tumor, la jornada contará con otras actividades.

Por ejemplo, también habrá charlas sobre la situación actual del cáncer de próstata y las diversas opciones terapéuticas, a cargo del jefe de sección de Uro-Oncología del Hospital La Paz, y la doctora Estefanía Linares, del servicio de Urología del mismo centro. También intervendrán diferentes pacientes para contar sus respectivas experiencias tras el diagnóstico.

Madrid reúne a los mayores expertos mundiales en VIH

► Más de 300 investigadores debaten sobre los principales avances en esta infección

María Bariego. MADRID

La VIII edición de Hibic (Hitos en Investigación Básica y Clínica en VIH/SIDA), organizada por Gilead este fin de semana, reunió a más de 300 expertos nacionales e internacionales en el manejo del VIH que debatieron sobre los principales avances en la lucha contra esta infección.

La ponencia inaugural correspondió al doctor Peter Hunt, de la Universidad de California, en Estados Unidos, quien expuso cuáles han sido los últimos avances en cuanto a inflamación, envejecimiento y aparición de comorbilidades en las personas que viven con VIH.

Por su parte, Hal Martin, director ejecutivo de Desarrollo Clínico en Virología de Gilead Sciences, explicó la estrategia de la compañía para acabar con el VIH.

También se celebró «Meet the Expert», una iniciativa que permite a jóvenes investigadores nacionales interactuar con los líderes mundiales de la investigación clínica y básica, así como tener la oportunidad de compartir sus proyectos, discutiéndolos a puerta cerrada.

«Un hecho que les permite ganar visibilidad e incluso establecer colaboraciones internacionales,

algo que valoran enormemente nuestros especialistas infectólogos», incidió el doctor Llibre, coordinador de «Meet the Expert».

En el bloque de Ciencia Básica Traslacional intervinieron el doctor Mathias Lichterfeld, del Hospital General Massachusetts de Boston; el doctor Francesco Simonetti, de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore, y el doctor Michael R. Betts, del Instituto Penn de Inmunología.

«El debate de estos tres investigadores que estudian los reservorios del VIH ha sido especialmente interesante, porque los ponentes han puesto su experiencia en común, discutiendo aspectos que son claves, no solo para el conocimiento, sino en la clínica diaria», explicó el doctor José Alcamí, del Centro Nacional de Mi-

crobiología y coordinador de este bloque.

«Necesitamos más conocimiento, pero disponemos de las herramientas que nos permitirán dar respuesta en el futuro a las interrogantes que se nos plantean hoy en día», añadió.

En relación con los avances en epidemiología, el doctor Santiago Moreno, del Ramón y Cajal, recordó que «este año ha supuesto una revolución al ocuparnos de las infecciones de transmisión sexual (ITS), un problema de tremendo auge tanto en las personas con VIH como en las sin VIH».

«Así, hemos escuchado los argumentos que defienden que el Monkey Pox debe ser considerado una enfermedad de transmisión sexual; hemos conocido los resultados de un estudio australiano

que analiza la evolución de las ITS en personas con VIH que toman profilaxis preexposición, y hemos hablado de otro estudio que defiende que se puede prevenir la aparición de ITS tomándose una pastilla de antibiótico después de una relación de riesgo», destacó.

Por último, durante la sesión sobre práctica clínica se incidió en «la evidencia de que las personas con VIH tienden a tener más comorbilidades asociadas con el envejecimiento que aquellas sin VIH y que esta diferencia aumenta con la edad». Así lo explicó el doctor José Ramón Arribas, de La Paz, que también recordó un segundo estudio en el que se ha encontrado que «la incidencia de reinfección por VHC es alta, especialmente entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y aquellos con una infección reciente por VHC». Así como un tercer artículo en el que «se analiza el momento de inicio de la terapia antirretroviral en personas con VIH que presentan meningitis criptocócica», concluyó.



Hibic es una de las citas anuales más importantes de VIH en España

Opinión

Cuenta atrás para el cambio de ciclo

Mario Mingo

El pasado 29 de mayo, tan sólo un día después de su abultada derrota en las elecciones autonómicas y municipales, Pedro Sánchez nos sorprendió a todos -in-

cluso a los suyos- convocando elecciones generales para el próximo 23 de julio.

En su intento por evitar que la historia se repita y de procurarse alguna opción de seguir en La Moncloa, Sánchez no ha hecho sino acortar tiempos y acelerar el cambio de ciclo que pronostica la práctica totalidad de los sondeos que se publican a diario.

Estamos, en consecuencia, en la cuenta atrás (42 días desde hoy) para que dicho cambio se materialice; un cambio imprescindible considerando que la deuda pública es mayor que nunca, que el desempleo está disparado... y, entre otros hechos, que el Sis-

tema Nacional de Salud (SNS) atraviesa su peor momento en décadas.

Peores listas de espera quirúrgicas desde el año 2003, peor valoración de los ciudadanos del SNS desde 2005, más de 600 días para acceder a innovaciones terapéuticas, atención primaria al borde del colapso...

Tras el paso de cinco ministros, el balance 2018-2023 de «Sanchismo sanitario» es negativo y los representantes de pacientes, profesionales, industria farmacéutica y tecnológica... piden un Pacto de Estado, una actualización de la normativa vertebradora del sistema, una financiación adecuada,

cogobernanza real... piden un nuevo Gobierno que reconduzca el SNS hacia la senda de la calidad, la cohesión y la sostenibilidad que nunca debió dejar.

Nos acechan tiempos complejos, pero, como suele decirse, «la noche siempre es más oscura justo antes del amanecer» y estoy convencido de que en los próximos cuatro años, con un nuevo presidente del Gobierno, la viabilidad de nuestra Sanidad dejará de correr peligro y el SNS será desarrollado en la dirección y en la proporción que necesitamos.

Mario Mingo es médico y político

LIPPEDEMA

“No son piernas gruesas, es lipedema”

ENTREVISTA DR. ENRIQUE DE BURGOS DE LA OBRA DIRECTOR MÉDICO Y JEFE DE EQUIPO EN LIPEMEDICAL ESPAÑA

Lipemedical es el primer equipo médico español dedicado en exclusiva al diagnóstico y tratamiento del lipedema. Está formado por un equipo de profesionales con amplia experiencia en su tratamiento quirúrgico y actualmente es un centro de referencia mundial en el tratamiento de esta enfermedad, recibiendo un 80% de pacientes internacionales. En paralelo, Lipemedical lleva a cabo una intensa labor de visibilización y reconocimiento de esta entidad clínica como enfermedad, en especial desde redes sociales como Instagram.

Empezamos por el principio, ¿qué es el Lipedema y cuáles son sus causas?

El lipedema es enfermedad progresiva del tejido graso, muy frecuente pero muy desconocida, que afecta casi exclusivamente a mujeres, que se caracteriza por un acúmulo de grasa patológica predominantemente en piernas con limitada respuesta a dieta o ejercicio y que se acompaña de síntomas.

Sus causas no están claras, existe un componente genético hereditario, así como un componente hormonal, dado que frecuentemente comienza o se intensifica coincidiendo con un cambio en los niveles de hormonas (pubertad, embarazo, toma de píldora anticonceptiva, menopausia, etc.).

¿Qué síntomas produce?

En fases iniciales, las pacientes notan una sensación continuada de pesadez en piernas, una tendencia a la formación de hematomas con facilidad y una excesiva sensibilidad al tacto, en especial en la cara interna de la rodilla y la pantorrilla. Según avanza la enfermedad, se hace cada vez más evidente una desproporción entre el torso y el abdomen (más delgados) y las piernas (con mucho más volumen); además, las piernas van poco a poco adoptando una forma más tubular, como de columnas, pero sin afectar a los pies. El dolor inicialmente es muy sutil y empeora en los meses calurosos. Progresivamente, con el paso de los años, se hace más importante hasta aparecer también en reposo y limitar la movilidad y la capacidad de hacer deporte. Adicionalmente, la falta de respuesta a dietas o ejercicio hace que esta condición médica se acompañe de sentimiento de frustración, desesperanza y, en ocasiones, síntomas depresivos.

¿Es difícil de diagnosticar?

No, pero es esencial saber que existe y cuáles son sus características. El diagnóstico de la mayoría de los casos puede hacerse mediante una adecuada historia clínica (momento de inicio, sintomatología, no respuesta a medidas dietéticas...) y un examen físico detallado (afectación bilateral y simétrica, desproporción torso-piernas, dolor a la palpación, pies libres...). Sólo son necesarias pruebas adicionales en caso de dudas con otras patologías (ecografía doppler, linfografía, etc.).

¿Por qué si es tan frecuente es tan desconocida?

En efecto los estudios hablan de que puede afectar a entre un 4-11% de la población femenina, pero, actualmente, más un 85% de los médicos en España nunca ha oído la palabra “lipedema”. Esto se debe, por un lado, a que, aunque fue descrita hace décadas, no fue aceptada por la OMS como enfermedad hasta 2018; y, por otro, a que tradicionalmente se ha venido confundiendo con sobrepeso, linfedema o problemas circulatorios, si bien son entidades muy distintas. Al ser tan ignorada, la inmensa mayoría de los médicos de la Seguridad Social no la diagnostican ni la consideran enfermedad, algo que genera mucho desconcierto en las pacientes.

¿Cómo se trata esta enfermedad?

Existen medidas conservadoras que pueden mitigar los síntomas y ralentizar la progresión, como es el uso de medias de compresión especiales o la realización de deporte en agua. Sin embargo, el tratamiento más definitivo es eliminar las células adiposas enfermas y aliviar la presión en el tejido graso. Para ello, la técnica más delicada es la lipodescompresión asistida por agua pulverizada o liposucción WAL, la cual debe ser realizada por cirujanos



Aquí se observa una comparativa: el día de la operación antes de comenzar el tratamiento (izq.) frente a resultado final (der.). Además de recuperar la anatomía original la paciente se siente mucho más ligera y sin dolor. Se ha recuperado la proporción entre torso y piernas, la práctica de deporte es mucho más sencilla y el impacto anímico es también muy importante



Antes-después de tratamiento de lipedema, obsérvese la recuperación de la anatomía de rodillas y tobillos. La paciente tenía dificultades para hacer deporte, sensibilidad al tacto y una continuada sensación de pesadez. Desproporción típica de las pacientes con lipedema, torso con constitución estándar y piernas con forma tubular con pérdida de la forma anatómica



El Dr. Burgos de la Obra fue el cirujano pionero en España en dedicarse en exclusiva al tratamiento del lipedema, y el primer cirujano español en emplear la técnica WAL de forma estandarizada para tratarlo. Actualmente es una de las referencias entre los médicos expertos en lipedema a nivel europeo. Hoy ocupa el cargo de director médico y jefe del equipo quirúrgico de Lipemedical en Madrid. “En el tratamiento de lipedema, la experiencia y dedicación son absolutamente cruciales para obtener el resultado óptimo para cada caso con el menor riesgo de complicaciones”, afirma el Dr. Burgos de la Obra.

“La cirugía también permite recuperar la forma anatómica perdida con el acúmulo de grasa patológica, en especial en torno a rodillas y tobillos”

mulo de grasa patológica, en especial en torno a rodillas y tobillos.

Después de leer la entrevista o si tenemos dudas de si podemos sufrir lipedema, ¿qué debemos hacer?

El primer paso debe ser confirmar el diagnóstico. Acudiendo a la consulta de un médico dedicado al tratamiento de esta patología se podrá clarificar si se trata de lipedema, conocer en qué grado de afectación se encuentra y en qué localizaciones, y establecer si puede ser suficiente con un manejo conservador o, en especial para casos más sintomáticos o más avanzados, si la cirugía puede ser la mejor opción a largo plazo.

DIFERENCIAS ENTRE LIPEDEMA Y SOBREPESO/OBESIDAD

LIPEDEMA	SOBREPESO/OBESIDAD
Solo en mujeres	Afecta a hombres y mujeres
Acúmulo graso en piernas	Acúmulo de grasa global
Desproporción entre torso y piernas	Cuerpo proporcionado
Pesadez, hipersensibilidad y dolor	No síntomas
Apenas cambia con dieta/ejercicio	Responde bien a dieta/ejercicio

nos con amplia experiencia en su tratamiento.

¿Cuál es el objetivo de la lipodescompresión?

En nuestra opinión, el objetivo más importante es un objetivo de

salud, un objetivo médico: tratar los síntomas, detener la progresión y mejorar la movilidad, en definitiva, mejorar la calidad de vida de la paciente. En paralelo, la cirugía también permite recuperar la forma anatómica perdida con el acú-

LA PUBLICACIÓN MÁS GALARDONADA DE LA PRENSA ESPAÑOLA

Premio Jaime I de Periodismo • Premio de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica • Premio a las Mejores Iniciativas de Servicio al Paciente de la Fundación Farmaindustria • Premio del Colegio de Ingenieros de Montes • Premio de la Federación Española de Enfermedades Raras (Feder) • Premio de la Fundación Internacional de Osteoporosis • Premio de la Fundación Biodiversidad • Premio Biocultura • Placa de la Sanidad de la Comunidad de Madrid • Premio de la Fundación Pfizer • Premio Foro Español de Pacientes • Premio de la Sociedad Española de Diabetes • Premio de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) • Premio de la Sociedad Española de Medicina de Atención Primaria (Semergen) • Premio del Colegio de Farmacéuticos • Premio de la Federación Española de Sociedades de Nutrición • Premio de la Fundación Dental Española • Premio de la Federación de Personas con Discapacidad Física • Premio PRsalud • Premio de la Fundación Bamberg • Premio Ediciones Mayo a la mejor labor divulgativa • Premio Estrellas del Mar de Iberocruceros • Premio del Instituto Danone • Premio del Colegio Oficial de Psicólogos • Premio de la Asociación Multisectorial de Empresas de Tecnología de la Información • Dos premios de la Fundación Farmacéutica Avenzoar • Instituto Novartis de Comunicación en Biomedicina • Medalla de oro del Foro Europa 2001 • Premio del Instituto Barraquer • Dos Premios del Club Español de la Energía • Premios del Instituto Puleva de Nutrición • Medalla de Honor de la Fundación Bamberg • Premio Periodístico Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid • Premio Periodístico sobre la Heparina • Premio Comunicación Sanitaria 2016 del Instituto de Investigación y Desarrollo Social de Enfermedades poco frecuentes • Premio Medialover 2017 • Premio Fundación ECO • Premio Fundación DomusVi • Premio Asedef I • Premio Periodismo en Respiratorio GSK • Premio Nacional de Medicina Siglo XXI • Premio New Medical Economics • Premio EIT Food • Premio Supercuidadores • Premio Colegiado de Honor del COFM • Premio HematoAvanza de la SEHH • Premio Íñigo Lapetra de Periodismo Sanitario • Premio España en el Corazón de Asedef • Premio Fundación Humans • Premio Sedar • Premio Fundación CRIS Contra el Cáncer

ATUSALUD 

Domingo, 11 de junio de 2023
ISBN: M-19813-2013

Entrevista

NAVARRO WIJMARK



Amanda Rodríguez-Urrutia Médico psiquiatra del servicio de Salud Mental del Hospital Valle de Hebrón

«Tener una microbiota sana puede prevenir la depresión y la ansiedad»

Esther G. Valero. MADRID

El estudio del microbioma está suscitando mucho interés. Cada vez existen más evidencias de que estamos antes buena diana terapéutica para atajar diversas patologías. Hablamos con la doctora Amanda Rodríguez-Urrutia, autora de «Siente lo que comes», donde pone de manifiesto la importancia de equilibrar la microbiota para alcanzar una vida más saludable.

La microbiota está en boca de todo el mundo, ¿por qué es tan importante?

De ella depende en gran medida que tengamos una buena salud. Nuestro organismo está colonizando por varios cientos de microorganismos diferentes que llegan a superar diez veces en número a las células de nuestro cuerpo. La mayoría se concentran en nuestro intestino. Es a lo que conocemos como «flora intestinal» o «microbiota». Cumple una función de equilibrio y homeostasis y está en constante comunicación con el resto del cuerpo. De ahí que, si se desequilibra, se puedan ge-

nerar estados alterados de salud, como la irritabilidad, el insomnio, el dolor y la hinchazón abdominal u otras enfermedades importantes como la obesidad y la depresión.

Se dice que es nuestro segundo cerebro.

Absolutamente. Ya lo advierten dichos populares como «sentir mariposas en el estómago» o «tener un nudo en el estómago». El sistema nervioso que inerva el sistema digestivo es un verdadero cerebro, con receptores para los mismos neurotransmisores cerebrales, capaz de producir y almacenar el 90% de la serotonina de nuestro cuerpo y regular funciones



Los microcambios diarios son muy poderosos para transformar nuestros hábitos»

como el sueño, el apetito y el dolor. La comunicación entre los dos cerebros es constante y bidireccional. Es un mudo apasionante del que cada vez conocemos más. ¡En el intestino también hay también células olfativas!

Comenta que repercute en la salud mental, ¿con qué trastornos se relaciona?

Equilibrar la microbiota es clave para cuidar la salud mental. No solo influye en la función del intestino, sino también en el sistema nervioso central. Se ha identificado el eje cerebro-intestino-microbiota como un aspecto clave en las fases del neurodesarrollo, lo que indica que los acontecimientos de la vida temprana durante la colonización inicial y el desarrollo de la microbiota pueden determinar la salud mental en la edad adulta. Hay estudios que relacionan su desequilibrio con enfermedades como la depresión, el TDAH, el autismo o la enfermedad de Parkinson. Tener una microbiota sana aumenta las probabilidades de gozar de mejor salud mental y de prevenir trastornos como la ansiedad y la depresión.

¿Qué indica que está alterada?

Los síntomas más frecuentes de la disbiosis intestinal son: fatiga, distensión abdominal, diarrea o estreñimiento. También puede acompañarse de síntomas extraintestinales como déficit de concentración o irritabilidad. Para confirmarlo, el médico debe prescribir un análisis de la microbiota fecal por parte de un laboratorio especializado.

¿Cómo podemos equilibrarla?

La dieta es probablemente el factor más importante para la microbiota y su biodiversidad, pero también influyen el estrés, la exposición solar, el sueño y el descanso, la actividad física y los fármacos que hayas tomado –sobre todo antibióticos–. En términos generales, debemos seguir cuatro pilares para tener una buena calidad de vida: comer bien, realizar actividad física, aprender a gestionar el estrés y tener más contacto con la gente que queremos. Respecto a la dieta, la más recomendada es la mediterránea, aunque una alimentación equilibrada debería ser suficiente.

La teoría suena bien, ¿alguna recomendación para cambiar de hábitos?

No es necesario hacer transformaciones drásticas, sino «microcambios» diarios que van sumándose y, a la larga, son muy poderosos. Cada auténtico cambio proviene del resultado de cientos de decisiones pequeñas y diarias. Además, la mayoría de los hábitos suelen retroalimentarse: quien hace ejercicio, suele comer bien, no tiene sobrepeso, se cuida, sale al aire libre, está de buen humor, duerme mejor... y eso repercute en la microbiota y en el resto del cuerpo. Hay que tener presente que todo está conectado.

En buenas manos



Dr. Bartolomé Beltrán

Ansiedad y pandemia

La pandemia ha cambiado mucho nuestra forma de ver la salud mental. Hasta hace poco se llevaba de manera discreta acudir a profesionales como el psicólogo o el psiquiatra, pero hoy en día se están derribando tabúes respecto a la asistencia a terapia. Estos problemas afectan a todas las edades desde la adolescencia y han aumentado desde el confinamiento. Se estima que cuatro millones de personas sufren depresión en España y el seis por ciento de la población sufre ansiedad.

Hoy en día se acude a terapia por diferentes problemas, como dificultades para relacionarse, preocupaciones, problemas de autoestima, ataques de pánico, estrés, desmotivación o tristeza. Me comenta Santiago Cid, director del centro de psicología Santiago Cid, en su paso por ¿Qué me pasa doctor?, que uno de los más frecuentes en la ansiedad. Se trata de una respuesta automática que se produce cuando nuestro cerebro percibe un peligro. Esta reacción tiene como finalidad prevenir situaciones peligrosas o dolorosas. Sin embargo, a veces esta capacidad no funciona bien y se producen falsas alarmas ante estímulos inofensivos. Esto es lo que podríamos calificar como trastornos de ansiedad.

Los síntomas psicológicos con frecuencia suelen ir acompañados de otros fisiológicos como sudoración, palpitaciones, taquicardias, mareos o alteraciones de sueño. En nuestro país, los problemas de ansiedad se han convertido en el problema de salud mental más frecuente. Los más habituales son la fobia social, hipocondría, trastorno de pánico o agorafobia, entre otros. Y cuando la ansiedad comienza a condicionar la vida, es momento de solicitar la atención de un especialista para aprender nuevas estrategias, evaluar y afrontar las situaciones que la generan de manera adaptativa para que el problema no se cronifique. Terapias como la cognitivo conductual han mostrado grandes beneficios, que se puede complementar con ejercicios de mindfulness. Es lo que hay. Seguro.