

2021 Medicina

DICIEMBRE

Tecnología para mayor seguridad en la manipulación de medicamentos citostáticos

Un robot de última generación es capaz de preparar fármacos muy tóxicos evitando cualquier efecto dañino sobre la salud de los profesionales sanitarios

L. J. MADRID

Los medicamentos utilizados para el tratamiento del cáncer son preparados por profesionales sanitarios en los servicios de Farmacia de los hospitales de manera específica para cada paciente. Estos medicamentos, denominados citostáticos, destruyen o frenan la proliferación de células cancerosas a través de distintos mecanismos. Tienen una elevada toxicidad y son potencialmente peligrosos para la salud, por lo que su manipulación conlleva riesgos para el personal que interviene en la preparación, administración y almacenamiento de estos fármacos.

El contacto con estas sustancias puede tener efectos sobre el cuerpo humano, como carcinogénico (provocar cáncer), mutagénico (mutaciones en el ADN) y teratogénico (defecto congénito durante la gestación del feto). Así, dependiendo de factores como la exposición al fármaco, estos riesgos pueden ir desde una irritación de piel hasta enfermedades graves como la leucemia y otros tipos de cáncer, pasando por infertilidad y malformaciones congénitas, en casos de exposición prolongada o de alta intensidad.

La manipulación de citostáticos puede tener efectos carcinogénicos y mutagénicos

Según datos de la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (EU-OSHA), se estima que en Europa hay más de 12,7 millones de profesionales de la salud potencialmente expuestos a medicamentos peligrosos. Además, la exposición laboral a estos medicamentos ha provocado 1.467 muertes de profesionales de la salud, derivados de 2.220 casos de leucemia, en los últimos tiempos.

La seguridad, lo primero

Los avances tecnológicos juegan un papel fundamental a la hora de proteger a los profesionales que manipulan estas sustancias. Lo hacen con soluciones como los denominados sistemas cerrados de transferencia de fármacos (Closed System Transfer Devices, CSTD), dispositivos que de forma mecánica impiden tanto la transferencia de contaminantes ambientales al sistema como la liberación al entorno de vapor contaminado o partículas de fármaco, evitando los riesgos por contacto directo con el fármaco o por los vapores producidos en su extracción. Entre este tipo innovaciones, destaca un nuevo robot de Paalex, Equashield PRO, que ha sido instalado en el Hospital Universitario de Toledo, el primer centro público europeo

en contar con esta tecnología puntera. Se trata del primer sistema automatizado que prepara citostáticos de forma autónoma a través de sistemas cerrados. Permite reducir al mínimo el contacto del personal de Farmacia con estos medicamentos biopeligrosos, y asegura la correcta dosificación y uso para garantizar la seguridad también para el paciente.

El sistema de validación de las preparaciones, a través de un control por procesamiento de imagen de 14 cámaras, asegura que todo el proceso de producción de los fármacos se realiza conforme a la prescripción médica, protegiendo al paciente de cualquier posible error de dosificación y al personal de farmacia de exposiciones a fármacos con un alto peligro biológico.

El robot, que es capaz de realizar 60 preparaciones a la hora, está dotado de un mecanismo de control de calidad mediante sistema óptico y un control gravimétrico que garantiza la composición de las mezclas, evitando posibles errores de medicación. Las cámaras instaladas permiten obtener los mayores índices de trazabilidad e incorpora sistemas que consiguen el máximo aprovechamiento del contenido de los viales, ganando así en eficiencia en el uso de medicamentos de alto coste.



Equashield PRO aporta seguridad a la manipulación de medicamentos contra el cáncer.

Industria

40 años de sida en el mundo: cuando una revolución terapéutica transformó una enfermedad

L.D.B. MADRID

La infección por VIH fue uno de los problemas de salud más importantes del siglo XX, que se ha cobrado más de 36 millones de vidas desde 1981 hasta la fecha, según las estadísticas mundiales que maneja Onusida. Cuarenta años después de que se diagnosticaran los primeros casos, es una realidad que los avances en la investigación y desarrollo de tratamientos contra el sida, junto con los progresos en materia de prevención y concienciación, han hecho posible reducir de forma muy importante las tasas de mortalidad, incrementar la adherencia a las terapias antirretrovirales y mejorar de forma sustancial la calidad de vida de los pacientes, que en muchos casos disfrutan ya de una esperanza de vida similar a la de las personas sin VIH.

Aunque en la actualidad la infección por este virus no tiene cura conocida, el sida es una de las enfermedades en cuyo tratamiento ha habido un mayor progreso

durante los últimos 25 años. Esto ha sido posible gracias a las mejoras que ha supuesto la introducción de los tratamientos antirretrovirales (TAR).

Los avances en estas terapias han potenciado la prevención de su transmisión, ralentizado su progresión y aumentado la supervivencia y calidad de vida,

propiciando que el VIH/sida pase de ser una enfermedad aguda y fatal a corto plazo a convertirse en una condición crónica en la que los afectados pueden llevar una vida prácticamente normal. De hecho, el acceso a estos tratamientos se correlaciona de manera clara con la reducción de muertes causadas por esta enfermedad.



Farmacia

Esta Navidad, antígenos

Se acercan las fiestas navideñas y la incidencia de Covid-19 sigue aumentando en el contexto actual. Desde la OMS, su director general, Tedros Adharnom, ha mandado un aviso global ante la ola de repuntes y la "falsa sensación" de seguridad que las vacunas pueden generar. Si nos relajamos por estar vacunados podemos aumentar el riesgo de contagiarnos, y aunque estemos vacunados podemos contagiar al resto. Por ello, en un momento de alta incidencia no hay que abandonar el resto de medidas: distancia social, uso de la mascarilla en interiores y exteriores, higiene de manos y ventilación.

Lo mismo sucede con los test de antígenos. Según los expertos, estas pruebas pueden crear una sensación falsa de seguridad y solo son fiables cuando el resultado es positivo, porque funcionan cuando la carga viral es suficientemente alta. En Cataluña, en los diez últimos días de noviembre aumentaron entre un 500 y un 750%. Las farmacias aseguran que, en los días festivos, llegan a triplicar las ventas de este tipo de pruebas.

Estas pruebas test solo son fiables cuando el resultado obtenido es positivo

Los expertos recuerdan que cuantas más personas se reúnan en un encuentro, más posibilidades hay de contraer el virus y se recomienda incluso cancelar los comidas o cenas de Navidad. Desde la Federación de Asociaciones de Farmacias de Cataluña (FEFAC), recomiendan realizarse, al menos, dos test de antígenos antes de los encuentros. "Es aconsejable realizarse dos test: uno 48 horas antes de la cita, y un segundo unas dos horas antes, porque de este modo en caso de tener el virus, la carga viral habrá subido entre ambos y será más probablemente detectable", asegura el farmacéutico y presidente de FEFAC, Antoni Torres.

¿Cómo hay que realizarse el test de antígenos?

Solos y en casa, antes del encuentro, nunca con el grupo de personas con el que vamos a reunirnos. Para obtener la muestra correctamente hay que coger el hisopo (palito con algodón en la punta), justo dos centímetros y medio por debajo del algodón. Debe introducirse en uno de los agujeros de la nariz hasta que toque con los dedos. Después, girar el palo cinco veces, sacarlo e introducirlo en otro orificio nasal. Si necesitamos ayuda, también podemos realizar el test en la farmacia. Desde la empresarial de farmacias recuerdan también que los test deben comprarse en las farmacias, nunca por internet. El motivo es que solo los test de las farmacias tienen el sello de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y el usuario tiene garantizado que el producto se ha conservado adecuadamente. En definitiva, que la prueba tiene todas las garantías y cumple con los requisitos de seguridad.



Tecnología

Inteligencia Artificial, un avance fundamental en el diagnóstico del cáncer de mama por RM

VICENTE GÓMEZ DE TERREROS
Business Manager Health
Imaging Informatics Iberia
Canon Medical Systems



La información recogida por ECIS (Sistema Europeo de información del Cáncer) indica que el cáncer de mama es el tumor más frecuente entre las mujeres en España, diagnosticándose en 2020 un total de 34 mil nuevos casos. Eso significa que el 30% de los cánceres del total de tumores diagnosticados en mujeres tienen su origen en la mama, con un impacto social muy importante. En este contexto, es fundamental que las nuevas tecnologías, y en concreto la Inteligencia Artificial (IA), se incorporen al estudio de esta patología y particularmente a la ayuda al diagnóstico por la imagen de la misma.

Superado el concepto de amenaza de la IA asociada al diagnóstico por la imagen, estas herramientas se han desarrollado en 'Canon Medical' con una clara vocación de ayuda a los profesionales sanitarios para la realización de un diagnóstico más preciso, dedicando menos tiempo a tareas que la tecnología ya permite automatizar y preparar gracias al entrenamiento de algoritmos, entre otros. Todo ello nos permite ofrecer a los profesionales sanitarios imágenes de mayor calidad, incorporando funcionalidades de detección y cuantificación, de manera que podemos reducir la carga de trabajo mejorando los tiempos en el diagnóstico, integrándolo a su vez en el circuito clínico del servicio de radiología e incorporando comparativas con estudios previos.



'Canon Medical' ha incorporado el Deep Learning en las aplicaciones de visualización avanzada para estudios de Resonancia Magnética.

Permite ofrecer a los profesionales sanitarios imágenes de mayor calidad y precisión

Un método éste que hemos introducido también en el ámbito de la oncología y, dirigido especialmente a los estudios de Mama, con el fin de ayudar en el diagnóstico. La aplicación Canon Olea BreastApp, de manera automática detecta, caracteriza, segmenta y

cuantifica lesiones en la mama susceptibles de malignidad. Finalizado el proceso, BreastApp genera el informe estructurado basado en BI-RAD ATLAS incluyendo los datos cuantitativos e imágenes clave.

Si a la incorporación de este tipo de soluciones de Visualización Avanzada con elementos de IA, unimos los resultados de la labor investigadora orientada a la identificación de patrones de comportamiento de los tumores mediante el uso de tecnologías de caracterización tumoral, Radiómica, podemos avanzar en el que es uno de nuestros objetivos finales que no es otro que facilitar a los profesionales sanitarios herramientas para conseguir personalizar el tratamiento sobre la base del conocimiento de su efectividad.

Oftalmología

Lo que la diabetes esconde

La retinopatía es una de las principales causas de ceguera en España



L.D.B. BARCELONA

La retinopatía diabética, una de las primeras causas de ceguera en España, es la afectación de la retina (capa que tapiza el interior del globo ocular) como consecuencia de la diabetes, que afecta al ojo del mismo modo que al resto del organismo, alterando principalmente su circulación. Así, fruto de la descompensación metabólica por el mantenimiento de altos niveles de azúcar en sangre (glucemia), pueden aparecer alteraciones de distinta gravedad en el tejido retiniano, muy vascularizado. Las principales lesiones son: aumento de la permeabilidad vascular, de modo que los vasos sanguíneos pierden líquido. Cuando este se acumula en la parte central de la retina aparece

un edema macular. Y, también, isquemia retiniana o falta de irrigación en algunas partes de la retina, debido al cierre de pequeños vasos sanguíneos.

Según la OMS, aproximadamente uno de cada diez adultos en el mundo, más de 500 millones de personas, vive con diabetes, cifra que se hacen más importante, si cabe, en países con ingresos bajos donde vive el 75% de los pacientes con esta enfermedad. En Europa se contabilizan cerca de 64 millones, aproximadamente el 7% de la población.

DM 1 o DM 2

Esta clasificación clásica se refiere fundamentalmente al mecanismo por el que falla el control de la glucemia, sea como en la de tipo 1- por la ausencia de producción de insulina- o en la tipo 2 llamada del adulto

por la resistencia inicial a la insulina. Existen otros grupos de diabetes más específicos y menos numerosos que los médicos endocrinólogos categorizan adecuadamente. La más frecuente es la diabetes tipo 2 o del adulto, que representa alrededor del 90 % de los casos.

Para el especialista Carlos Mateo, uno de los fundadores de IMO y especialista en el tratamiento de enfermedades de la retina, "la aparición de síntomas puede ser muy diferente: desde lento deterioro de la capacidad visual hasta pérdida brusca y total de la visión en un paciente que previamente tenía una visión normal.

Debemos entender que en la afectación de la retina existen dos cuadros diferenciados. Por una parte, la aparición de isquemia en la retina periférica o posterior porque los vasos retinianos se cierran y la retina no recibe el aporte necesario de oxígeno, y puede acabar sin tratamiento en una grave retinopatía proliferativa". Según la OMS, en Europa se estima que hasta un 20-35% de las personas con diabetes tendrá alguna forma de retinopatía diabética y que aproximadamente el 2% tendrá la forma proliferativa. Por otra parte, y más frecuente en la diabetes tipo 2, la forma edematosa de la mácula reduce de forma lenta la capacidad visual central y requiere tratamiento continuado.

Según Mateo, "el buen control metabólico de la enfermedad, que es coordinado por endocrinólogos, puede conseguir claramente la reducción de las complicaciones oculares y por lo tanto el mantenimiento de la visión. En control de la glucemia, de la presión arterial y del perfil lipídico son fundamentales para evitar y mitigar la evolución de la retinopatía diabética" afirma el experto.

Alergología

El alergólogo debe guiar a los diagnosticados de alergia a animales domésticos

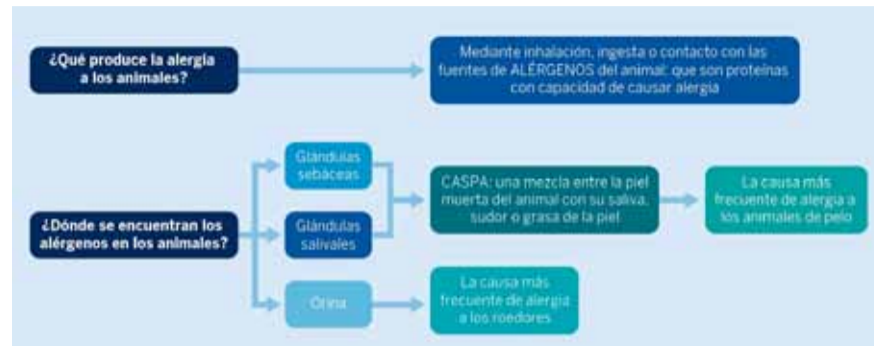
La inmunoterapia consigue un control importante de síntomas y la tolerancia a la mascota

L.J. MADRID

Se estima que en torno al 6% de la población española está sensibilizada a animales y este porcentaje aumenta hasta un 30% en pacientes alérgicos, según datos de Francisco Javier Ruano, jefe del Servicio de Alergología del Hospital Universitario Infanta Leonor de Madrid. De hecho, según los últimos datos de Alergológica (el estudio epidemiológico de referencia sobre las enfermedades alérgicas en España), el 41% de los pacientes con síntomas de rinoconjuntivitis (un 30% convive con perros y un 11% gatos), y el 42% de las personas con diagnóstico de asma convive con animales a los que es alérgico.

Los síntomas más frecuentes son los que afectan a la vía respiratoria

La incidencia está aumentando por el incremento de mascotas en los domicilios, y por otro lado, por la presencia de cantidades relevantes de alérgenos incluso en lugares en los que no habitan animales (contactos indirectos), según María Vázquez de la Torre, facultativa del Servicio de Alergología y responsable de Unidad de Inmunoterapia del Servicio de Alergología del mismo hospital. La prevalencia depende de factores como el país (en España hay en torno a 8 millones de mascotas) y la atopía (hipersensibilidad ante la exposición o el contacto de sustancias). En España,



“El libro de las enfermedades alérgicas” de la Fundación BBVA y la SEAIC.

el animal al que es más frecuente estar sensibilizado es el gato. Un 12% de los pacientes con rinitis y un 15% de los pacientes con asma están sensibilizados a epitelio de gato. Los síntomas más frecuentes son los que afectan a la vía respiratoria, principalmente rinoconjuntivitis con estornudos, goteo nasal, congestión nasal, lagrimeo y picor de nariz y ojos, pero también puede producir asma, que se puede presentar como dificultad para respirar, opresión torácica, tos seca o silbidos al respirar. Estos síntomas son variables (desde leves a graves) y pueden evolucionar a lo largo del tiempo, llegando a interferir con la vida cotidiana o con el descanso nocturno, incluso a pesar de seguir un tratamiento sintomático adecuado. En los casos más graves precisan asistencia en urgencias o incluso ingresos hospitalarios por crisis de asma, alerta Francisco Javier Ruano.

Medidas preventivas y farmacológicas

La medida más eficaz para evitar esta alergia es no convivir con animales, aunque no siempre es fácil y pacientes muy alérgicos pueden

incluso presentar síntomas por contactos indirectos con el alérgeno.

Ante la sospecha de una alergia a animales, este experto remarca que se debe siempre consultar con un alergólogo para que realice un estudio diagnóstico y tratamiento individualizado.

Aunque lo más habitual para el tratamiento de la rinoconjuntivitis y asma bronquial - antihistamínicos, sprays de corticoides intranasales, colirios, broncodilatadores y corticoides inhalados -, que se prescribe en función del tipo y la gravedad de síntomas, también se dispone de la inmunoterapia con alérgenos. Consiste en administrar cantidades gradualmente crecientes de un extracto alérgico a un sujeto alérgico para mejorar la sintomatología causada por la exposición al alérgeno causante, es decir, conseguir la tolerancia a dicho alérgeno. “Cuando el paciente no puede o no quiere deshacerse de su mascota, la inmunoterapia específica es una muy buena opción terapéutica que en la mayoría de casos consigue la remisión de síntomas y la tolerancia a la mascota”, expresa María Vázquez de la Torre.

Endocrinología

Desde Atención Primaria se observa una mejora de la diabetes y sus complicaciones tras la pandemia

L.J. MADRID

La diabetes es una enfermedad crónica que se caracteriza por niveles elevados de azúcar/glucosa en sangre y está causada por una disminución en la secreción de una hormona que produce el páncreas: la insulina, que es la encargada de facilitar la entrada de la glucosa a las células para que se puedan transformar en energía. Se trata de una de las enfermedades no contagiosas más frecuentes del mundo y en España la padecen casi 6 millones de personas. La denominada “diabetes desconocida” afecta al 5% de las personas, en las que la enfermedad no está diagnosticada.

La pandemia de la COVID-19 ha tenido efectos negativos sobre estos pacientes, derivados del retraso en los seguimientos y controles metabólicos, del aumento del sedentarismo y de la adopción de peores hábitos alimenticios. Sin embargo, los médicos de Atención Primaria empiezan a observar una mejora de la enfermedad diabética y sus complicaciones, según se ha desprendido del ‘Diabetes Focus: Innovando en Diabetes’, formación dirigida a estos profesionales que ha sido patrocinada por Área Científica Menarini y que cuenta con el aval científico de la Fundación RedGDPS y del Primary Care Diabetes Europe (PCDE).

Esta actividad da respuesta a la creciente necesidad de los profesionales sanitarios de



El control de la glucosa en sangre es fundamental para la evolución de la enfermedad.

actualizar conocimientos en torno a la diabetes, dada su elevada prevalencia, a la evolución científica, a las demandas y necesidades sociales y del propio sistema sanitario. Según opina Francesc Xavier Cos, médico de Atención Primaria y director de esta actividad, se requiere de un proceso de aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación todos los profesionales sanitarios para actualizar y mejorar sus conocimientos y habilidades. Al parecer de Francesc Xavier Cos, los profesionales del primer nivel asistencial deben tener capacidades para identificar la diabetes y la enfermedad intercurrente (aparece durante el transcurso de la diabetes y puede descompensar o complicar su manejo), saber

en qué personas deberían explorarla o sospecharla y, cuando se detecta, actuar de la manera más adecuada. Además, deben estar al día del uso de las tecnologías digitales para el control y seguimiento de la enfermedad. Precisamente un aspecto positivo de la pandemia en la atención a las personas con diabetes es que ha acelerado la implantación de herramientas digitales, por lo que ahora se abre un nuevo horizonte de reflexión para saber qué valor añadido aporta cada tipo de visita (presencial, telefónica, videollamada o correo electrónico) y cómo integrar esta nueva forma de relación individualizando y situando al paciente y a sus familias en el centro del proceso asistencial.

Opinión

La medicina del futuro

Hace unas semanas se celebró el XIV Congreso de la Asociación de Medicina de la Industria Farmacéutica para ahondar en las necesidades actuales y futuras de la medicina. Es evidente que ésta ha cambiado como ha cambiado la sociedad. La digitalización y el necesario cambio en el paradigma actual para abordar esta transformación. También la constatación de nuevas especialidades como la farmacogenómica, la nanomedicina y la epigenómica que suponen un avance sustancial en la investigación y tratamiento de enfermedades.

La primera, farmacogenómica, estudia la posible relación entre la variabilidad genética y la respuesta a los fármacos. Es el área de conocimiento que proporciona la necesaria información para definir un tratamiento individualizado basado en el perfil genético de cada paciente y en el marco de la medicina personalizada de precisión. Su aplicación en la práctica clínica contribuirá al desarrollo de herramientas para evaluar la respuesta de cada paciente en su contexto, las interacciones entre fármacos y la variabilidad en la patología o el órgano afectado.

Nuevas especialidades que suponen un avance en la investigación y tratamiento

Por su parte, la nanomedicina es la aplicación de la nanotecnología, es decir, el conocimiento de los eventos ocurridos a escala nanométrica y el desarrollo de nanomateriales en el campo de la salud. Fundamental para el nanodiagnóstico, nanoterapia y nanotecnología en la medicina regenerativa. La nanomedicina tiene un especial avance para combatir el cáncer. Esta “nueva” especialidad contribuirá a que la medicina del futuro próximo aborde el diagnóstico de manera más precoz, eficaz y de forma personalizada.

Finalmente, las epigenómicas estudia el conjunto de marcas epigenéticas, es decir, aquellas modificaciones químicas que se suceden en el entorno de la molécula de ADN, sin modificar su secuencia, y que regulan la expresión génica. Gracias a esta especialidad se puede ya correlacionar los hallazgos epigenéticos con el desarrollo de ciertas patologías o con su progresión. En la oncología es donde más avances se han producido, si bien el campo está abierto en procesos cardiovasculares y neurodegenerativos, entre otros.

Estas tres especialidades, que cada vez son más frecuentes en la literatura médica al alcance todos, evidencian el gran potencial de la ciencia en estos campos y en la investigación. Estos avances traerán una medicina precisa, certera y personalizada que contribuirán una mejora de la situación de los pacientes, siempre que se obtengan los recursos que permitan proseguir la investigación tan necesaria en nuestra sociedad.

SILVIA ONDATEGUI-PARRA
Socia Global de Life Sciences de EY



Tecnología

La medicina computarizada

HUGO HERRERO ANTÓN DE VEZ
Director de estrategia e innovación de Alma Medical



La tecnología por fin entra de lleno en el cuidado de nuestra salud, y no únicamente desde una perspectiva administrativa, con visitas virtuales, agendas electrónicas o portales del paciente, sino a través de algo mucho más trascendental: la inteligencia artificial (IA). Aun así, la IA es de todo menos inteligente, ya que esta "pseudo-inteligencia" siempre incluye los sesgos de su creador y de los datos con los que ha sido alimentada. Esto ha hecho patente la necesidad de controlar su aprendizaje y sus usos para evitar distorsiones en el diagnóstico, y que herramientas basadas en esta tecnología acaben jugando en detrimento de la salud del paciente. También se ha visto lo fundamental de poner límites a esta digitalización para proteger la privacidad de los datos del paciente.

Desde los años 90, la comunidad científica del CARS (Computer Assisted Radiology and Surgery Congress) alertaba de dichos riesgos y proponía una solución teórica: el Medical Information and Model Management System (MIMMS), un concepto pensado para complementar la infraestructura hospitalaria actual. Desde Alma llevamos tiempo trabajando en la construcción de dicho sistema, y hemos creado un entorno que permite la estructuración e integración de datos médicos y, por ende, el uso de IA en el ámbito clínico, respetando la privacidad del paciente y dándole el control de sus propios datos.

Gracias a este entorno virtual podemos instalar en los hospitales en cuestión de horas una plataforma que despliega los algoritmos de IA de forma segura, pudiendo auditar en todo momento el proceso asistencial y el uso de los datos del paciente, además de facilitar los flujos de trabajo de los profesionales.

Estas herramientas evitan la realización de biopsias y mejoran la detección del cáncer

Estas herramientas, por ejemplo, evitan la realización de biopsias y mejoran la detección de enfermedades como el cáncer; permiten cuantificar el estado de degeneración de los cartílagos en una rodilla; identifican mejor nódulos sospechosos en un TAC de tórax; diagnostican lesiones cutáneas con una simple fotografía; u ofrecen la saturación de oxígeno en segundos; o monitorizan sin intervención humana a pacientes que han sufrido un infarto. Y, estas aplicaciones eran complejas de instalar y utilizar en el hospital sin que supusieran un riesgo para los pacientes, tanto a nivel de privacidad como para su salud, pero hoy los centros hospitalarios que apuestan por la innovación ya las están incorporando.

Dicho entorno permite entre otras cosas el despliegue sencillo y seguro de las herramientas de IA, con su consiguiente optimización de recursos, ahorro de tiempo y aumento de la eficacia terapéutica. Pero como médico considero que aporta algo aún más valioso: la posibilidad de complementar al profesional para que este pueda ejercer una atención personalizada, pasando de una medicina generalizada y reactiva a una preventiva y transparente, centrada en el paciente y más humana.

Imagen

Un nuevo equipo PET en el Hospital Virgen del Rocío reduce hasta en un 40% la dosis de radiación

Además de mayor seguridad, ofrece diagnósticos más tempranos y certeros así como una mejora de los tratamientos en oncología y otras enfermedades en este centro sevillano

LAURA JORDÁN. BARCELONA

El Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla ha instalado este año un nuevo equipo de tomografía por emisión de positrones (PET/CT) que supone un destacado avance en el diagnóstico, seguimiento y atención de personas con cáncer y otras enfermedades como las neurológicas o cardíacas.

La tecnología de esta máquina de GE Healthcare, permite una mejor calidad y la resolución de la imagen y una mayor sensibilidad para detectar lesiones más pequeñas y en fases más tempranas, haciendo los diagnósticos más precisos y mejorando los tratamientos y la esperanza de superar una enfermedad", explica José Manuel Jiménez-Hoyuela, director de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Nuclear del Hospital.

Otra de sus ventajas es que reduce hasta en un 40% la dosis de radiación administrada, lo que mejora la seguridad del paciente y el trabajador sanitario, al estar menos expuestos a la radiación. Este aspecto es de especial importancia en la prevención de efectos secundarios en pacientes pediátricos, donde se dispone de métodos especiales para su protección. Además, contribuye a reducir la radiación recibida por los profesionales expuestos que prestan sus servicios en estos equipos.

Mayor velocidad

Entre las cualidades de este nuevo equipo también se encuentra el ahorro de tiempo en la realización de las pruebas. "El tiempo medio por exploración antes solía situarse entre los 25 y los 27 minutos, mientras que ahora se encuentra entre los 11-12 minutos", expresa.



Diagnósticos más certeros a través de esta nueva tecnología de imagen médica.

Este ahorro está directamente relacionado con un mayor confort del paciente y una mayor productividad del centro, que atiende a una gran demanda de pacientes.

Las innovaciones en PET ahorran mucho tiempo en la realización de las pruebas

La Unidad de Medicina Nuclear del Hospital Virgen del Rocío, que presta atención a una población de más de 1,3 millones de personas con este equipo, ha remodelado su servicio para aprovechar estas mejoras, incrementado

el número de pacientes que atiende en un 60% cada semana. Según datos del hospital, esto ha permitido un mayor acceso al diagnóstico temprano de un mayor número de enfermedades, mejorando la calidad de la atención al paciente.

Una de las novedades que introduce este equipo es la posibilidad de gestionar el movimiento respiratorio sin someter al paciente a incómodos procedimientos, permitiendo explorar fácilmente áreas que antes presentaban grandes dificultades. "Con la incorporación de este equipo se ha posibilitado ampliar el número de aplicaciones clínicas en oncología, neurología, inflamaciones e infecciones, nuevos tratamientos y, a su vez, aumentar las posibilidades investigadoras", concluye Jiménez-Hoyuela.

Oftalmología

Los ojos y la hipertensión arterial



Esta enfermedad puede afectar directamente a la vista.

SÒNIA VIVER

Oftalmóloga del Centro de Oftalmología Barraquer

La hipertensión arterial es una enfermedad sistémica que puede comprometer de manera severa órganos vitales como el cerebro, el corazón, los riñones y los ojos, entre otros. Su progresión es silenciosa, dañando paulatinamente los tejidos antes de que los efectos nocivos sobre los órganos sean clínicamente evidentes.

La retina es el único lugar del organismo donde podemos visualizar de manera directa los vasos sanguíneos mediante una técnica sencilla y no invasiva, la oftalmoscopia. Esto brinda la posibilidad de equiparar los daños en el fondo del ojo con los de otras partes del organismo.

La retinopatía hipertensiva es el conjunto de manifestaciones oculares que tienen lugar en la retina como consecuencia de la hipertensión arterial. A más presión arterial

y tiempo de evolución, más probable que el daño ocular sea severo, y por ende, el del resto del organismo.

Existen otros factores que pueden agravar la retinopatía hipertensiva, como son: la arteriosclerosis, la edad avanzada, la diabetes, niveles altos de colesterol y triglicéridos o el consumo de tabaco, entre otros.

La gravedad de la retinopatía también dependerá del estado previo del árbol vascular retiniano y de la rapidez de instauración de la hipertensión; así podemos diferenciar entre:

Retinopatía hipertensiva crónica

La mayoría de los pacientes sufre esta variante. Suelen ser asintomáticos al inicio pero con la progresión de la hipertensión terminan presentando dificultades visuales. Se diagnostican casualmente con un examen de fondo de ojo, donde encontraremos los siguientes hallazgos:

1. Disminución del calibre vascular de manera difusa o focal.

2. Cruces arteriovenosos patológicos (compresión de una arteria sobre una vena, dificultando el flujo sanguíneo).

3. Alteraciones del reflejo vascular (dificultad en la visualización de la sangre en el interior de los vasos).

4. Aneurismas retinianos: micro y macroaneurismas (dilataciones vasculares anormales de pequeño o gran tamaño, respectivamente).

La retinopatía hipertensiva es el conjunto de manifestaciones oculares que tienen lugar en la retina como consecuencia de la hipertensión arterial.

Retinopatía hipertensiva aguda también denominada maligna o acelerada

Aparece de forma súbita y se caracteriza por presentar presiones muy altas, fuerte dolor de cabeza y acusada pérdida visual. En el examen clínico encontraremos:

1. Hemorragias retinianas, prerretinianas, coroideas o vítreas (por rotura de vasos).

2. Exudados blandos y duros (depósitos de color blanco-amarillento por extravasación de materiales del plasma o por isquemia).

3. Edema de papila (inflamación del nervio).

4. Edema de mácula (inflamación de la parte central de la retina).

Tratamiento

No existe un tratamiento específico para la retinopatía hipertensiva, sólo se debe controlar de forma estricta y mantenida la presión arterial. Aunque en algunos pacientes muy mal controlados pueden quedar secuelas visuales, en general, un descenso de la presión se traduce en una resolución significativa de las lesiones retinianas.

Cardiología

Más evidencia para el tratamiento de la estenosis aórtica

JOSÉ ZAMORANO

Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Ramón y Cajal

RAÚL MORENO

Jefe de la Unidad de Cardiología Intervencionista del Hospital Universitario La Paz

La estenosis aórtica, la enfermedad valvular más frecuente en Europa, está causada por el mal funcionamiento de la válvula aórtica, situada entre el ventrículo izquierdo y la aorta para actuar a modo de compuerta y hacer pasar la sangre del corazón al resto del cuerpo. El estrechamiento de esta válvula reduce el flujo sanguíneo, lo que puede provocar síntomas graves que limitan la calidad de vida de los pacientes e incluso causar su fallecimiento. El óptimo abordaje de esta patología es fundamental debido a su creciente incidencia – afecta al 4-7% de la población mayor de 65 años de edad y a más del 10% de los mayores de 75 años, a su mortalidad, al impacto sobre la calidad de vida.

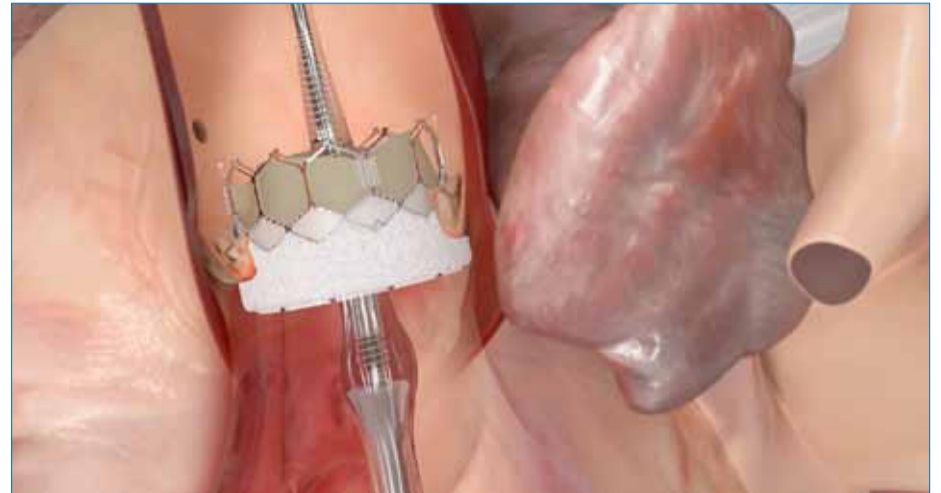
Por estos motivos, son de celebrar los avances en su tratamiento y los consensos de la comunidad científica sobre cómo abordarla. En este sentido, la Sociedad Europea de Cardiología ha publicado su nueva guía de tratamiento de enfermedades de las válvulas cardíacas, que establece las pautas

diagnósticas y terapéuticas recomendadas en la actualidad, a partir de la nueva evidencia científica.

Uno de los cambios que introduce es que, a partir de ahora, el tratamiento recomendado en pacientes mayores de 75 años es ya el implante valvular aórtico transcatóter (TAVI, por sus siglas en inglés) a través de una arteria femoral, una técnica mediante la que se implanta una nueva válvula mediante un catéter. Cuando esto no es posible realizarlo, hay que pensar en otras opciones, siendo la tradicional la realización del recambio valvular mediante cirugía abierta. Además, hay otros pacientes en los que, por su elevado riesgo quirúrgico, puede considerarse esta técnica, dada la baja tasa de complicaciones y buenos resultados que conlleva.

Se trata de la enfermedad valvular más frecuente en Europa y causada por la válvula aórtica

Ambas técnicas ofrecen buenos resultados. La cirugía cardíaca con circulación extracorpórea sigue siendo una opción adecuada en algunos casos, mientras que las ventajas de la TAVI pasan por que es menos



En el procedimiento de TAVI se realiza una pequeña incisión en la arteria femoral y mediante un catéter se introduce una nueva válvula aórtica.

agresiva, generalmente no precisa anestesia, permite una reincorporación a la vida habitual mucho antes y es menor el riesgo de sufrir complicaciones graves, como arritmias, fracaso del riñón o hemorragias. Por tanto, en pacientes mayores de 75 años se considera ya el tratamiento de elección, mientras que, en menores de esta edad, la decisión entre TAVI o cirugía depende de la situación particular de cada paciente. La cirugía clásica ofrece buenos resultados, la TAVI siendo menos cruenta también. Es

por eso que la clave es analizar cada paciente, de forma individualizada, en colaboración de cardiólogos y cirujanos, escuchando las dudas y pensamientos de los enfermos para tomar en cada caso la decisión correcta. Este último punto también es recogido por las nuevas guías, donde la opinión de los enfermos debe considerarse también en la decisión. Es por eso por lo que hablar, explicar y mostrar los buenos resultados de la cirugía y de la TAVI debe explicarse a cada paciente con respeto y colaboración.

30% hasta **CONTRÁTALO antes del 31 de enero**

en Salud y Dental en 2021 y 2022*

* Ver condiciones en asisa.es

En ASISA nuestro servicio de telemedicina incluye además **Apoyo Psicoemocional**.

900 10 10 21
asisa.es

asisa

Terapéutica

Auge de los derivados del cáñamo para el tratamiento de enfermedades

Una sentencia del TJUE avala que el cannabidiol no se encuentra en el listado de sustancias psicotrópicas o de alteración de la consciencia

L.G. MADRID

El cultivo de cáñamo ha aumentado en los últimos años en Europa, para la producción de fibra, combustibles ecológicos, bioplásticos, celulosa para papel y otros productos, así como para la industria farmacéutica y cosmética. Esto va ligado a la tendencia y necesidad de tener industrias y productos ecosostenibles, respetuosos con el medioambiente y que sean beneficiosos para la salud de la forma más natural posible.

Así lo explica Pere Hors, CEO de Estand Lab, empresa constituida en 2020 y dedicada a todo el proceso industrial del cáñamo, desde su producción y extracción hasta la comercialización, investigación y desarrollo de productos. Opina que es importante aclarar que, tanto el cáñamo industrial como el medicinal, así como sus elementos esenciales o principios activos, no deben confundirse con la marihuana. Aunque ambos son de la familia del cannabis, el primero (cannabis Sativa L) no tiene efectos psicoactivos,

por contener un porcentaje inferior al 0,3% del principio activo tetrahidrocannabinol (THC), mientras que la marihuana sí los tiene, al tener una presencia superior de este principio activo. En cambio, el cáñamo contiene mayor proporción de cannabidiol (CBD) y cannabigerol (CBG), utilizados como elemento para cosmética o productos farmacéuticos o terapéuticos.

Ni el cáñamo si sus principios activos deben confundirse con la marihuana

“A la vista de importantes diferencias técnicas y morfológicas, ni el cáñamo si sus principios activos deben confundirse con la marihuana, ni pueden calificarse como droga, tal como declaró recientemente la Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE) el 19 de noviembre de 2020”, afirma Hors. Por tanto, los principios activos derivados



del cáñamo, combinados o unidos a otros como los derivados de la cúrcuma, pueden ser utilizados con fines terapéuticos (ver ilustración).

Marco normativo

El marco normativo sobre estos productos ha generado confusión en torno a la situación de estos productos. En el ámbito europeo, se permite su producción y comercialización con determinadas limitaciones. Diversas normas autorizan el cultivo del cáñamo, pero con

requisitos como que deben utilizarse solo las variedades de semillas recogidas en la lista que aprueba la misma UE o que el contenido de THC no debe superar el 0,3%.

No obstante, según señala Hors, ha sido fundamental para esta industria la Sentencia del TJUE de 19 de diciembre de 2020, que declara que el cannabidiol no se encuentra incluido en el listado de sustancias psicotrópicas o de alteración de la consciencia humana y que incluso es beneficioso para la salud, permitiendo el comercio interior, su importación y exportación. España admite de igual forma el cultivo y explotación del cáñamo, sometiendo esos cultivos a los requisitos anteriores sentados por la UE y fijando otros requerimientos en su producción. Además, si la producción de cáñamo va destinada a la industria farmacéutica, es precisa la previa autorización de la Agencia Española del Medicamento y productos Sanitarios (AEMPS). “Estos principios activos cada día tendrán más cabida en los nuevos tratamientos terapéuticos que buscan un mayor respeto al cuerpo humano”, concluye Pere Hors.

Hematología

La Púrpura Trombocitopénica Trombótica adquirida, una carrera a contrarreloj para salvar la vida del paciente

Sin tratamiento puede llevar a la muerte hasta al 90% de los afectados, a menudo antes de las primeras 24 horas

L.G. MADRID

La Púrpura Trombocitopénica Trombótica adquirida (PTTa) es una enfermedad rara que pertenece al grupo de las anemias hemolíticas microangiopáticas y está provocada por la deficiencia de una enzima -ADAMTS13- a causa de la presencia de unos anticuerpos que bloquean directamente su actividad. Esta deficiencia motiva la formación de trombos en los vasos sanguíneos pequeños, una grave disminución de las plaquetas y destrucción de los glóbulos rojos; originando la isquemia de algunos órganos vitales como el cerebro, corazón y riñón. "El factor desencadenante de la producción de estos anticuerpos muchas veces es desconocido, aunque puede guardar relación con infecciones o enfermedades autoinmunes", explica Cristina Pascual, especialista en Hematología y Hemoterapia en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid.

La detección de esta enfermedad representa un reto asistencial al ser poco frecuente

La PTTa es una enfermedad grave y potencialmente mortal en la que hay que actuar rápido porque su curso natural sin tratamiento puede llevar a la muerte hasta al 90% de los pacientes, a menudo antes de las primeras 24 horas. Por este motivo, el diagnóstico y tratamiento precoces resultan



cruciales para salvar la vida de quienes la padecen y reducir las posibles secuelas. Sin embargo, actualmente la detección de esta enfermedad representa un reto asistencial: por un lado, por la falta de experiencia de los profesionales médicos al ser tan poco frecuente, y por otro lado porque, cuando el paciente llega a urgencias, presenta un cuadro de síntomas inespecíficos que resulta difícil de reconocer.

Formación e información

Por este motivo, la formación de los médicos es fundamental, según Cristina Pascual,

también tesorera de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH). "Todos los médicos que atienden este tipo de pacientes han de tener en mente que, ante un cuadro de anemia hemolítica y trombocitopenia, siempre hay que descartar una PTTa", señala. Esta experta también apuesta por la mejora de la coordinación entre los servicios de urgencias y de hematología, así como con farmacia hospitalaria para iniciar el tratamiento cuanto antes.

En este contexto, Sanofi Genzyme ha lanzado #PúrpuraATiempo, una campaña de concienciación que tiene como objetivo

formar e informar sobre esta patología a todos los profesionales sanitarios implicados en su diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Pone especial atención en la labor fundamental de los ya mencionados servicios de urgencias, hematología y farmacia hospitalaria, para que puedan detectar y abordar la enfermedad lo más rápido posible. Es por ello por lo que, por una parte, identifica sus signos y síntomas y, por otra, subraya la relevancia del tiempo de diagnóstico para la supervivencia de los pacientes. Siempre teniendo en cuenta que la PTTa es considerada una emergencia médica.

Inmunología

Nuevas cepas probióticas, eficaces frente a los virus respiratorios

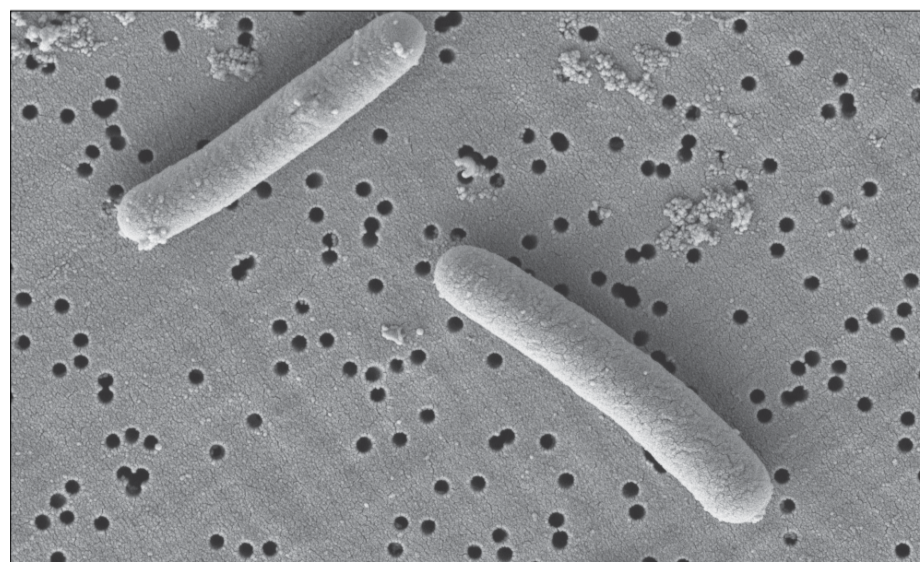
La microbiota puede lograr una menor frecuencia, duración y gravedad de los síntomas de infecciones

L.J. MADRID

La microbiota juega un papel fundamental, desde el momento del nacimiento y los primeros meses de la vida, como potenciador de forma significativa de la inmunidad, tanto humoral como celular. Así lo explica este experto, Pedro Gutiérrez-Castrellón, del Hospital General Manuel Gea González, de Ciudad de México, que recientemente ha participado en el I Congreso de la Sociedad Iberoamericana de Microbiota, Probióticos y Prebióticos (SIAMPyP) celebrado en Madrid.

Eficacia de probióticos como tratamiento en las infecciones respiratorias también con la Covid-19

Se ha demostrado que la microbiota puede producir un efecto positivo en infecciones digestivas, respiratorias e incluso genito-urinarias, logrando una menor frecuencia, duración y gravedad de los síntomas. Esto se debe a que algunas bacterias de la microbiota y diversos probióticos tienen la capacidad de producir sustancias



Lactobacillus plantarum es eficaz como coadyuvante en la reducción del riesgo y tratamiento de infecciones respiratorias.

naturales con efecto antibiótico. "En las vías respiratorias, se asocian a la producción de sustancias bactericidas naturales que regulan el crecimiento de los patógenos respiratorios, no solo bacterianos, sino también virales, y de igual forma interactúan con células de la inmunidad respiratoria como los macrófagos alveolares, que son una pieza fundamental en el control de las infecciones, o las células Th17,

asociadas a la producción de diversas citosinas como por ejemplo la interleucina 22 (IL-22), que ayuda a controlar el proceso inflamatorio muy frecuente en infecciones respiratorias tanto virales como bacterianas", señala Pedro Gutiérrez-Castrellón. Desde hace poco más de 20 años los probióticos se han utilizado como coadyuvantes en la reducción del riesgo de infecciones respiratorias (preventivos) o

como coadyuvantes (aplicado de manera suplementaria) en el tratamiento de infecciones respiratorias. Según sus palabras, "recientes revisiones han revelado la superioridad o equivalencia terapéutica de algunas cepas específicas de probióticos que han demostrado su utilidad clínica"

Mejora de la infección por Covid-19

La eficacia de cepas específicas de probióticos como tratamiento en las infecciones respiratorias víricas también se ha comprobado con la COVID-19. Así, según un estudio realizado por el grupo de Investigación Translacional en Ciencias de la Salud del Hospital General Manuel Gea González, el probiótico AB21, administrado una vez al día durante 30 días a pacientes con COVID-19 leve y moderado, "logró una recuperación más acelerada, una duración significativamente menor de la duración de los síntomas, una reducción notablemente más temprana en los valores de carga viral, y una franca mejoría en los valores de Inmunoglobulina G (IgG) e IgM, sin observarse eventos adversos asociados a la combinación de cepas de probióticos", expresa este experto. AB21, que está disponible en España, contiene como cepas tres lactobacilos y un pediococcus: *Lactiplantibacillus plantarum* KABP-022, KABP-023 y KABP-033, combinados con *Pediococcus acidilactici* KABP-021.

Salud laboral

El consentimiento sanitario cuando no se puede consentir (2ª parte)

VICENÇ APARICIO CORBELLA
Director de Asesoría
Jurídica de ASEPEYO



Como se vio en el anterior artículo, el supuesto más frecuente sigue siendo que el paciente privado de capacidad de consentir no cuente con instrucciones previas en base a las cuales los profesionales sanitarios deban sujetarse en sus actuaciones clínicas.

En tales casos, la legislación prevé que cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad del paciente los facultativos podrán llevar a cabo las actuaciones indispensables en favor de la salud del paciente, sin contar con su consentimiento, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o personas vinculadas de hecho. La actuación sanitaria queda limitada, por tanto, en su presupuesto, por los requisitos de inmediatez y gravedad, y en su alcance, por el requisito de necesidad. Fuera de las situaciones de urgencia, los llamados a prestar consentimiento en sustitución del paciente, si no existe representante legal designado, serán sus familiares o las personas vinculadas de hecho a él.

¿Qué sucede cuando unos familiares aceptan y otros rechazan el tratamiento propuesto?

A diferencia de lo que sucede con el consentimiento prestado o rechazado por el propio paciente con carácter anticipado, mediante voluntades previas, el consentimiento prestado por el representante legal o por los

familiares se encuentra supeditado al interés del paciente, de modo que la decisión deberá adoptarse atendiendo al mayor beneficio para la vida o para la salud de éste. En Galicia (Ley 3/2001, de 28 de mayo), Murcia (Ley 3/2009, de 11 de mayo) y la Comunidad Valenciana (Ley 10/2014, de 29 de diciembre) el legislador ha establecido prioridades entre los familiares llamados a prestar consentimiento, siendo el primer llamado el cónyuge no separado legalmente o la persona con quien el paciente mantenga unión estable; en su defecto el familiar de grado más próximo.

Pero en el resto del estado la normativa no resuelve aquellos casos de conflicto que puedan darse entre los familiares.

¿Qué sucede cuando unos familiares aceptan y otros rechazan el tratamiento propuesto?

En mi opinión, no le corresponde al centro sanitario o al médico responsable valorar qué familiar tiene mejor derecho para prestar consentimiento en nombre del paciente, ni tampoco puede realizar un determinado tratamiento que, si bien ha sido autorizado por una parte de la familia, cuenta con el rechazo explícito de otros familiares. Cuando el profesional sanitario no pueda recabar el consentimiento de los familiares que con ocasión de la asistencia se han identificado como tales, y en la medida en que esa ausencia de consentimiento sea ser contraria a la vida y la salud del paciente, el centro sanitario debe recabar autorización judicial. La legislación sanitaria no prevé qué juzgado resulta competente para autorizar los tratamientos no consentidos por los familiares o representantes del paciente. La cuestión no es pacífica; de un lado los juzgados de instrucción asumen funciones de protección a posibles víctimas o perjudicados en momentos muy iniciales de la investigación penal, cuando ni siquiera aparezca



con claridad una situación delictiva pero sea necesario adoptar una intervención coactiva con finalidad tuitiva.

Por otro lado, los juzgados de primera instancia entienden de los expedientes de jurisdicción voluntaria, que tienen por objeto la tutela de derechos e intereses en materia civil, y si bien la Ley de Jurisdicción Voluntaria no prevé una modalidad procesal específica para este procedimiento, pueden aplicarse sus disposiciones generales y, en su caso, ser tramitado por el juzgado de guardia o el decanato como medida urgente. En uno y otro caso, el procedimiento se sustanciará con participación del Ministerio Fiscal.

No le corresponde al centro o al médico valorar qué familiar tiene mejor derecho al consentimiento

Aunque la ausencia de consentimiento puede suplirse mediante autorización judicial tramitada por procedimiento urgente, los desacuerdos familiares pueden ser de muy largo alcance.

En su Sentencia de 5 de junio de 2015 la Gran Sala del Tribunal Europeo de Derechos Humanos conoció de la demanda presentada por los padres, la hermana y el hermano de Vincent Lambert, tetrapléjico y en estado vegetativo tras accidente de tráfico padecido en 2008, contra la Sentencia dictada por el Consejo de Estado francés que había considerado conforme a derecho la suspensión de hidratación y alimentación artificial del paciente, autorizada por su esposa el año 2013, y que también contaba con la conformidad de cinco de sus hermanos. Vincent Lambert falleció en julio de 2019, tras Sentencia del Tribunal Supremo de Francia, de junio de ese año, que autorizaba, definitivamente, la retirada del soporte vital básico; once años después de haber padecido el accidente y 6 años más tarde de haberse propuesto esa medida por el equipo médico, y haber sido autorizada por la cónyuge del paciente.

ASEPEYO

Nutrición

Aumentar el “colesterol bueno” con el jamón pata negra

L.D.B. HUELVA

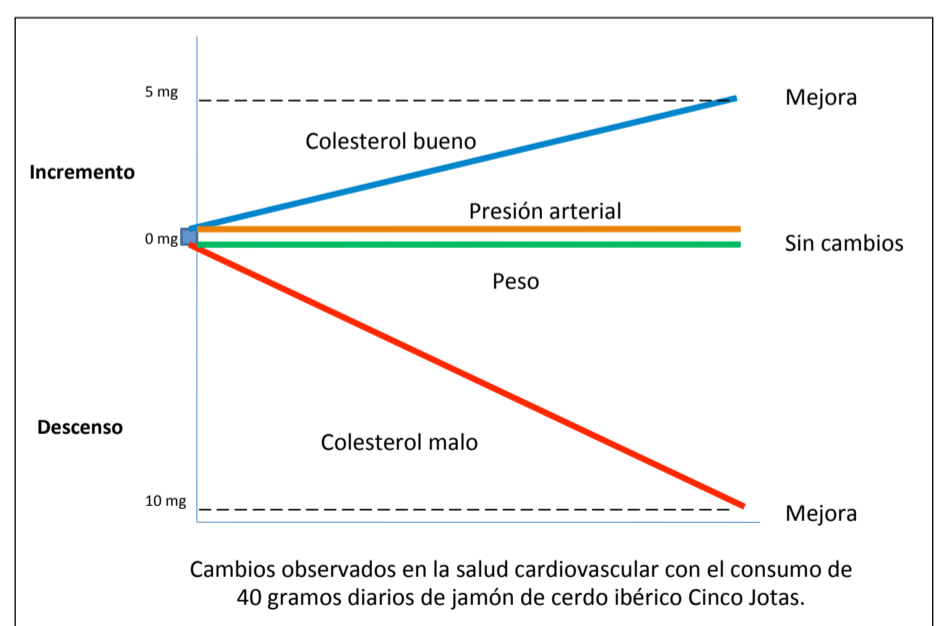
El jamón pata negra procede del cerdo de raza 100% ibérica criado en libertad, alimentado exclusivamente con los recursos que produce la dehesa, principalmente bellota y pasto en Montanera. Todo ello confiere a este producto español unas características muy especiales: la raza, la alimentación, el régimen de vida en libertad y el tiempo. “La raza porcina Ibérica es autóctona del suroeste de la península, donde se extendió la cultura prerromana de los verracos, perfectamente adaptada al medio y a las oscilaciones en la disponibilidad de los recursos alimenticios” escribe el profesor Miguel Ángel Aparicio de la Real Academia de Ciencias Veterinarias de España.

¿Qué como el cerdo ibérico para que sus productos tengan esta calidad tan especial? El elemento diferencial es la bellota y el pasto durante la montanera. Los ácidos grasos son, quizás, los elementos más importantes en la composición de la bellota por su aporte en ácidos grasos como el oléico – más del 60% de los ácidos grasos –, linoleico, palmítico y esteárico. “Esta composición grasa del jamón es cardiosaludable”, afirma Aparicio. Por su parte, el pasto aporta –entre otros

compuestos – proteína y antioxidantes, como el tocoferol -vitamina E– y compuestos fenólicos.

Algunas marcas, como la reconocida Cinco Jotas, proporcionan más de 2 hectáreas por animal para asegurar la calidad del producto y la sostenibilidad del proceso. Esto se traduce en valores altos en ácidos grasos insaturados entre los que se encuentra el ácido oleico u Omega 9.

Emilio Márquez Contreras, médico e investigador del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez de Huelva, dirigió en 2018 un estudio científico sobre “el consumo moderado y habitual de jamón 100% ibérico de bellota Cinco Jotas: su efecto en el riesgo cardiovascular global”. Los resultados más significativos fueron que el “consumo habitual de este producto es recomendable para la población en general pues presenta efectos favorables para la salud al elevar el cHDL (colesterol “bueno”) y reducir los niveles de cLDL (colesterol “malo”). Otra conclusión de este estudio es que la ingesta de jamón ibérico 100% Cinco Jotas- unos 40 gr/día no influye en la presión arterial ni en el incremento de peso. Este trabajo, el más reciente de cuantos se conocen en la especialidad, se realizó con la colaboración desinteresada de Osborne- propietario de la marca Cinco Jotas- “el jabugo de toda la vida”.



DERMATOLOGÍA

Coordinadora médica: ÁNGELES FLÓREZ (Jefa del Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario U. Pontevedra)

Infecciones

Las infecciones de transmisión sexual, un problema de salud pública

ALICIA COMUNIÓN

Dermatóloga del centro de ITS de Madrid Salud y coordinadora del grupo de investigación de las ITS y Sida de la AEDV

ELENA SENDAGORTA

Dermatóloga del Hospital Universitario de la Paz y secretaria del grupo arriba mencionado

Desde el año 2002 y, sobre todo, desde el año 2016, las infecciones de transmisión sexual (ITS) están aumentando de forma vertiginosa. Las ITS mejor monitorizadas son las de declaración obligatoria (EDO), como la clamidia, que afecta sobre todo a mujeres menores de 25 años y es la infección de este tipo bacteriana más frecuente en nuestro

medio, así como el gonococo, que aumenta cada año y padecen sobre todo varones de 20 a 24 años; y la sífilis, que afecta a varones de 25 a 34 años, entre otras. Las causas del aumento en la incidencia de estas infecciones son múltiples. Entre ellas, destaca el inicio precoz de relaciones sexuales, el aumento en el número de parejas sexuales o el uso de aplicaciones móviles para "ligar", que facilitan los contactos esporádicos. También intervienen factores como el consumo de alcohol y drogas que disminuyen la percepción de riesgo y favorecen conductas no seguras, así como que los jóvenes no vivieron la pandemia del VIH en sus inicios, por lo que muchos no se han educado en el uso consistente del preservativo. En definitiva, todas estas causas han llevado a abandonar el preservativo, que es el método más efectivo en la prevención de

las ITS. Aunque vivimos con gran cantidad de canales de información, es preocupante la falta de formación, afectivo-sexual y en materia de ITS, cuáles son, cómo se transmiten y cómo se previenen. Por ejemplo, mucha gente desconoce que el sexo oral puede contagiar sífilis, clamidia o gonorrea. Por otro lado, los jóvenes conocen el VIH, pero no otras ITS mucho más frecuentes como la clamidia o la gonorrea. Además, muchas ITS no producen síntomas, por ejemplo, la clamidia en las mujeres, y dos de cada tres infecciones de cuello de útero son asintomáticas, cuando no debemos asumir que, en ausencia de síntomas, no hay infección. Desde la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) y desde la Fundación Piel Sana estamos preocupados desde hace tiempo por todo esto y



Reconocer los síntomas de la clamidia en la región genital (flujo vaginal).

hemos lanzado una campaña de concienciación y prevención dirigida a jóvenes. Nos parece importante llegar a este grupo de población vulnerable y hemos intentado utilizar su lenguaje a través de un TRAP inclusivo, con una música pegadiza y remarcando la necesidad de usar preservativo. Además, en la campaña se ha diseñado la página web www.siemprecongana.com, que trata las distintas ITS, cuáles son las más frecuentes, en qué consisten, cómo se contagian y cómo se pueden prevenir, para así intentar cuidar la salud de los adolescentes.

Psoriasis

Más que una enfermedad de la piel

JOSÉ MANUEL CARRASCOSA

Jefe de servicio de Dermatología en el Hospital U. Germans Trias i Pujol y coordinador del Grupo de Psoriasis de AEDV



La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de causa desconocida con gran variabilidad clínica y evolutiva ocasionada por una multiplicación demasiado rápida de las células de la piel. Se caracteriza por la aparición de lesiones cutáneas en forma de placas rojas con descamación, sobre todo en codos, rodillas y cuero cabelludo, aunque también puede afectar a uñas y articulaciones. Pero esta patología, que puede aparecer a cualquier edad y afecta aproximadamente a un millón de personas en España, además hace aumentar el riesgo de sufrir comorbilidades como la artritis, la obesidad y enfermedades cardiovasculares.

En sus formas más graves puede tener un fuerte impacto emocional y sobre la calidad de vida de los que la padecen, llegando a ocasionar discapacidades funcionales y estrés psicológico. Actualmente existen tratamientos eficaces que minimizan las posibles repercusiones físicas y psicológicas. Deben pautarse teniendo en cuenta distintos aspectos como la localización y la extensión de las lesiones, las formas clínicas de presentación y las circunstancias propias del paciente.

Además del tratamiento tópico, con hidratantes, corticoides, derivados de la vitamina D, inhibidores tópicos de la calcineurina (que actúan como antiinflamatorios), se puede aplicar fototerapia, que consiste en el uso de lámparas de luz ultravioleta con especial efecto sobre la inflamación cutánea. En formas más extensas o severas, o cuando la terapia

tópica no permite un control adecuado, se utiliza tratamiento sistémico, siendo el más común el metotrexato. Cuando los tratamientos clásicos no funcionan, el siguiente escalón lo representan las terapias biológicas, llamadas así porque tienen su origen en técnicas de biología molecular, que están fundamentadas en el conocimiento de los mecanismos de acción en esta enfermedad y que han transformado el abordaje de la psoriasis. Son medicamentos cada vez más específicos, eficaces y seguros creados por tecnología de ADN recombinante que van a bloquear citocinas - las moléculas clave en la activación de la inflamación - implicadas en la aparición de la psoriasis. Gracias a estos fármacos, cada vez más pacientes alcanzan la remisión completa o casi completa de la enfermedad, mantenida de forma estable en el tiempo y con escasos efectos secundarios. Además, con la llegada de los biosimilares, con las mismas características que los biológicos originales y con un coste más reducido, se ha avanzado mucho en el acceso por parte de los pacientes y es razonable pensar que en un futuro puedan utilizarse en primera línea de tratamiento sin tener que esperar el fracaso de los tratamientos convencionales. En cualquier caso, lo fundamental en el abordaje de la psoriasis es valorar cada paciente de forma individual, saber cómo la vive cada uno y diseñar un itinerario terapéutico y de manejo personalizado y desde una perspectiva global, centrándonos en la persona y no en la enfermedad.

Con la colaboración de:



SARS-CoV-2

Covid-19, vacunas y lesiones cutáneas



La infección por SARS-CoV-2 genera un cortejo de síntomas muy variado. La piel es uno de los órganos donde podemos encontrar manifestaciones. Esto es importante, puesto que se trata del órgano accesible a la simple exploración. A diferencia de otras infecciones víricas, como el sarampión, las alteraciones cutáneas asociadas a COVID-19 son extremadamente variables. Con la llegada de la pandemia, empezaron a atenderse un número llamativo de personas con lesiones cutáneas muy diferentes, en todas las edades y en todo el rango de afectación sistémica. En un intento de aclararlo, en abril de 2020, se publicó el primer estudio sistemático, apoyado por la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), en el que se describieron cinco patrones dermatológicos asociados al COVID-19. Cada uno resultó significativamente asociado a un grupo de edad, nivel de gravedad y momento evolutivo. Esta descripción no buscaba explicar los mecanismos fisiopatológicos, pero sirvió de apoyo al diagnóstico y como base para posteriores estudios. El patrón similar a pernio (sabañones) propio de niños y jóvenes se asocia a escasos o ningún síntoma, es tardío en el proceso de la infección, y suele mostrar test confirmatorios negativos, por lo que es el que más controversias ha generado. Un estudio reciente apoya la relación, basándose en el daño endotelial de las biopsias. Los patrones vesiculoso, urticarial, maculo-papuloso y livedo-necrótico, podrían también tener causas concomitantes como

reacciones a medicamentos o reactivación de infecciones víricas latentes, como el herpes zoster.

Posteriormente, se han comunicado otras manifestaciones, como la afectación mucosa y el síndrome inflamatorio multisistémico similar a enfermedad de Kawasaki. A partir de la segunda ola, la incidencia de lesiones cutáneas es menos llamativa. Las distintas variantes del virus, y el abandono de la administración de fármacos, como la hidroxicloroquina, pueden estar implicados en esta disminución.

Las vacunas contra el SARS-CoV-2 también se acompañan de reacciones cutáneas. Muchas, comunes a otras vacunas y, curiosamente, otras recuerdan a los patrones descritos en COVID-19. Entre las primeras destacamos las reacciones locales y las muy infrecuentes reacciones locales a material de relleno estético y en las segundas, la urticaria y la reactivación de infecciones víricas como el herpes zoster. Las manifestaciones cutáneas asociadas a COVID-19 han sido por tanto de ayuda para el diagnóstico y pronóstico, sobre todo en los primeros meses de la pandemia, y las reacciones cutáneas tras la vacuna, se ha visto que son en su mayoría autolimitadas y no graves.

CRISTINA GALVÁN
Dermatóloga del Hospital
Universitario de Móstoles



Cuidado del paciente

La enfermería dermatológica: ciencia y compromiso

LUCÍA VILANOVA

Enfermera. Coordinadora de investigación del Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario U. de Pontevedra



Con la incorporación de los grados universitarios la enfermería ha desarrollado de manera más amplia un cuerpo de conocimientos propios que buscan cuidar a las personas en las esferas biológica, psicológica y social. Hemos crecido mucho como ciencia desarrollándonos en los ámbitos asistencial y gestor, y ahora también en el investigador y docente.

En este contexto, las enfermeras en dermatología actuamos, no solo como

enlace entre el paciente y el sistema sanitario, sino que tenemos funciones propias y de gran relevancia para el manejo de las enfermedades.

Un buen ejemplo de las tareas que podemos liderar, junto con las inherentes a nuestra profesión, como la toma de muestras biológicas o la realización de curas, son los tratamientos fototerápicos o la terapia fotodinámica, tratamientos desconocidos para la población general que suponen una buena alternativa terapéutica para diversas enfermedades dermatológicas como la psoriasis, la dermatitis atópica o el daño actínico crónico.

Otro punto clave en el que la enfermería debe y puede ser líder en dermatología es el de la educación para la salud, centrada fundamentalmente en la fotoprotección, la autoexploración cutánea y en los hábitos



higiénicos-dietéticos. Hoy en día existe un nuevo paradigma que busca fomentar el autocuidado y la participación de los pacientes en el manejo de su enfermedad. Para impulsar este concepto de autonomía formamos parte de un equipo multidisciplinar que lleva a cabo las Escuelas de Pacientes, que contribuyen a mejorar la salud y el bienestar de la población a través de información clínica veraz y de calidad. Además, las enfermeras brindamos cuidados basados en la evidencia, proporcionando elementos innovadores al sistema de

salud, como la humanización de los cuidados, y tenemos las competencias para liderar unidades de investigación y docencia en enfermería.

Sin embargo, en el ámbito de la dermatología sigue faltando un impulso por parte de los decisores para fomentar que la enfermería asuma más responsabilidades, convirtiéndonos de la mano de los pacientes en profesionales expertos. Para ello sería necesario no solo el fomento de la formación y el valor de la experiencia, sino también un liderazgo enfermero.

Oncología

Incidencia del cáncer de piel en España



Melanoma de extensión superficial.

El melanoma es el cáncer de piel que mayor mortalidad provoca. En una revisión sistemática de todos los trabajos publicados en las últimas décadas en nuestro país se calculó una tasa bruta de incidencia del melanoma en 8,8 casos por cada 100.000 personas al año en España. Sin embargo, esta cifra podría estar ya infraestimada, pues desde hace cuatro décadas esta incidencia sigue subiendo más de un 3% anual, situándose actualmente en algunas regiones como Cataluña en 14 casos por cada 100.000 personas-año.

Los datos son bastante heterogéneos sobre todo en cuanto a la edad de los pacientes. Es interesante observar cómo el aumento de la incidencia se produce a expensas de las personas mayores de 60 años mientras que la de los más jóvenes permanece estable, quizás por el daño solar acumulado tanto laboral como recreacional de los más mayores. Es reseñable la existencia de algunas áreas geográficas de especial incidencia como las Costa del Sol, donde existen cifras más similares a las del centro y norte de Europa, probablemente por la alta población extranjera residente.

Se está comenzando a observar un discreto descenso en la mortalidad por este tumor que pudiera estar explicado, por un lado, por el aumento de los diagnósticos de melanomas finos, ya que son tumores con buena supervivencia gracias a una mayor eficiencia en el diagnóstico precoz; por otro lado, por la disponibilidad de nuevos tratamientos sistémicos

para los pacientes que desarrollan enfermedad avanzada.

El siguiente tumor cutáneo en importancia pronóstica es el carcinoma epidermoide cutáneo, con una incidencia de unos 40 casos por cada 100.000 personas-año, aunque presenta una tasa de mortalidad decreciente en las últimas décadas.

El tumor cutáneo más frecuente es el carcinoma basocelular, con una incidencia difícil de calcular y que está en torno a los 250 casos por cada 100.000 habitantes-año. Tiende poco a la metástasis y su morbilidad recae en la potencial destrucción de los tejidos locales circundantes principalmente cuando aparecen en la cara y el cuello. Un tumor poco frecuente y de mal pronóstico es el carcinoma de células de Merkel, que tiene su origen en los receptores cutáneos de la presión.

En general, cada vez son más frecuentes los diagnósticos de tumores de piel en todas sus variantes aunque se está observando en paralelo una disminución de la mortalidad, gracias al diagnóstico cada vez más precoz debido a herramientas como la dermatoscopia y la teledermatología y al aumento de la concienciación de la población, que acude antes a su médico ante una lesión que le preocupa.

ANTONIO TEJERA VAQUERIZO

Dermatólogo de la Unidad de Oncología Cutánea del Hospital San Juan de Dios de Córdoba



Dermatitis atópica

Avances con los nuevos tratamientos

BIBIANA PÉREZ

Dermatóloga del Hospital U. Ramón y Cajal de Madrid



Avanzar una enfermedad como la dermatitis atópica (DA) grave, crónica y con enorme repercusión en la calidad de vida, es una tarea difícil y extenuante. Para el paciente, sobre todo, pero también para el médico, cuando las herramientas terapéuticas disponibles son útiles a corto plazo pero en muchos casos no pueden mantenerse en el tiempo por sus efectos adversos o bien simplemente van perdiendo eficacia. Muchos de ellos, cansados de no conseguir un buen control de la enfermedad a pesar de un rosario de medicamentos, tiraban la toalla y dejaban de acudir a la consulta, "acostumbrándose" a vivir con una piel que duele, con un picor que impide descansar bien y con múltiples limitaciones en la vida cotidiana. Sin embargo, en los últimos años las cosas han cambiado.

Hemos recuperado a muchos pacientes que se consideraban a sí mismos "desahuciados"

La investigación de los mecanismos moleculares responsables de las manifestaciones clínicas de la DA y la posibilidad de desarrollar fármacos dirigidos a esos mecanismos han cambiado el horizonte de la enfermedad. De manera análoga a lo que ha ocurrido en otras enfermedades, como la psoriasis, ha sido posible enfrentarse a esta patología con armas de precisión capaces de controlar las formas graves de manera eficaz, a largo plazo y con un perfil de seguridad que por el momento se muestra mejor que el de los fármacos clásicos inmunosupresores. ¿Qué supone esto en la práctica? Muchas cosas:

Hemos recuperado a muchos pacientes que se consideraban a sí mismos "desahuciados" después de tantos fracasos terapéuticos. Continuamos manejando los medicamentos clásicos cuando están

indicados y son eficaces, pero sabiendo que si fallan hay nuevas alternativas. En muchos casos hemos reducido las visitas al hospital, los análisis, las pruebas... La vida se ha hecho más fácil para el paciente. Y algo más: la llegada de estos nuevos fármacos ha contribuido a visibilizar la enfermedad y con ello a disminuir el sentimiento de incompreensión y soledad que muchos pacientes sufren.

Sin embargo, los nuevos tratamientos también tienen limitaciones. No en todos los casos se consigue una respuesta satisfactoria, y a veces se producen efectos adversos no siempre tolerables. La DA es una enfermedad compleja con manifestaciones y mecanismos subyacentes también variables que aún no comprendemos por completo. Pero la investigación continúa y las vías que ya están abiertas facilitan la búsqueda de nuevas líneas de tratamiento. La experiencia que se va acumulando con los nuevos medicamentos servirá para conocer mejor la enfermedad, lo que es común a todos los pacientes y lo que los diferencia. El futuro es prometedor.



Caso de dermatitis atópica grave.

Con la colaboración de:



Terapéutica — Diagnóstico y tratamiento

ÁNGELES FLÓREZ

Jefa de Servicio Dermatología,
Complejo Hospitalario
Universitario de Pontevedra



Inhibidores JAK-STAT, terapia prometedora

La vía de señalización JAK-STAT (Janus-cinasas-transductores de la señal y activadores de la transcripción) desempeña un papel clave en la patogénesis de muchas enfermedades inmunomediadas tales como la artritis reumatoide, la enfermedad inflamatoria intestinal y la dermatitis atópica.

Esta vía transmite información que se recibe de señales extracelulares proinflamatorias a través de receptores transmembrana, constituyéndose en una vía común en la que convergen diferentes mecanismos responsables de enfermedad.

La familia se compone de JAK1, JAK2, JAK3 y TYK2. Los fármacos inhibidores JAK-STAT bloquean diferentes miembros de la familia, suprimiendo en mayor o menor grado la actividad de uno o varios de ellos.

En los últimos años se han presentado en la literatura médica resultados positivos sobre el uso de los inhibidores JAK-STAT en diferentes cuadros dermatológicos, como la dermatitis atópica, la alopecia areata y el vitíligo.

Sin duda, la enfermedad en la que el desarrollo clínico está más avanzado es la dermatitis atópica moderada-grave. Se trata de una dolencia compleja, heterogénea, que puede impactar muy negativamente en la salud física y psíquica, así como en el desarrollo académico y profesional del que la padece. Además, hasta la fecha, los tratamientos disponibles eficaces y seguros son limitados. Frente a esta enfermedad la inhibición selectiva JAK1 ha comunicado muy buenos resultados en adultos y adolescentes, tanto en términos de resolución de las lesiones cutáneas, como en términos de control del picor, mejora en la calidad de vida, seguridad y rapidez de acción.

Por otra parte, si bien no tenemos todavía resultados definitivos, se dispone de datos de eficacia en otras patologías con limitaciones terapéuticas. No solamente en la alopecia areata y el vitíligo, mencionados anteriormente, sino también en la dermatomiositis, la sarcoidosis, el granuloma anular, la necrobiosis lipóidica o la psoriasis, entre otras.

En el campo de la dermatología, las posibilidades terapéuticas de los inhibidores JAK se presentan prometedoras y existen gran cantidad de ensayos clínicos en marcha. Estos medicamentos se administran por vía oral, pero también están siendo desarrollados para uso tópico, y muy probablemente se convertirán en una herramienta importante en el manejo de enfermedades cutáneas que hasta la fecha tienen necesidades terapéuticas no cubiertas.

Con la colaboración de:

abbvie

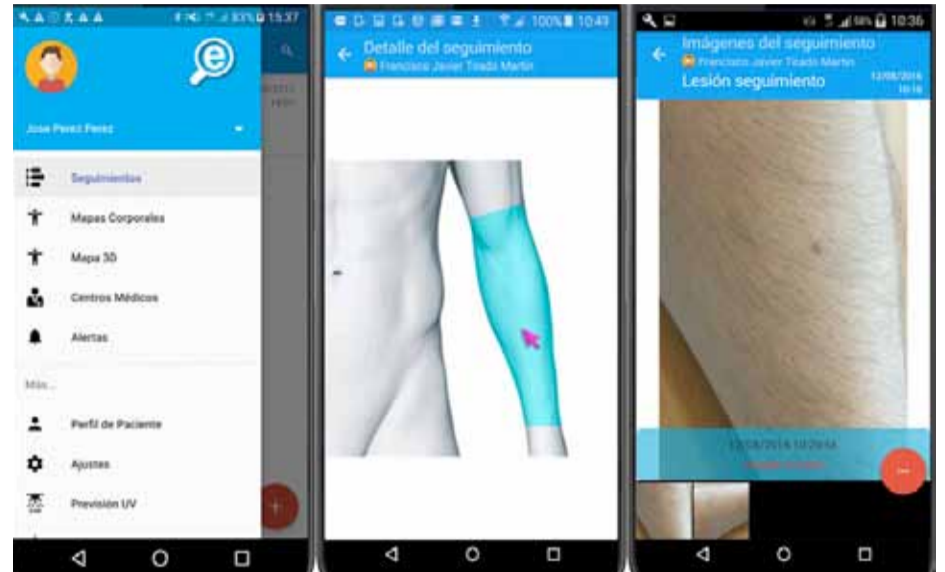
Papel de las nuevas tecnologías en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la piel

La tecnología avanza a pasos agigantados desde hace unos años. De entre los muchos avances, por su utilidad creciente en el campo de la medicina, destacan dos elementos: los teléfonos móviles y la inteligencia artificial. En relación con los teléfonos móviles, cabe destacar que una mayoría tienen una capacidad de trabajo que excede con creces la de muchos de los ordenadores que existían hace pocos años. Además, la resolución de las cámaras permite obtener imágenes de calidad muy alta. Gracias a estas prestaciones, los móviles pueden ser una herramienta muy atractiva para mejorar el trabajo de los dermatólogos en el cuidado de la piel. Por una parte, pueden ayudar a los pacientes a monitorizar sus enfermedades, observando si mejoran o empeoran, o a controlar los lunares para detectar cambios en los existentes o la aparición de nuevos.

Se están desarrollando algoritmos y sistemas de análisis para el campo de la dermatología

A este respecto, por ejemplo, la Academia Española de Dermatología y Venerología avala la utilización de una app útil en la monitorización de lunares (eDerma) y otra (UV-Derma) que sirve para ayudar a protegerse la piel teniendo en cuenta el tipo de piel y la radiación solar de cada momento; esta función también la cubre, por ejemplo, SunQuiet, que además es útil para ayudar en la conducta saludable en relación con la síntesis de vitamina D. Todas ellas son gratuitas y de fácil manejo.

Por otra parte, el desarrollo de la inteligencia artificial y su aplicación al análisis de



Una app útil en la monitorización de lunares (eDerma).

imágenes ha abierto un mundo nuevo en la medicina y, en particular, en aquellas disciplinas en las que la interpretación de la imagen es fundamental en la valoración adecuada de una enfermedad. Así, se están desarrollando algoritmos y sistemas de análisis para el campo de la radiología, la anatomía patológica y, cómo no, de la dermatología, que permiten automatizar el diagnóstico o los cambios que se producen en el curso de un tratamiento. Existen, por ejemplo, aparatos para comparar una misma piel e identificar la presencia de nuevos lunares, que pueden posteriormente ser analizados por el dermatólogo.

El avance tecnológico en la dermatología es imparable y se intuye un futuro prometedor en el que existan herramientas que permitan mejorar la fiabilidad diagnóstica, el control objetivo de la respuesta a los

tratamientos y la planificación quirúrgica, por poner unos ejemplos. La posibilidad real de que, en el futuro, una máquina sea mejor que un humano experto para el diagnóstico de las enfermedades cutáneas abre también el debate del papel que debe jugar en el acto médico. Probablemente, su función sea constituirse en una herramienta más al servicio del dermatólogo, cuya visión global de la medicina y del paciente parece imprescindible para realizar un tratamiento personalizado y adaptado a las circunstancias específicas de cada persona.

EDUARDO NAGORE

Jefe Clínico del Servicio de
Dermatología del Instituto
Valenciano de Oncología (IVO)



Se incrementa el uso de la terapia fotodinámica



Terapia fotodinámica (TFD), un tratamiento selectivo y versátil.

Es una técnica de uso creciente en el campo de la dermatología, actualmente indicada para el tratamiento de determinados carcinomas basocelulares así como queratosis actínicas. La técnica consiste en administrar un compuesto fotosensible que se acumula en las células diana a tratar y, transcurrido un tiempo denominado periodo de incubación, iluminar con una luz de longitud de onda dentro del espectro de absorción del fotosensibilizante. El efecto terapéutico se obtiene con la fotoactivación del sensibilizante, lo que conduce al daño oxidativo, con resultado final de destrucción del tejido canceroso o anómalo. Entre sus ventajas destaca la selectividad por el tejido dañado, respetando el tejido sano, lo que permite buenos resultados

cosméticos y, además, como no es un producto que se absorba a nivel sistémico, los efectos secundarios son más bien locales, como eritema o enrojecimiento de la piel.

Entre sus principales novedades destacan tanto la aplicación de diferentes fuentes de luz como láser, luz pulsada intensa y el uso de la luz solar, dando lugar a la aparición de una nueva técnica llamada terapia fotodinámica de luz de día.

La TFD de luz de día constituye una alternativa al procedimiento convencional. En diversos estudios se ha mostrado similar en eficacia y mejor tolerada que la TFD clásica en el tratamiento de queratosis actínicas leves-moderadas. Consiste en que al paciente se le pone el fotosensibilizante y tras esperar media hora sale a la calle para que este

se active con la luz solar. La ventaja que presenta esta técnica es que no es dolorosa y por lo tanto facilita la adherencia al tratamiento. Además, España reúne unas condiciones climáticas idóneas para la realización de esta terapia durante todo el año.

No solo se utiliza para el tratamiento del cáncer, sino que abarca otras áreas como patología inflamatoria, infecciosa e incluso la dermocosmética como en el acné y el fotoenvejecimiento. En el caso del acné se aplica cuando el tratamiento estándar ha fracasado o en pacientes que tienen intolerancia o contraindicación para el uso de medicamentos como antibióticos sistémicos o retinoides; por ejemplo, en mujeres en edad fértil que no desean tomar anticonceptivos orales o isotretinoína oral por sus efectos teratogénicos.

Por todo ello la terapia fotodinámica es una técnica muy empleada entre los dermatólogos al ser mínimamente invasiva y segura que permite tratar ciertos tumores y lesiones precancerosas superficiales para evitar progresión a lesiones invasivas y así no tener que recurrir a terapias más agresivas.

TAMARA GRACIA-CAZAÑA

Dermatóloga del Hospital U.
Miguel Servet de Zaragoza



Síntomatología

Fisiopatología del prurito crónico

ESTHER SERRA-BALDRICH

Jefa de la Unidad de Inmunoalergia cutánea del Servicio de Dermatología del Hospital de Sant Pau. BCN

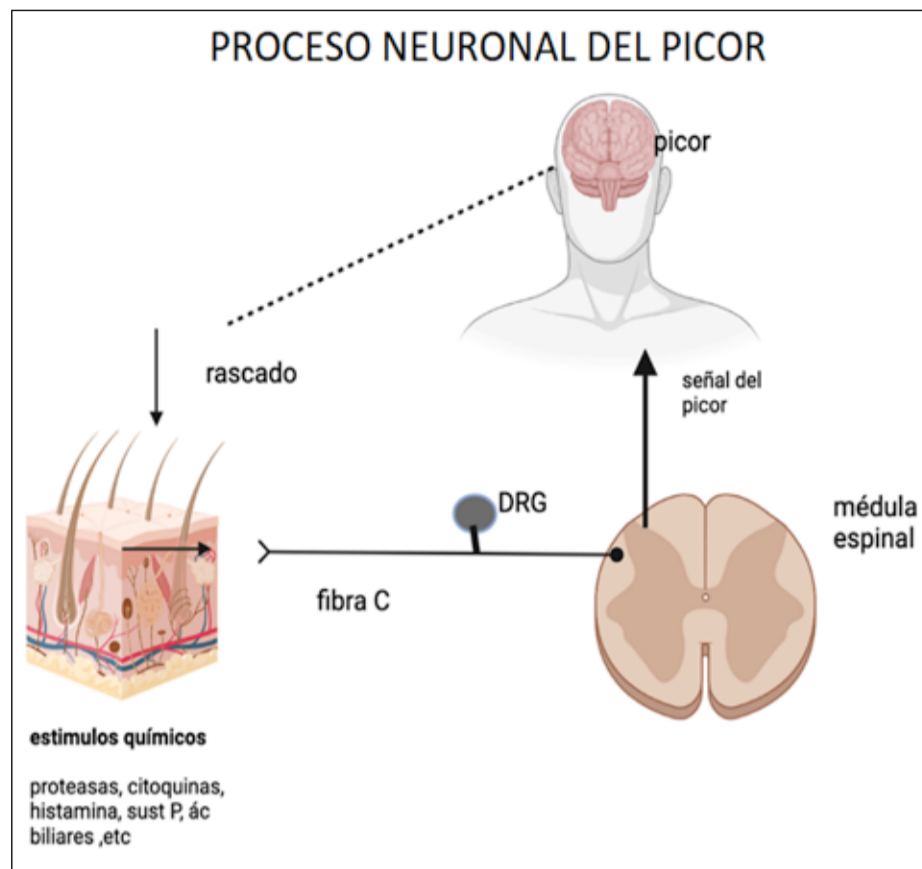


El prurito, que se define como una sensación desagradable que conlleva el deseo de rascarse, actúa de manera aguda como mecanismo defensivo frente a ciertas noxas, es decir, factores que pueden causar una alteración o enfermedad. Se considera crónico cuando muestra una duración superior a seis semanas y puede resultar tan debilitante como el dolor.

Los datos de prevalencia son limitados pero parece que se incrementa con la edad. Se estima que aproximadamente un 60% de los mayores de 65 años pueden padecer prurito semanalmente.

El rascado proporciona placer al activar determinadas áreas cerebrales que ocasionan un ciclo adictivo picor-rascado. Los pacientes sufren a menudo problemas de sueño y un impacto muy negativo en su calidad de vida. A pesar de que en los últimos años se ha avanzado de manera notable en el conocimiento del prurito, todavía faltan muchos estudios para conocer con detalle su fisiopatología.

Una correcta evaluación inicial requiere una analítica básica con hemograma, estudio hepático, estudio renal, función tiroidea y glucemia, aunque pueden ser necesarios otros exámenes ya que puede ser síntoma de enfermedades sistémicas o neurológicas, pero además es síntoma común para diversas enfermedades dermatológicas vinculadas a alteraciones de barrera cutánea, como la dermatitis atópica. Esta modificación de la barrera por diferentes causas (genética, ambiental, inflamatoria,



etc.) ocasiona un incremento en la pérdida transepidermica de agua y la activación de fibras nerviosas asociadas al prurito. Varios factores, como la integridad de la barrera cutánea, la exposición a irritantes o el microbioma modulan el impacto de estas interacciones en las neuronas.

En otras ocasiones el prurito puede existir debido a causas de origen psicossomático o como efecto secundario de medicaciones. Entre diferentes sustancias pruritógenas, las citoquinas de tipo Th2 como la IL-4, IL-13, IL-31 y TSLP son mediadores

particularmente importantes que emiten una señalización a través de la vía janus quinasa, representando nuevas dianas terapéuticas. Asimismo, el sistema opioide está ofreciendo evidencias emergentes de su participación como modulador de la transmisión del prurito. De manera global podemos considerar que la cascada de señales del picor implica un circuito bidireccional neural que conecta la piel, la médula espinal y el cerebro y que la comunicación neural y del sistema inmunológico modula esta transmisión.

Tecnología

El láser y la dermatología



Sesión de láser en frente de paciente.

Los tratamientos con láser y fuentes de luz han supuesto una revolución en la medicina, pero de forma especial en la dermatología. En la actualidad, es de dominio público que el mejor sistema para mejorar o eliminar manchas y rojeces, o para depilar, es un láser o una luz pulsada intensa (IPL).

Pero su complejidad ha aumentado de forma exponencial, hasta el punto de convertirse en una subespecialidad dentro de nuestra

especialidad. Las indicaciones de estas terapias han crecido de forma espectacular en los últimos años, tanto en procesos médicos como en otros de connotación más estética. Sin embargo, todo tratamiento debe estar avalado por una formación adecuada y un conocimiento lo más minucioso posible de la tecnología utilizada, así como de aquello que se va a tratar.

Dentro de la formación en dermatología se ha dado una gran importancia al láser y las

fuentes de luz, de modo que, de forma más o menos extensa, todos los dermatólogos adquieren una formación en este campo. Este hecho contrasta con la ligereza con la que en ocasiones se ofrecen tratamientos láser y con fuentes de luz para la piel en todo tipo de centros, un hecho favorecido por una legislación laxa o inexistente. Teóricamente la mayoría de los láseres y fuentes de luz utilizados para tratamientos de piel son llamados de tipo III o IV por la legislación europea (Normativa IEC-825, UNE-EN-60825). Esto significa que deberían realizarse, o bien por un médico, o bien con supervisión médica. Ninguna tecnología es patrimonio de nadie, pero lo mismo que se exige un carné de conducir para llevar un coche y no convertirse en un peligro público, ¿no debería exigirse un nivel de conocimiento adecuado para el manejo de una tecnología capaz de producir importantes efectos secundarios?

Aunque queda mucho camino por recorrer, la dermatología procura ofrecer la máxima formación a sus profesionales para obtener los mejores resultados con los mínimos efectos adversos.

JESÚS DEL POZO

Dermatólogo del Complejo Hospitalario U. A Coruña



TICs

GUILLERMO ROMERO

Jefe de Sección Dermatología del Hospital General Universitario de Ciudad Real (SESCAM)



Tele dermatología, la calidad exigible

Facilitar que un paciente, directamente o a través de su médico, consulte a distancia al dermatólogo en modelos de teleconsulta es factible hace más de 20 años. Múltiples estudios demostraron que la tele dermatología es fiable y válida para diagnóstico y en decisiones de manejo. Sin embargo, su desarrollo ha sido muy lento, incluso en España, que ha sido líder en Europa en publicaciones e implantación de estos sistemas. Frenaron su uso global la falta de inversión y las resistencias, más por parte de profesionales que de pacientes. No obstante, en 2019, la pandemia vino para cambiar eso y muchas otras cosas en salud. El confinamiento obligó a la utilización no solo en modelos secundarios, entre médicos de primaria y dermatólogos, sino también primarios, entre paciente y dermatólogo. Este cambio ha venido para quedarse. Son muchos los ejemplos. En Castilla-La Mancha, desde junio de 2019 la derivación de primaria al dermatólogo es obligada vía DERCAM. En un área de dos millones de habitantes este software público y con 15 años de uso, previamente infrautilizado, permite ahora de forma masiva contestar miles de teleconsultas al mes en una media de tiempo menor de tres días, pulverizando listas de espera.



La tele dermatología se muestra fiable y válida, factible a gran escala y eficiente, con ahorro de tiempo y costes. Es imbatible en objetivos de priorización y cribado, en áreas tan sensibles como el cáncer de piel. Toda técnica tiene sus limitantes, que aquí pasan por tiempo y medios idóneos para su realización, así como formación en fotografía clínica en especial y en tele medicina en general. No todo es manejable a distancia, y debe ser el experto quien decida si el paciente debe acudir presencialmente. Lo banal, que saturaba las listas, no acude al hospital, y el cáncer es tratado de forma rápida.

En una sociedad tecnolozada, con uso generalizado de internet, ordenadores y smartphones, las posibilidades son enormes. El desarrollo de apps permite el envío cómodo y seguro de fotos clínicas garantizando de forma completa la protección de datos. El acople con dermatoscopios incrementa la sensibilidad y especificidad diagnóstica de forma notoria en cáncer. El uso generalizado de la teleconsulta evita desplazamientos, habitualmente en más de la mitad de las primeras consultas, y en muchas consultas para resultados. El ahorro es considerable en horas laborales de pacientes y acompañantes, costes en transporte y huella de carbono.

En definitiva, la tele dermatología aplicada por profesionales cualificados y con los medios adecuados tiene innumerables ventajas, es calidad. Exijamos su implementación y uso.

Prevención

¿Es necesaria la fotoprotección en invierno?

YOLANDA GILABERTE

Jefa del Servicio de Dermatología.
Hospital U. Miguel Servet. Zaragoza



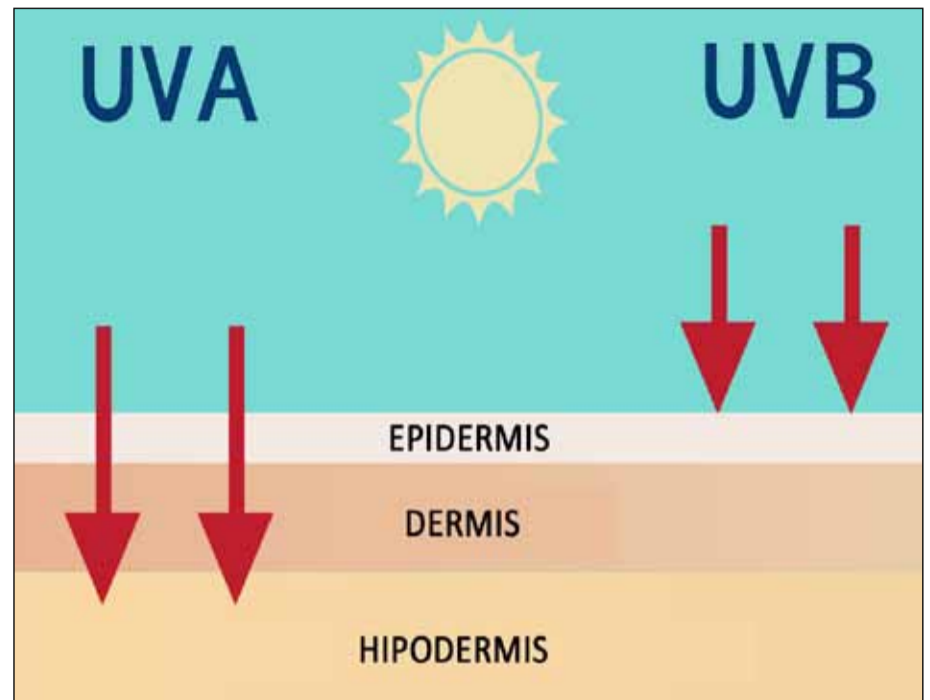
Estamos en invierno y la fotoprotección... no es noticia. Los fotoprotectores desaparecen de las estanterías de las farmacias, parafarmacias y supermercados solo si acudimos a una estación de esquí o estamos en Canarias. Los fotoprotectores fueron creados en

Se ha comprobado que no solo la radiación UVB es dañina para la piel, sino también la ultravioleta A

1938 por Franz Grieter, quien sufrió una quemadura solar monumental en su subida a los montes Apalaches. Y es que el objetivo primario y fundamental para el que los fotoprotectores fueron creados es la prevención de la quemadura solar, producida por la radiación ultravioleta B (UVB). En invierno y en un país ubicado en una latitud como la nuestra, el riesgo de quemadura solar es bajo: una persona con fototipo 3, el más frecuente en España, tendría que estar expuesta

al sol más de dos horas para sufrir esa quemadura, mientras que en verano con media hora sería suficiente. Esto tiene su excepción si estamos en una montaña con nieve, porque la radiación ultravioleta que se recibe aumenta un 2-3% por cada cien metros que ascendemos en altitud, pero sobre todo porque la nieve refleja el 80-90% de la radiación UV recibida. Por lo tanto, el riesgo de quemadura solar aquí es real incluso en invierno. Con los años se ha comprobado que no solo la radiación UVB es dañina para la piel, sino que la radiación ultravioleta A (UVA), que no contribuye de forma significativa a la quemadura solar, sí influye en la génesis del cáncer cutáneo, junto con la B, y sobre todo en el envejecimiento prematuro de nuestra piel, el fotoenvejecimiento. Además, la radiación UVA constituye el 95% del total de radiación ultravioleta que llega a la Tierra, la recibimos de forma constante durante todo el año y es capaz de atravesar las nubes y el cristal, lo que no hace la UVB. Por todo ello, sabemos que la piel se expone veinte veces más a la radiación UVA que a la UVB.

Así que está justificado mantener una fotoprotección en invierno si estamos expuestos al sol. El uso de ropa y sombrero adecuados siempre es muy eficaz, y además en invierno, que hace frío... ese abrigo se agradece; pero como complemento no sirve cualquier fotoprotector.



El fotoprotector de invierno no necesita tener un FPS muy alto (el FPS mide el factor de protección frente a la radiación UVB), con un 30 bastaría, pero sí requiere proteger adecuadamente frente a la radiación UVA (llevar en su etiquetado la palabra UVA en un circulito), que es la que predomina en temporada invernal. Los amantes de la nieve y los habitantes de Canarias, que incluso en invierno

tienen índices ultravioleta (UVI) más altos, que no bajen del FPS 50 +.

Con la colaboración de:



Dermatitis atópica

Últimos avances en la fisiopatología

JOSÉ JUAN PEREYRA

Profesor asociado y dermatólogo en el Hospital U. Virgen del Rocío de Sevilla



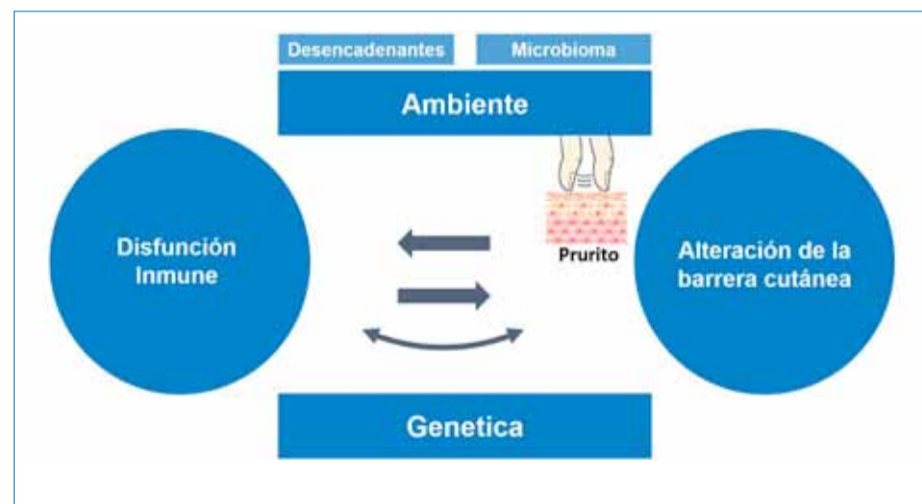
La Dermatitis Atópica (DA), como enfermedad inflamatoria inmuno-mediada que es -la más frecuente de todas ellas-, comparte con este grupo un esquema fisiopatológico común: disfunción del sistema inmune, alteración de la barrera cutánea, predisposición genética y la influencia del ambiente, como son ciertos desencadenantes (como el frío o irritantes) y cambios en el microbioma cutáneo e intestinal.

El síntoma principal y nexo de conexión entre estos elementos es el picor. Se ha debatido mucho si el primero es la alteración de la barrera cutánea, que permite la penetración de agentes irritantes y alérgenos y produce la disfunción del sistema inmune o al revés, es decir, que la inflamación produce alteración de la barrera.

El síntoma principal de esta enfermedad y nexo de conexión entre estos elementos es el picor

Probablemente haya casos donde se den una y otra circunstancia. Lo que no hay duda es la influencia de ambas alteraciones, que contribuyen a empeorar y cierran un círculo vicioso.

Sobre la disfunción inmune, nuestro sistema inmune dispone de tres tipos de respuesta para defendernos de patógenos



intracelulares como virus (tipo 1), parásitos y helmintos (tipo 2) y bacterias (tipo 3). En la DA se produce una polarización aberrante de la respuesta tipo 2, especializada en intentar expulsar al intruso con mecanismos como el prurito o la tos.

En cuanto a la alteración de la barrera cutánea, además de estar producida por la activación del propio sistema inmune y el prurito, puede estarlo por defectos en los genes responsables de dar sostén a la piel, destacando los defectos en el gen de la filagrina. Estas proteínas son los "ladrillos" que conforman la piel y su alteración tiene consecuencias como permitir con mayor facilidad la entrada de microbios, irritantes o alérgenos, o la pérdida de agua.

Muchos de los mecanismos anteriores se sustentan en alteraciones genéticas, como demuestran estudios sobre gemelos monocigotos, que tienen un 77% de concordancia en padecer DA. Cuando ambos progenitores la padecen, el riesgo de presentarla los hijos es del 70%, y del 30% si

Cuando ambos progenitores padecen DA el riesgo de presentarla los hijos es del 70%

uno solo es el progenitor afecto (mayor probabilidad si es la madre). Cerramos el círculo con la influencia ambiental, con ciertos desencadenantes o agravantes como alérgenos (como ácaros de polvo o animales) infecciones, irritantes, temperaturas extremas, entre otros, y con alteraciones en la composición del microbioma.

Con la colaboración de:



Salud y Medicina



La mejor información sanitaria en:



www.saludymedicina.org

Para envío de comentarios, sugerencias y comunicados:
redaccion@barcelonasalud.es