

La Consejería canaria de Sanidad formaliza el contrato del quinto búnker de Oncología Radioterápica del Negrín

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA, 25 Mar. (EUROPA PRESS) -

La consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, Brígida Mendoza, ha formalizado este martes con la empresa Varian Medical Systems Ibérica S.L., el contrato mixto de redacción de proyecto y ejecución de las obras del quinto búnker del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, así como el suministro del equipamiento para la planificación, gestión del tratamiento en Oncología Radioterápica.

De esta manera, el presupuesto total del contrato es de 3.690.000 euros, sin incluir I.G.I.C. Tras esta adjudicación de la construcción de este 5º Búnker y formalizado el contrato, la empresa adjudicataria cuenta con 2 meses para la redacción del proyecto.

Además, según informó el Ejecutivo regional en una nota de prensa, entregado el proyecto, la Administración dispondrá de tres semanas para la supervisión, aprobación y replanteo de dicho proyecto.

El plazo de ejecución de las obras será de 8 meses desde la fecha de aprobación del proyecto y el de la entrega de suministros será de 6 semanas desde la terminación de la obra. El contrato incluye también el acondicionamiento de los locales afectados.

Por su parte, el quinto búnker y el quinto acelerador estarán ubicados en la zona contigua al 4º Búnker que se encuentra en estos momentos en construcción y que está anexo a las dependencias del servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

Noticias

Adiós a los mitos de la radioterapia

N. RAMÍREZ DE CASTRO / MADRID

Día 27/03/2014 - 07.56h

¿Quema la piel? ¿me vuelvo radiactivo? ¿duele? ¿debo ingresar?



JOSÉ RAMÓN LADRA

Rodrigo García Alejo, jefe de Oncología Radioterápica del ITCB Beata María Ana, junto a un acelerador de nueva generación

El oncólogo Rodrigo García Alejo tiene un truco. Cuando necesita explicar a sus pacientes cómo han cambiado los aceleradores con los que va a tratarlos les pregunta: «**¿Usted se acuerda de cómo eran las televisiones hace diez años y las de hoy?** ¿A que no se parecen aquellos aparatos tan voluminosos con las nuevas pantallas planas de alta definición? **Pues la tecnología también ha cambiado en poco tiempo los aceleradores de hoy.** Nada tienen que ver con los que se utilizaban una década atrás», les dice. Así tranquiliza a los pacientes que aún recelan de la radioterapia, esa herramienta de la oncología tan incomprendida.

El [accidente radiológico del Hospital Clínico de Zaragoza](#) hace 24 años con un acelerador lineal, el aparato que administra la radiación para atacar a los tumores, **contribuyó a una mala fama injustificada**. Así como los mitos que todavía rodean la radioterapia. Sin embargo, es junto a la quimioterapia y la cirugía, una de las tres modalidades de tratamiento más eficaces para luchar contra el cáncer.

Primera elección

Para algunos tumores como los que se localizan en la cabeza o el cuello suele ser la primera elección de tratamiento y cada vez es más frecuente su uso en cánceres tan comunes como el de próstata. «Es muy efectivo y no tiene el riesgo de la cirugía, que puede dejar una secuela de impotencia. Aunque **todavía hay pacientes que se quedan más tranquilos con una cirugía “que les quita lo malo”**, la mayoría aceptan bastante bien el tratamiento cuando les explicamos las ventajas que lleva asociadas», explica García Alejo, jefe de Oncología Médica del Instituto de Técnicas Avanzadas contra el Cáncer (iTAcC) del Hospital Beata María Ana de Madrid.

La radioterapia permite atacar el cáncer de una forma personalizada. Cada tratamiento se planifica para cada paciente y se modifica en función de la evolución del tumor. Es precisa porque el haz de radiación se dirige únicamente contra la lesión que se quiere destruir. **No es necesario hacer un ingreso hospitalario** para recibir una sesión ni requiere anestesia porque es ambulatoria. **No quema y no convierte a los pacientes en agentes radiactivos.** La radiación «no se lleva puesta a casa», como siguen creyendo algunos enfermos.

A todas estas bondades ha contribuido una tecnología cada vez más precisa. La radioterapia ha experimentado una revolución en poco tiempo que **hoy permite atacar las lesiones cancerosas sin dañar el tejido sano**, con un margen de error de tan solo un milímetro, frente al 1,5 centímetros de las máquinas antiguas. También se puede actuar en órganos, como los pulmones o el hígado, que están en continuo movimiento aunque el paciente permanezca extremadamente quieto.

Nueva tecnología

La radioterapia ha estado rodeada siempre de numerosas incertidumbres que están borrando los nuevos equipos, como el True Beam STX.. «Es el acelerador lineal más preciso, fiable y completo que existe. Con él se inaugura un nuevo concepto que podríamos denominar **radioterapia mínimamente invasiva** en la que podemos administrar altas dosis de radiación con una precisión desconocida hasta ahora», asegura.

El acelerador permite sincronizar el haz de radiación con la respiración del paciente y el movimiento que experimentan sus órganos durante el tratamiento. La sesión dura muy pocos minutos. El mayor tiempo se dedica a planificar la sesión para garantizar que todo se ejecuta con una precisión submilimétrica.

La planificación **se realiza con el apoyo de un panel digital gigante que funciona como un tablet**. En este panel se fusionan las imágenes de PET, TAC y resonancia magnética y el resultado es una imagen tridimensional y precisa de cada tumor. «Reunimos en un monitor imágenes y datos que hasta ahora estudiábamos por separado.

Planificamos el tratamiento como si navegáramos virtualmente por el cuerpo del paciente. En los dos meses y medio de experiencia que tenemos con este equipo con 50 pacientes hemos obtenido resultados equiparables y superiores a la cirugía», explica con entusiasmo García Alejo.



O.J.D.: 183294
E.G.M.: 632000
Tarifa: 51939 €
Área: 1020 cm² - 290%

GLAMOUR

Fecha: 01/04/2014
Sección: BELLEZA
Páginas: 194-196

BELLEZA

“SU OBJETIVO
ES DETECTAR
LOS TUMORES TAN POCO
AVANZADOS QUE
AUN NO HAYAN DADO
NINGUN SINTOMA”

Mamografías ¿SON REALMENTE EFICACES?

Un reciente estudio que cuestiona la idoneidad de las mamografías para prevenir el cáncer de mama ha hecho saltar las alarmas. Hablamos con algunos expertos de nuestro país para saber qué es mejorable en una prueba dividida entre detractores y defensores.

**TEXTO MARÍA LÓPEZ.
FOTO: SACHA TASSILO
HÖCHSTETTER.**

Realmente, salva vidas? La exploración del pecho mediante rayos X que, normalmente, se pueden realizar cada dos años todas las mujeres mayores de 50 años en España (en algunas comunidades, antes) ha provocado un debate sanitario. La culpa, de un reciente estudio que apunta a que esta prueba no sirve a ese objetivo. Los investigadores de la Universidad de Toronto que realizan el informe han estudiado durante 25 años a 90.000 mujeres de 40 a 59 años. Y aseguran que, en ese período, se produjo el mismo número de muertes entre las que se sometieron a esta prueba y las que no; que las mamografías no serían más eficaces que la mera exploración física e incluso que uno de cada cinco tumores malignos hallados gracias a una mamografía no era un peligro para la mujer. Pero no todos los especialistas coinciden con estas conclusiones y defienden la prueba más extendida

para detectar el cáncer de mama. El estudio ha reabierto el debate sobre la utilidad de las pruebas diagnósticas periódicas que se realizan a la población para detectar a las personas que aún no presentan ningún síntoma, pero sufren una enfermedad. En España, se realizan habitualmente cada dos años en todas las Comunidades Autónomas a las mujeres, normalmente a partir de los 50 años. En la era de los recortes hace falta prudencia. El doctor Luis Pina Insausti, del servicio de Radiología

de la Clínica Universidad de Navarra (cun.es), explica que "lo cierto es que la mortalidad por cáncer de mama ha disminuido desde que se hacen campañas de cribado gracias a dos factores: la detección precoz y unos mejores tratamientos (quimioterapia, hormonoterapia...). El cribado es positivo". Y añade que el estudio canadiense recoge "resultados de unas pruebas realizadas en los 90, es decir, cuando las mamografías eran analógicas; desde hace unos años se realizan mamografías digitales, mucho más sensibles".

SERIAS LIMITACIONES

Carmen Vidal, responsable del Programa de Cribado del Cáncer de Mama del ICO, Institut Català d'Oncología (ico.gencat.cat), es aún más crítica con los investigadores canadienses por un informe, que, en su opinión, tiene serias limitaciones: "En las mujeres de 50 a 59 años, la mayoría de los estudios demuestran que la mortalidad sí se reduce. ➤

PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y TRATAMIENTO PERSONALIZADO

El portavoz de Seom, el doctor Llombart, explica que "la realidad es que no es posible actuar sobre la mayoría de factores que favorecen la aparición de esta enfermedad. La dieta, el consumo de alcohol y tabaco o el ejercicio físico tienen un impacto modesto frente a otros factores relacionados con el estilo de vida difíciles de modificar (embarazos tardíos, no

lactancia, uso de terapias hormonales, menarquia precoz o menopausia tardía). Mi recomendación para todas las mujeres invitadas a participar en los diferentes programas de cribado de cáncer de mama es acudir a ellos. Sin embargo, la mamografía no es una técnica perfecta; ante la aparición de cualquier bulto en el pecho que se mantenga por más de un mes es aconsejable acudir al médico".

BELLEZA

Sin embargo, como en este estudio se compara la mamografía con otra forma de detección precoz, que es la exploración física, no se pueden utilizar sus conclusiones para recomendar hacerse o no mamografías de cribado, salvo que a las mujeres se les diga que a cambio vayan al médico cada año para que las explore. Pero no se puede añadir ni siquiera eso, porque presenta los datos de los dos grupos de edad (mayores y menores de 50) agrupados y el efecto se diluye".

¿Y LOS CASOS JÓVENES?

El doctor Antonio Llombart, portavoz de la Sociedad Española de Oncología Médica (seom.org) y jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia, matiza: "Debemos aclarar que los estudios actuales no cuestionan el valor de la mamografía como útil diagnóstico del cáncer de mama, sino su papel como política de cribado poblacional para la enfermedad que más muertes causa en la mujer española entre los 35 y los 75 años. Este estudio no debería generar dudas a nivel clínico, por supuesto. Un hallazgo mamográfico sospechoso, bien sea de una política de cribado o solicitado por un médico ante una sospecha clínica, siempre debe ser estudiado con más técnicas (ecografía, resonancia, etc.) y requiere una confirmación histológica (punción o preferentemente biopsia) antes de proceder a la cirugía o a cualquier tratamiento." La doctora Vidal, del Institut Català d'Oncologia, por su parte, afirma que "la detección precoz con mamografías apenas reduce la mortalidad en las mujeres de 40 a 49 años (en general premenopáusicas),

por eso la mayoría de los programas de cribado no las invitan". Ella aconseja las mamografías cada dos años a todas las mujeres entre 50 y 69 años, pero "en las mujeres jóvenes, en general, no las recomiendo excepto en aquéllas de alto riesgo por antecedentes personales o familiares". El doctor Pina coincide: "La mamografía no es la prueba ideal para las menores de 50 porque tienen un tipo de mama diferente, con más proporción de grasa, proporción que se invierte con la menopausia. Cuando la mama es densa,

la sensibilidad de la mamografía es del 60%, mientras que en las mamas no densas, que normalmente corresponden a mujeres que han pasado la menopausia, la sensibilidad de la mamografía es del 90%". El radiólogo de la Clínica de Navarra explica que a las mujeres jóvenes habría que hacerles una ecografía para completar el estudio mamográfico, "pero esto sólo se puede realizar en un medio hospitalario, no a nivel poblacional. Es una técnica limitada porque es muy costosa económicamente y también por el tiempo empleado". Muchos críticos con las mamografías, como los investigadores canadienses, aseguran que con esta prueba se detectan cánceres que podrían no suponer una amenaza para la vida de la mujer. Pero que, al ser diagnosticados, se les aplican tratamientos muy agresivos, pero la doctora Vidal contraargumenta que, ante esta enfermedad, no hay otra opción que combatirla. "El tratamiento del cáncer de mama obtiene mejores resultados y es menos

agresivo cuanto menos avanzada está la enfermedad. Por este motivo el objetivo de las mamografías es encontrar el tumor en una fase tan poco avanzada que ni siquiera haya llegado a dar síntomas. Lo que se discute es la existencia de tumores de crecimiento muy lento, tanto que nunca hubiesen llegado a poner en peligro la vida de la paciente, y que tratarlos resulta innecesario. Lo razonable ante estos tumores sería no hacer nada y esperar, pero desgraciadamente hoy en día

no se puede diferenciar qué tumores evolucionarán y cuáles no. Por lo tanto, dejar de tratarlos podría resultar temerario. Es un problema de equilibrio entre el beneficio y el riesgo y, en la opinión de la mayoría de los autores, el beneficio todavía supera al riesgo."

"LA CIENCIA TODAVÍA NO SABE SI UN TUMOR VA A CRECER O NO VA A CRECER"

TRATAR LA LESIÓN

El doctor Pina suscribe la opinión de su colega: "Cuando hay una lesión debemos tratarla, eso sin duda. Es posible que haya carcinomas in situ, de baja agresividad, que se detectan en mamografías que posiblemente no se volverían invasivos o infiltrantes. Pero como no lo sabemos, nuestra obligación es actuar. Es como el seguro de un coche. Quizás hayas pagado toda la vida y nunca hayas tenido un accidente, pero aun así hay que tenerlo. En la década de los 90 los tratamientos eran muy agresivos. Sin embargo, ahora tratamos estas situaciones de una manera mucho más proporcionada y personalizada". Ⓛ

OTRAS PRUEBAS

Existen otras pruebas, como la **resonancia magnética** o la llamada **tomosíntesis**, que, según nos explica el doctor Pina, aumenta notablemente la sensibilidad hasta equipararla con la de la mamografía común en mamas no densas: "Requiere más tiempo en la exploración, pero da al radiólogo planos de cada milímetro de la mama. En España no se utiliza para el cribado poblacional, pero sí en los medios hospitalarios".



O.J.D.: 49785
E.G.M.: No hay datos
Tarifa: 322 €
Área: 77 cm² - 10%

Gran eficacia de la radioterapia extracorta en cáncer de mama

**MADRID
REDACCIÓN**

La radioterapia de última generación ha demostrado un enorme valor en el control local del cáncer de mama, pues reduce en al menos un 95 por ciento la tasa de recurrencia del tumor, según un estudio publicado por especialistas españoles y franceses en el último número de *Clinical and Translational Oncology*.

La investigación, que analiza los resultados de estudios internacionales anteriores y está liderada por Felipe Calvo y Rosa Meiriño, consultor jefe y especialista de la Unidad de Oncología

Radioterápica de la Clínica La Luz (Madrid), respectivamente, revela asimismo que, dentro de las posibilidades que ofrecen las nuevas plataformas de radioterapia, una de cada tres pacientes ya pueden tratarse el tumor con éxito mediante una irradiación extracorta y

parcial, siempre dentro de un protocolo de atención individualizada.

Los autores recuerdan que diversos estudios han determinado que la mitad de las irradiaciones de toda la mama se realizan de forma "cuestionable".

Según una investigación del Instituto Europeo de Oncología sobre 1.822 pacientes, sólo el 2,3 por ciento de las pacientes tratadas con irradiación parcial sufrieron una recurrencia del tumor, porcentaje que se redujo hasta el 1,3 por ciento cuando lo que se medía era la aparición de un nuevo tumor en la misma mama.



Felipe Calvo, de la Clínica La Luz.