noticias.cun
REVISTA DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA ENERO – MARZO 2007 NÚMERO 059

VIII Lección Conmemorativa Eduardo Ortiz de Landázuri. Págs. 19-23

Neumología. Tacs anuales preventivos contra el cáncer de pulmón. Págs. 4-7

Campaña de seguridad. Consigue más eficacia y menos infecciones. Págs. 24-25

HOSTAL ABODI

SU CASA JUNTO A LA CLÍNICA

Habitaciones frente a la Clínica Universitaria.
Trato familiar y personalizado.
Horario de atención de 8.30 a 23.00 horas.
Alquiler de apartamentos.

› Habitaciones con baño completo individual.
› Televisión con antena parabólica en todas las habitaciones.
› Teléfono de uso público.
› Servicio de limpieza diario.
› Cambio de lencería y toallas.

GRUPO HOSTELET
ALOJAMIENTOS

Información y recepción
Travesía de Acella 2, bajo
31008, Pamplona
T. 948 272 975
www.hostelet.com
info@hostelet.com

HISTORIAS DE LA CLÍNICA. Ana María Burgos fue la primera persona operada en la Clínica. 28-30.

059
Ene-Mar 2007
Universidad
de Navarra

4-7 Los TAC anuales preventivos mejoran la supervivencia en cáncer de pulmón. Según un estudio internacional sobre la detección precoz de esta patología.
8-10 Las cefaleas. Reducen la calidad de vida hasta un 50%.
12-15 Trasplantes hepáticos. Superada la barrera de 300 intervenciones.
16 Nueva Unidad de Médicos Hospitalistas. Se trata de una sección novedosa en España.
19-23 VIII Lección Conmemorativa Eduardo Ortiz de Landázuri. Conferencias de Timothy Hunt y Sylvester Sterioff.
24-25 Campaña de seguridad de la Clínica. Consigue más eficacia y menos infecciones.
26-27 CIMA. Biomarcadores en enfermedades cardiovasculares.
32-33 Actualidad. Las noticias de la Clínica, en corto.
34-35 Libros & Webs . Recomendaciones para estar bien informados en temas de salud.
36-77 Agenda. Todas las noticias sobre cursos y congresos.
38 Firma invitada. Manuel Muñoz, Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de León.

EDITORIAL

DR. JAVIER ÁLVAREZ-CIENFUEGOS
DIRECTOR MÉDICO

El fomento de la verdadera amistad

ESTE NÚMERO de Noticias de la CUN coincide con el inicio del nuevo año. Se tiene la sensación de vuelta a la normalidad y por otro lado se esperan novedades, como poner en marcha proyectos, remodelar las instalaciones, incorporaciones, etc.
Lo real es que la Cínica se renueva cada día, puede parecer la misma y no es así. La Clínica cambia gracias a las personas. Los profesionales de la Clínica tenemos la oportunidad de hacer nuevas todas las cosas gracias a la AMISTAD, mediante la cual procuramos el bien de otra persona y al mismo tiempo nos lo proporciona a nosotros. Todos somos conscientes de esto: cuanto más intensamente apreciamos algo más fácil es hacerlo y más nos empeñamos en conseguirlo.
Es todo lo contrario de la APATÍA que representa la impasibilidad ante las cosas, la muerte de la vida afectiva. Fomentemos unos y otros la verdadera amistad que con sus afectos y empeños guiará, formará y acompañará nuestro quehacer en la Clínica.

Noticias de la Clínica Universitaria de Navarra. Número 59. Primer trimestre 2007. Director General: José Andrés Gómez Cantero. **Director Médico:** Dr. F. Javier Álvarez-Cienfuegos. **Director de Comunicación:** Jesús Zorrilla (jzorrilla@unav.es). **Redacción:** Mónica Ruiz de la Cuesta. *Historias de la Clínica:* Natalia Asín. *Libros y webs:* Dra. Isabel Morales. **Infografía:** Carlos Crespo. **Fotografía:** Manuel Castells y Pedro Etura (Historias de la Clínica). **Diseño:** Errea Comunicación. **Secretaria de redacción:** Asun Guezuraga (aguezuraga@unav.es) 948 296 497. **Impresión:** Ipar. **Edita:** Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra. **Depósito Legal:** NA-1200/1996. **ISSN:** 1139-8892.
CONTACTO. Pamplona. Avenida Pío XII 36, 31008 Pamplona. T 948 255 400. **Madrid:** Calle General López Pozas 10, 28036 Madrid. T 91 353 19 20.
Página web: www.cun.es **Correo electrónico:** atpacientecun@unav.es

Los TAC anuales preventivos mejoran la supervivencia en cáncer de pulmón

Según un estudio internacional sobre la detección precoz de esta patología, en el que participan la CUN y el CIMA como únicos centros españoles

CUN ■ La supervivencia en enfermos de cáncer de pulmón aumenta hasta el 92% de los casos a los 10 años de haber sido diagnosticado, si se realizan exploraciones anuales preventivas mediante TAC de baja dosis de radiación. Así se desprende del Estudio Internacional sobre Detección Precoz del Cáncer de Pulmón (IELCAP) en el que participan como únicos centros españoles la Clínica Universitaria de Navarra y el Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) de la Universidad de Navarra.

Las conclusiones han sido publicadas recientemente por la prestigiosa revista especializada The New England Journal of Medicine. La investigación se ha llevado a cabo durante los diez últimos años en más de 31.000 individuos fumadores y mayores de 40 años. En el trabajo participan expertos de más de 40 centros médicos de países como Estados Unidos, España, Japón, Suiza, Italia, Israel, Canadá y China.

De las 31.000 personas estudiadas, se diagnosticó cáncer de pulmón en 484 casos, el 85% de ellos en estadio I, el más precoz, según explica el doctor Javier Zulueta Francés, director del Departamento de Neumología de la Clínica Universitaria de Navarra. De los pacientes en los que se diagnosticó el cáncer en estadio I, el 88% sobrevive más de 10 años. El índice de supervivencia aumenta hasta el 92% en los casos en los que el tratamiento quirúrgico se comienza antes de que transcurra un mes desde el diagnóstico.

BAJA RADIACIÓN. La dosis de radiación es diez veces inferior a un Tac convencional y equivale a la dosis de una mamografía.

COSTE ECONÓMICO. El TAC preventivo no supone un gasto excesivo porque el tratamiento del cáncer en las fases precoces es más barato que en las avanzadas.

El doctor Zulueta es junto al doctor Luis Montuenga Badía, director del Area de Oncología del Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) de la Universidad de Navarra, y al doctor Gorka Bastarrika Alemañ, especialista del Departamento de Radiología de la Clínica Universitaria, quienes han lide-

Los doctores Montuenga, Zulueta y Bastarrika.

rado el estudio en España. En el trabajo han intervenido, además, diversos especialistas de varios departamentos de la Clínica Universitaria de Navarra: Cirugía Torácica, Medicina Interna, Radiología, Neurología, Medicina Nuclear, Anatomía Patológica y Oncología.

LA PATOLOGÍA ONCOLÓGICA MÁS COMÚN. El descubrimiento es de especial relevancia ya que el cáncer de pulmón es actualmente la patología oncológica más común y de peor pronóstico, con una supervivencia máxima del 15% a los 5 años del diagnóstico. La razón de que el índice de supervivencia sea tan bajo radica en que "el cáncer de pulmón produce síntomas muy tarde, de modo que cuando el paciente acude a la consulta la enfermedad ya se encuentra en fase muy avanzada", asegura el doctor Zulueta.

En los casos de detección de un nódulo pulmonar, las recomendaciones del grupo internacional proponen realizar un TAC a los tres meses con el objetivo de observar el desarrollo de la lesión. Una vez comprobado el crecimiento del nódulo se aconseja practicar una biopsia para conocer la naturaleza del tumor. De este modo, la precisión diagnóstica es tal que "se producen muy pocas intervenciones innecesarias. Tras aplicar el protocolo de actuación, en el 92% de los casos en los que se recomienda realizar una biopsia el resultado es cáncer", subraya el neumólogo de la Clínica Universitaria.

PASA A LA PÁG. 6 >>

EN CIFRAS

92%

El índice de **supervivencia** llega hasta el 92% a los 10 años en los casos en los que el tratamiento quirúrgico se comienza antes de que transcurra un mes desde el diagnóstico.

9-13

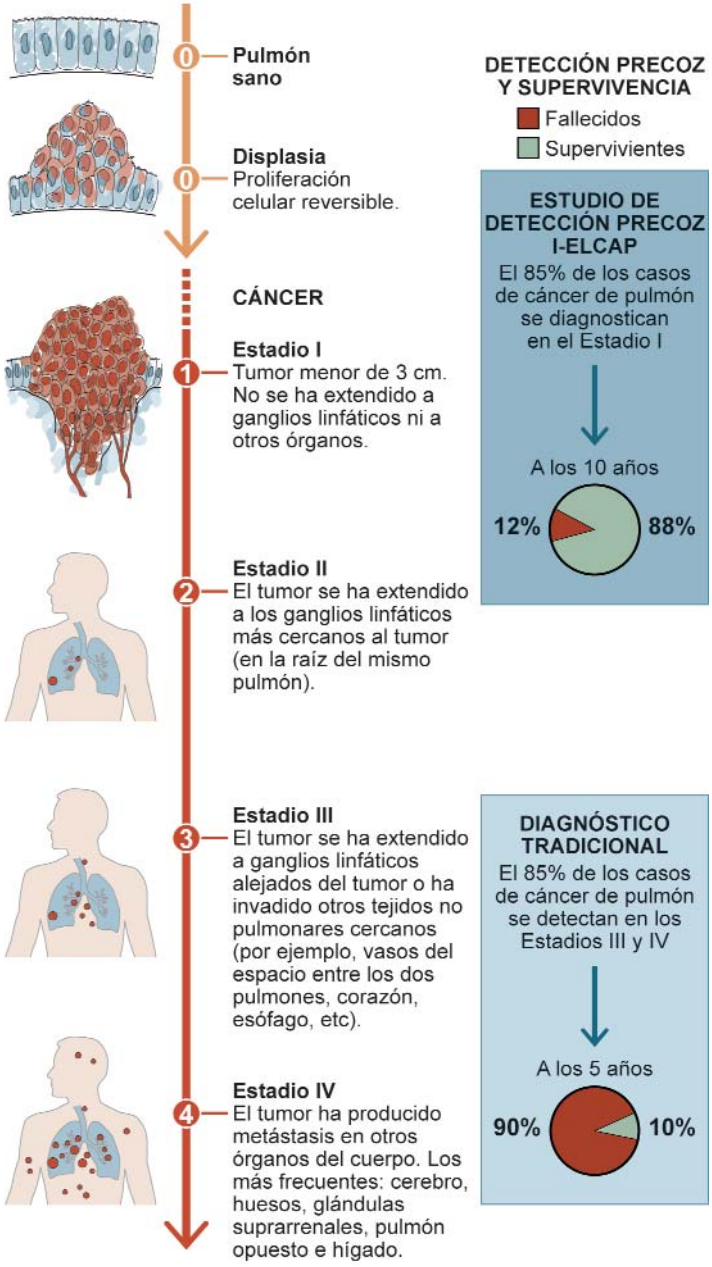
De 9 a 13 milímetros es el **diámetro medio** de los tumores detectados en el grupo de riesgo estudiado por el IELCAP. Se trata de la fase más precoz que actualmente puede ser observada.

DOCTOR ZULUETA

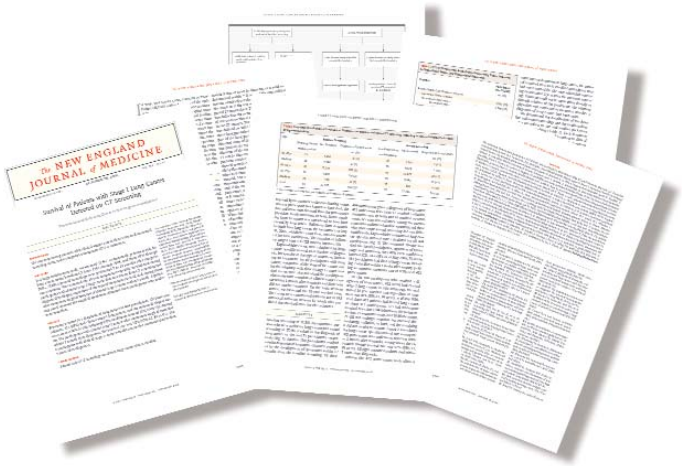
"El cáncer de pulmón produce síntomas muy tarde, de modo que cuando el paciente acude a la consulta la enfermedad ya se encuentra en una fase muy avanzada"

"El riesgo de contraer cáncer de pulmón después de dejar de fumar perdura durante muchos años aunque de forma más reducida"

FASES DEL CÁNCER DE PULMÓN



The New England Journal of Medicine



La revista **The New England Journal of Medicine** es una de las publicaciones de referencia en medicina a nivel mundial.

>> VIENE DE PÁG. 5

La dosis de radiación del TAC empleado en este estudio es diez veces inferior a un TAC convencional y equivale a la dosis de una mamografía.

INVESTIGACIONES DEL CIMA. El diámetro medio de los tumores detectados en el grupo de riesgo estudiado por el IELCAP oscila entre 9 y 13 mm. Se trata de la fase más precoz que actualmente puede ser observada, "aunque los estudios futuros deben dirigirse a intentar reducir todavía más las dimensiones de las lesiones que puedan ser detectadas", apunta el doctor Zulueta.

En concreto, las líneas de estudio que desde el Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) de la Universidad de Navarra lidera actualmente el doctor Luis Montuenga investigan la existencia de biomarcadores que alerten de la presencia de un cáncer antes, incluso, de que la lesión pueda observarse mediante un TAC torácico u otra técnica radiológica. También se buscan marcadores moleculares de riesgo de cáncer de pulmón.

COSTES ECONÓMICOS. Los estudios preliminares realizados indican que la relación entre el coste y la efectividad del diagnóstico es positiva. "El coste económico de un programa de screening o cribado mediante TAC no resultaría excesivo para la sociedad si tenemos en cuenta que el tratamiento del cáncer de pulmón en estadíos precoces es mucho más barato que cuando se encuentra en fases avanzadas", destaca el doctor Zulueta, quien, a modo de ejemplo, asegura que los costes de esta prueba se sitúan muy por debajo de los de una colonoscopia. Así, del trabajo internacional puede desprenderse la necesidad de que las autoridades sanitarias y expertos en salud pública acometan la problemática de la detección precoz del cáncer de pulmón en las poblaciones de riesgo.

El director del Departamento de Neumología de la Clínica Universitaria de Navarra recuerda en este sentido el plan que se lleva a cabo para el diagnóstico temprano del cáncer de mama. Puntualiza, además, que en el caso del cáncer de pulmón, el grupo sometido a observación sería mucho menor porque no afectaría a toda la población de una determinada edad, sino únicamente a los individuos en situación de riesgo.

ALERTA CONTRA EL TABAQUISMO. Entre otras conclusiones, el IELCAP destaca que el riesgo de contraer cáncer de pulmón es el doble en mujeres fumadoras que en hombres, aunque la supervivencia femenina es mayor que la masculina. Alerta en este sentido del crecimiento del tabaquismo entre las mujeres jóvenes y subraya como conclusión más relevante que todos los medios que se aplican en combatir el cáncer de pulmón deben ir necesariamente acompañados de una lucha efectiva contra el tabaco.

De ahí la importancia de una adecuada educación sanitaria que evite el tabaquismo. "El problema - concluye el Dr. Zulueta - es que el riesgo de contraer cáncer de pulmón después de dejar de fumar perdura durante muchos años, aunque de forma más reducida. Por lo que todavía seguiremos teniendo una epidemia de esta enfermedad por un largo espacio de tiempo".

+

www.cun.es/la-clinica/departamentos-y-servicios-medicos/neumologia/
www.ielcap.org

El riesgo de las fumadoras duplica al de los fumadores

Pero, una vez desarrollado el cáncer de pulmón, el pronóstico es mejor en las mujeres que en los hombres.

Parte del grupo de investigación de la Clínica y el CIMA que participa en el programa I-ELCAP.

CUN ■ Las mujeres que fuman tienen casi el doble de posibilidades de desarrollar cáncer de pulmón que los hombres con el mismo hábito tabáquico. Ésta es la principal conclusión de un estudio publicado recientemente por la prestigiosa revista JAMA ("The Journal of the American Medical Association") elaborado a partir del análisis de 16.925 pacientes estadounidenses, dentro del programa I-ELCAP (International Early Lung Cancer Action Program).

Para llevar a cabo el estudio se han analizado 9.427 hombres y 7.498 mujeres de más de 40 años sometidos a un escáner anual en Estados Unidos, país donde las mujeres llevan más años fumando con tasas similares a los hombres. Se ha tomado la referencia del país norteamericano para homogeneizar el estudio. "Lo que se ha visto es que las mujeres tienen una mayor susceptibilidad y un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad por razones que desconocemos", concluye el Dr. Javier Zulueta, quien apunta que "con la misma dosis de tabaco ellas tienen casi el doble de riesgo". Y es que, del conjunto de hombres estudiados el 1,2% tuvo cáncer, mientras que del conjunto de mujeres el porcentaje alcanzaba el 2,1%.

Aunque aún no están claras las causas, se cree que tiene que haber un componente genético que determine el riesgo.

En cualquier caso, y aunque las mujeres que fuman presentan un mayor riesgo a desarrollar cáncer de pulmón, el futuro se les presenta más alentador: "El pronóstico es mejor en mujeres, ya que el riesgo de muerte es el doble en hombres que en mujeres". Tampoco están claras las causas por las que esto se produce, aunque el doctor Zulueta cree que "tiene que haber un componente genético que determina el riesgo".

INVESTIGACIÓN CON EL CIMA. Recientemente, el grupo I-ELCAP de la Universidad de Navarra publicó un artículo en la revista "Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention" cuya primera autora es la bióloga María José Pajares, del grupo del doctor Luis Montuenga, director del área de Oncología CIMA, y concluye que los cánceres que se han analizado y diagnosticado dentro del programa de detección precoz tienen las características moleculares "similares o idénticas a cánceres diagnosticados de forma convencional, por síntomas; esto es importante porque críticos de este programa dicen que lo único que estamos haciendo es detectar cánceres poco agresivos, y que por eso tienen unas supervivencias mejores", apostilla el doctor Zulueta. Con estos estudios moleculares la investigación ha demostrado que los cánceres son igual de agresivos y, por tanto, igual de letales.

Las cefaleas reducen la calidad de vida hasta un 50%

Es importante que a los pacientes se les administre un **tratamiento preventivo:** se reduce así la intensidad y frecuencia del dolor y la toma de analgésicos

CUN ■ "El dolor de cabeza o cefalea es un síntoma que la mayoría de las personas han experimentado en alguna ocasión. Cuando son frecuentes e intensos impiden el desarrollo normal de las actividades profesionales, sociales y familiares y reducen enormemente la calidad de vida". Son palabras del doctor Pablo Irimia, neurólogo y responsable de la Unidad de Cefaleas de la Clínica Universitaria de Navarra, quien, además, asegura que los pacientes estiman que su calidad de vida se reduce hasta un 50% como consecuencia de los dolores de cabeza.

De los más de 300 tipos de cefaleas que existen, la migraña es el motivo de consulta más frecuente. Afecta aproximadamente a un 12% de la población general. La estadística indica que esta patología aparece con mayor frecuencia en mujeres, con una afectación de más del 18% de la población femenina y con mayor incidencia en el tramo de edad comprendido entre los 20 y los 50 años, "es decir, la etapa más productiva desde el punto de vista laboral", añade el doctor Irimia.

En España, la atención médica de estos pacientes, su tratamiento, el absentismo laboral que provoca y el descenso de actividad en el trabajo son los factores que cifran los 1.076 millones de euros de pérdidas anuales, según datos extraídos del informe sobre "El impacto sociosanitario de las enfermedades neurológicas en España", publicado en 2006 por la Fundación Española de Enfermedades Neurológicas.

De los más de 300 tipos de cefaleas que existen, la migraña es el motivo de consulta más frecuente y afecta al 12% de la población.

La OMS considera que "una crisis de migraña es tan discapacitante como pasar un día con tetraplejia".

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que "una crisis de migraña es tan discapacitante como pasar un día con tetraplejia". La sintomatología que presenta este tipo de cefalea se carac-

teriza por la localización del dolor en un lado de la cabeza acompañado de una sensación pulsátil. Además, presenta náuseas, alta sensibilidad a la luz y al ruido y empeora con la actividad física por lo que habitualmente el paciente se tiene que acostar, explica el facultativo.

TENSIONAL Y EN ACÚMULOS. Los otros dos tipos de cefaleas con mayor incidencia en la población son la de tipo tensional y la cefalea en acúmulos. La tensional cursa con un dolor más leve que el de la migraña y al contrario que en ésta no aparece acompañada de vómitos y no empeora con la actividad física. "Es decir, el paciente puede realizar una vida normal, aunque con una mayor molestia", indica el Dr. Irimia.

La cefalea en acúmulos se caracteriza por un dolor muy intenso, de corta duración, localizado también en un lado de la cabeza. Los pacientes se muestran nerviosos e inquietos durante la crisis de dolor. Se produce un enrojecimiento y constante lagrimeo del ojo correspondiente al lado de la cabeza donde se localiza la cefalea y aparecen secreciones nasales que pueden hacer pensar que se padece una sinusitis. El doctor Irimia lo describe como un dolor mucho más intenso que el de una migraña pero de menor duración.

CEFALEA CRÓNICA. Estas tres afecciones pueden aparecer de forma ocasional o con tal frecuencia que se conviertan en crónicas. Una cefalea se considera crónica "cuando existe dolor de cabeza durante más de 15 días al mes y durante más de 4 horas al día", explica el neurólogo de la Clínica Universitaria.

Actualmente, existen una serie de factores que se asocian a la posibilidad de que

PASA A LA PÁG. 10 >>

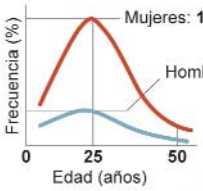
LAS MIGRAÑAS

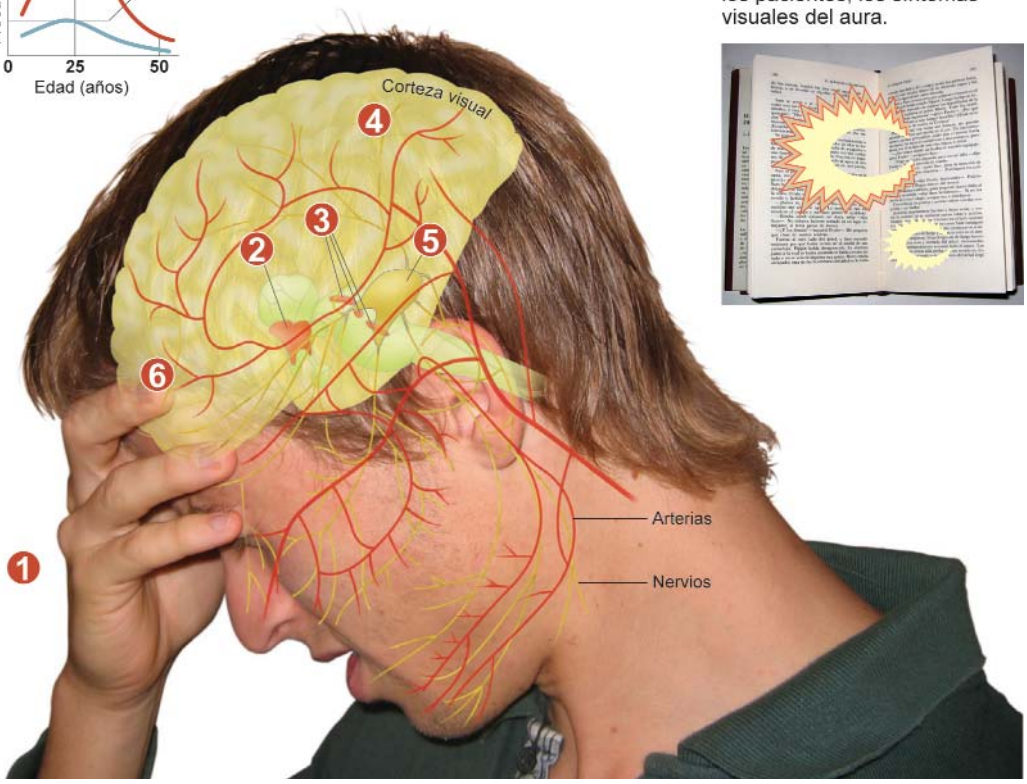
1 Factores desencadenantes
Se desconocen con exactitud las causas de la migraña, pero cambios hormonales, estrés y ciertos alimentos pueden propiciarla. Existe, además, una cierta predisposición genética. Es más frecuente en mujeres.

2 Actividad del hipotálamo
Se discute si el hipotálamo, responsable de la regulación hormonal, los ciclos de sueño, hambre y temperatura corporal, tiene alguna papel en las migrañas. Su disfunción podría originar los síntomas de la fase de precefalea.

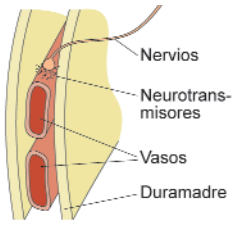
3 Generador de la migraña
Formado por los núcleos del rafe y locus coeruleus, se localiza en el tronco cerebral. Su activación inicia la cefalea.

4 El aura
El generador de la migraña produce alteraciones en las señales neuronales y el riego sanguíneo de la corteza visual, provocando, en un 20% de los pacientes, los síntomas visuales del aura.

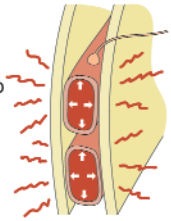




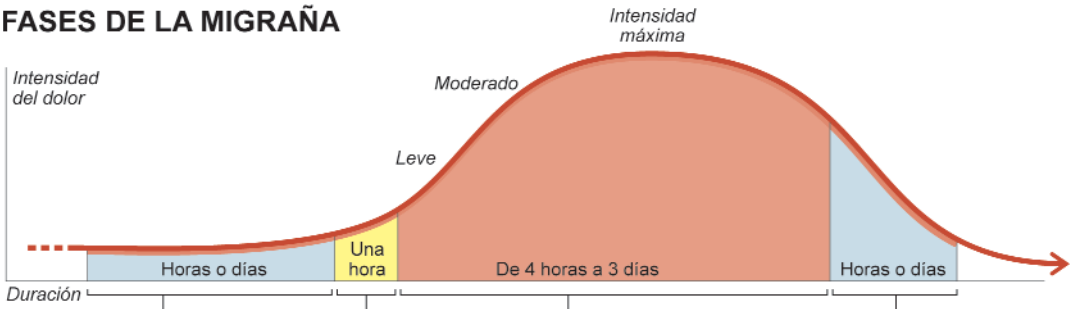
5 El nervio trigémino
Se activa a través del generador de la migraña. El nervio trigémino lleva los impulsos nerviosos a los vasos sanguíneos de la cara y de las membranas que recubren el cerebro. Libera neurotransmisores como el PRGC.



6 El dolor
Los neurotransmisores producen una dilatación de los vasos en una zona que no puede aumentar de volumen. La dilatación produce un intenso dolor que se describe como un latido.



FASES DE LA MIGRAÑA



PRECEFALEA
- Fatiga, continuos bostezos
- Cambios de humor
- Hipersensibilidad a la luz, ruidos y olores.

AURA
- Trastornos visuales

MIGRAÑA
- Dolor pulsátil
- Predominante en un lado de la cabeza
- Empeora con la actividad física
- Hipersensibilidad a la luz y los ruidos

POST CEFALEA
- Sensación de atontamiento y molestias leves

Dr. Pablo Irimia, neurólogo y responsable de la Unidad de Cefaleas.

>> VIENE DE LA PÁG. 9

una cefalea se convierta en crónica. El primero en importancia, según cita el doctor Irimia, sería el consumo crónico de analgésicos. "Por este motivo es muy importante que los pacientes con cefaleas frecuentes acudan a una consulta médica para que les administren un tratamiento preventivo, de forma que el dolor de cabeza no sea tan frecuente ni intenso y se reduzca así la toma de analgésicos", subraya el especialista. Entre otros factores destaca también la obesidad, la predisposición genética, las enfermedades del tiroides, la hipertensión arterial, la presencia de enfermedades alérgicas y el consumo de café.

La cefalea crónica es el dolor de cabeza que genera mayor número de visitas a las consultas, hasta el 80% de los pacientes que acuden a las unidades específicas de cefaleas.

Su interés es todavía mayor por ser "la cefalea más discapacitante debido a su carácter crónico", apunta el neurólogo. En España se calcula que la cefalea crónica diaria afecta, aproximadamente, al 5% de la población. Hay que tener en cuenta que los enfermos con esta patología presentan otros problemas médicos asociados, como cuadros de depresión o ansiedad.

+

www.cun.es/la-clinica/tratamientos-especializados/cefaleas/

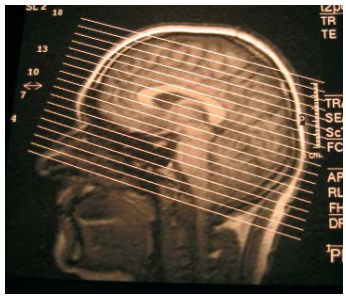
www.cun.es/areadesalud/enfermedades/sistema-nervioso/dolor-de-cabeza/

JORNADAS

Los estimuladores, novedad en los tratamientos

Bajo el título **Cefalea crónica diaria: Un nuevo reto para el clínico** se desarrolló los pasados 26 y 27 de octubre en Pamplona un curso organizado por el departamento de Neurología de la Clínica Universitaria en el que se pusieron sobre la mesa los últimos avances en el tratamiento de algunas de las cefaleas más discapacitantes. La técnica más destacada fue la implantación de estimuladores que, mediante impulsos eléctricos, bloquean la acción del nervio occipital mayor (situado en la parte posterior de la cabeza), disminuyendo o haciendo desaparecer el dolor. El conferenciante que expuso el nuevo procedimiento fue el doctor Peter Goadsby, del National Hospital for Neurology and Neurosurgery de Londres, encargado de impartir la conferencia inaugural del curso.

Los tipos de cefalea para los que se prescribe esta nueva técnica son la migraña crónica, la hemicránea continua y la cefalea en acúmulos. Dentro de ellos, el elenco de pacientes a los que puede aplicarse es muy restringido. Debe tratarse de enfermos que no responden a la medicación preventiva, "es decir, que continúan padeciendo numerosas crisis a pesar de haber seguido diferentes tratamientos médicos", explica el doctor Pablo Irimia. Además, la restrictiva selección viene también marcada por el elevado coste del procedimiento.



Aunque la implantación de estimuladores aplicados a las cefaleas carece todavía de un ensayo clínico que permita establecer comparaciones en términos de eficacia médica, la técnica ya se ha experimentado con éxito en algunos hospitales europeos y españoles, como la Clínica Universitaria de Navarra. El estimulador es un dispositivo generador de impulsos eléctricos que se implanta, bajo la piel, en la zona torácica. El generador va conectado a un cable que, en su extremo opuesto, consta de un electrodo encargado de aplicar los impulsos eléctricos directamente sobre el nervio occipital mayor, bloqueándolo. El generador tiene unas dimensiones y un funcionamiento similar al de un marcapasos.

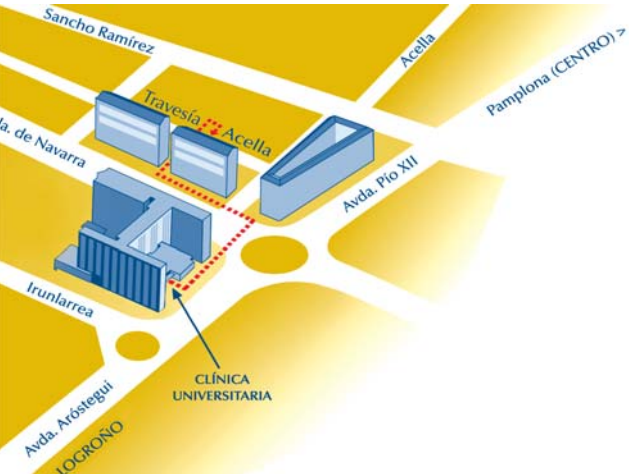
La intervención es relativamente sencilla y no reviste riesgos importantes. La implantación del estimulador se realiza normalmente con anestesia local.

T 948 261 000

HABITACIONES DESDE 30 €

Recepción 948 261 000 948 173 348 I **Móvil** 619 786 999 I **Fax** 948 261 000

Alojamientos Acella



ALOJAMIENTOS ACELLA

Travesía Acella 3, bajo, 31008,
Pamplona, Navarra
reservas@hostalacella.com
www.hostalacella.com

Habitaciones con baño
> Individual con baño 45 €/día
> Doble con baño 54 € y 58 €/día
> Individual con baño compartido 30 €/día
> Doble con baño compartido 40 € /día

Alquiler de apartamentos
> 1 ó 2 dormitorios
> Periódos cortos y por días Desde 60 €/día

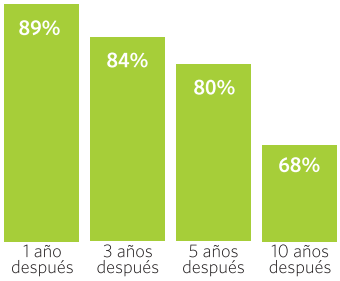
* Precios de 2007
* Todos los precios + IVA 7%

Horarios
> Lunes a jueves 9.00 - 23.30 h.
> Viernes 9.00 - 23.00 h.
> Sábados 9.00 - 14.00 h. 16.30 - 23.30h.
> Domingos y festivos 11.30 - 14.00 h. 16.30 - 23.30h.

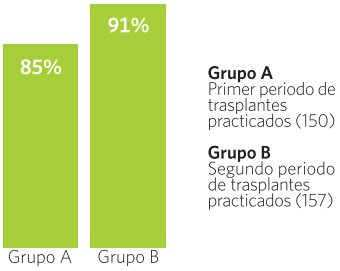
Superada la barrera de los 300 trasplantes hepáticos

Las cifras de **supervivencia** se sitúan en el 89% de los pacientes al año de haberles practicado la intervención, el 80% a los cinco, y el 68% a los diez

Cifras de supervivencia global del trasplante hepático



Índice de supervivencia al primer año del trasplante



CUN ■ Con el de José Luis Giménez Sanz, oscense de 56 años, la Clínica Universitaria superó el listón de los 300 trasplantes hepáticos realizados a lo largo de los últimos 16 años. Estas intervenciones se integran en el Programa de Trasplantes de la Comunidad foral de Navarra realizado de forma conjunta con el Hospital de Navarra, centro médico encargado de la extracción del órgano en todos aquellos casos en los que esta operación se realiza en Navarra.

El pasado 23 de septiembre de 2006 fue el día en que Giménez, diagnosticado hace 5 años de un cáncer hepático de pronóstico muy grave, recibió el nuevo órgano. Este maestro de Enseñanza Primaria destaca también por haber sido el primer paciente en Europa al que se le trataron los tumores de hígado con una nueva técnica de radioembolizaciones mediante microesferas de Ytrio-90. Este nuevo procedimiento consiste en radiar únicamente las células tumorales mediante esferas de muy pocas micras de tamaño, inyectadas en la arteria hepática.

No obstante, dada la gravedad de la enfermedad, la Clínica mantuvo a Giménez en lista de espera para recibir un nuevo hígado. La operación de trasplante hepático se prolongó durante cinco horas y resultó un éxito. Actualmente el paciente se encuentra en perfecto estado de salud y realiza una vida completamente normal.

Según explica el especialista de Cirugía General de la Clínica Universitaria, Fernando Pardo Sánchez, aunque el primer trasplante se realizó el 26 de abril de 1990, se puede decir que el programa de trasplantes hepáticos de la Comunidad foral tomó impulso en 1991. "Desde entonces -indica- nos hemos mantenido en torno a los 20 trasplantes al año, que es más o menos la cantidad que nos corresponde según la población que tiene Navarra".

Los doctores Rotellar y Pardo, en primer plano, durante un trasplante de hígado.

EVOLUCIÓN TÉCNICA. "Se puede decir -valora el doctor Pardo- que a lo largo de estos años apenas ha variado la tasa de supervivencia de los trasplantados de hígado, a pesar de que la edad de los donantes ha ido en aumento y de que cada vez se operan receptores de mayor edad. Todo ello gracias a los avances técnicos y de procedimiento quirúrgico. Actualmente se efectúa todo el trasplante en 4 ó 5 horas, frente a las 8 ó 9 de los inicios. También se ha mejorado en que existe una menor necesidad de transfusión, algo que al principio era muy habitual" subraya el doctor Pardo.

Hay que añadir que "los receptores llegan al trasplante en mucho mejor estado. Asimismo, la técnica anestésica ha avanzado notablemente. Se puede decir, incluso, que desde hace unos años el trasplante no es una cirugía más importante que muchas intervenciones oncológicas digestivas que se practican", subraya el cirujano. En esta línea, el doctor Pardo confirma que actualmente la recuperación de los pacientes después del trasplante es significativamente más rápida, ya que su estado después de la intervención es mucho mejor que antes.

Para el donante vivo las consecuencias de ofrecer una parte de su hígado no son importantes a largo plazo porque el órgano se regenera.

PASA A LA PÁG. 14 >>

EL FUTURO

Gracias a la eficacia de la medicación usada, casi ningún paciente pierde el órgano implantado por causa inmunológica. Pese a ello, actualmente se intenta mejorar los efectos secundarios producidos por los fármacos que se administran para la inmunosupresión porque se ha comprobado que a largo plazo pueden producir problemas de tipo metabólico o de insuficiencia renal. "El futuro pasará por conocer qué pacientes van a tolerar el injerto como propio y se les pueda suprimir la inmunosupresión. Ese día se habrá conseguido un avance muy importante", apunta. Pero el futuro más halagüeño pasa por que se descubra una vacuna contra el virus de la hepatitis C, "una enfermedad que es una tragedia en todo oriente y occidente", indica el doctor Pardo. El día que llegue esta vacuna "no cabe duda de que se trasplantarán otras indicaciones que hoy no son tan claras, entre otras cosas, porque no hay donantes suficientes", añade. En esta línea, es previsible que en un futuro se produzca un aumento de la donación de vivos "porque será una necesidad e incluso habrá receptores que prefieran trasplantarse de donante vivo antes que de fallecido".

Año 1990. Los doctores Álvarez-Cienfuegos y Pardo preparan el órgano para el trasplante.

>> VIENE DE PÁG. 13

"Hoy en día, la operación quirúrgica de un trasplante de hígado está muy pautada, por lo que la intervención es más ágil. En general, los pacientes salen mucho mejor del quirófano y al día siguiente o a los dos días ya están en planta", explica el facultativo. Por este motivo, uno de los cambios más destacables de la historia de los trasplantes es que la media de estancia hospitalaria de un trasplantado ha disminuido de forma considerable. "Al principio -recuerda el especialista- los pacientes permanecían ingresados un mes o mes y medio. Ahora estamos por debajo de los 10 días. Incluso, hay pacientes trasplantados que se van a casa dentro de la primera semana después de la operación".

PACIENTES INDICADOS. Los pacientes susceptibles de convertirse en posibles receptores de un hígado son aquellos con una enfermedad hepática terminal, habitualmente cirrosis (debida a virus C o de origen alcohólico) o hepatocarcinomas. "En general, son personas que presentan una enfermedad hepática sin solución y que por cuya causa tienen una expectativa de vida baja", añade el facultativo.

Entre las condiciones necesarias para que un paciente sea incluido en la lista de espera de un trasplante es importante que el receptor no presente un grado de deterioro muy alto, ni tampoco un estado general lo suficientemente bueno como para valorar que el trasplante no es necesario en ese momento, sino que puede serlo más adelante.

TRASPLANTE DE DONANTE VIVO. Las listas de espera de posibles receptores de hígado en Navarra suele mantenerse en torno a los 10 ó 15 pacientes. En general, la mortalidad en lista de espera "no es elevada. Estamos por debajo de la media nacional", subraya el doctor Pardo. Pese a ello, hace unos años la Clínica Universitaria puso en marcha el programa de donante vivo. "Supone una salida para conseguir disminuir el tiempo de permanencia en lista de espera y reducir así la posibilidad de muerte mientras se espera un órgano de persona fallecida", advierte el facultativo.

En principio, el trasplante de donante vivo suele ser de donante relacionado, es decir, entre familiares. Aunque también ha habido casos de donación altruista de personas no relacionadas con el receptor.

Para el donante vivo las consecuencias de ofrecer una parte de su órgano hepático "no son importantes a largo plazo por que el hígado es un órgano que se regenera y vuelve a recuperar su volumen normal", explica. Sin embargo, aunque el donante vivo suele ser una persona joven y sana a la que se le extirpa medio hígado, "la intervención por la que debe pasar es una cirugía mayor y no cabe duda de que corre un riesgo de mortalidad, que, hay que subrayar, se sitúa por debajo del 1%", indica el doctor Pardo.

+

www.cun.es/la-clinica/departamentos-y-servicios-medicos/cirugia-general-y-digestiva/

www.cun.es/la-clinica/departamentos-y-servicios-medicos/medicina-interna/

EL EQUIPO

El equipo médico que actualmente efectúa los trasplantes de hígado en la Clínica Universitaria de Navarra está integrado por el doctor Pardo, el doctor Rotellar, la doctora Montiel y el doctor Martínez Regueira, especialistas del Departamento de Cirugía General. Participan asimismo el equipo de Hepatología, liderado por los doctores Quiroga, Sangro y Herrero, y el de Anestesiología, con el doctor Carrascosa al frente. La coordinadora de trasplantes de la Clínica es Montserrat Lorente. Interviene también en cada trasplante numeroso personal de Enfermería. En total, una veintena de profesionales. Por su parte, en el Hospital de Navarra forman parte del equipo quirúrgico encargado de la extracción del órgano, el doctor Lera, que lo dirige, junto a los doctores Herrera, Zazpe y Balen, a quienes hay que sumar el resto del personal sanitario que interviene en estas operaciones. El coordinador de trasplantes del Hospital de Navarra es el doctor Elizalde.

Miembros del equipo médico que han participado en el programa de trasplante hepático. De pie y de izquierda a derecha, los doctores Sangro, Herrero, Alegre, Quiroga, Iñarrairaegui y Prieto. Sentados , los doctores Hernández, Alvarez-Cienfuegos y Pardo.

"Me da hasta vergüenza decir que no he sufrido ni un sólo dolor"

El pamplonés **Pablo José Pérez-Obanos** fue uno de los primeros trasplantados de hígado en la Clínica Universitaria

La vuelta de la playa en el verano de 1991 no fue para Pablo José Pérez-Obanos, pamplonés de 54 años, todo lo apacible que él hubiera deseado. El color de su piel denotaba un bronceado más intenso que el que hubiera sido normal después de exponerse al sol en las playas de Santa Pola. "Volvía más moreno que nunca. Lo que ocurría es que el tono de mi piel estaba encubriendo la ictericia que sufría", explica. Tras constatar este síntoma, Pablo José Pérez-Obanos, casado, padre de dos hijas y trabajador jubilado del sector de la Banca, acudió al médico. Los resultados de los análisis presentaban todos los indicadores alterados. "Desde el principio sospecharon que tenía una hematocromatosis con unos niveles de hierro elevadísimos. Me ingresaron en el hospital durante un mes para mantenerme en observación y realizarme una analítica diaria", recuerda.

Al salir del centro sanitario, los médicos le aconsejaron mantener una vida tranquila, mientras cada 15 días le extraían medio litro de sangre con el fin de comprobar si los niveles de hierro seguían subiendo. En enero, ante la gravedad de su situación lo trasladaron a la Clínica Universitaria con la indicación prioritaria de que se le practicara un trasplante hepático.

Una vez en lista de espera ¿cómo transcurrió su vida?
Me enviaron a casa con el busca. El caso es que no me encontraba mal, pero se me quedó grabada una frase que los médicos, después, me han repetido muchas veces: 'el hígado cuando avisa ya es tarde'.

Entre tanto, la inquietud reinaría en su casa.
No dio tiempo porque una semana después de enviarme a casa, el 2 de marzo, a la hora de comer, me llamó el doctor Sangro para decirme que tenía que ingresar inmediatamente para hacerme el trasplante.

¿Recuerda el momento de la operación?
Hacia las 8 de la tarde me llevaron al quirófano y creo que aproximadamente 12 horas después terminó la intervención. Yo sólo sé que me desperté en la UCI, donde permanecí ingresado durante una semana. Allí cumplí los 40 años. Durante mi ingreso pasé un proceso de rechazo muy fuerte del nuevo órgano aunque lo resolvió mi propio organismo ayudado por la medicación antirrechazo. En julio me sucedió otro episodio similar.

"A la vista de los beneficios que aporta, todos deberíamos estar dispuestos a la donación"

Pablo José Pérez-Obanos lleva una vida normal tras el trasplante.

Y en estos 14 años, ¿cómo se ha portado el nuevo hígado? ¿ha tenido algún tipo de problemas?
No he tenido nada de nada. Me da hasta vergüenza decir que no me ha dolido nada. Sólo sigo tomando la medicación para evitar el rechazo, que es de por vida, y me hacen analíticas cada 4 meses.

¿Pudo reincorporarse a su vida profesional?
Estuve un año de baja y después seguí trabajando durante 6 años más. Tengo la suerte de que trabajaba en banca, un sector que comenzó con prejubilaciones de trabajadores a partir de 50 años. Así que al poco de jubilarme yo, que lo hice por motivos de salud, por evitar situaciones de estrés y tensión, se jubilaron algunos de mis compañeros.

Después de haber pasado por una experiencia semejante ¿Cuál es su planteamiento actual de vida?
La verdad es que no tengo ningún problema. No me pasa nada que no le pueda ocurrir a cualquier otra persona. Vivo el día a día e intento hacerlo sin complicaciones. Lo que sí me parece fundamental es la necesidad de concienciar a todo el mundo de la importancia de la donación, algo a lo que deberíamos estar dispuestos todos a la vista de los beneficios que aporta a personas que se encuentran en situaciones de salud en las que el trasplante es la única salida.

Nueva Unidad de Médicos Hospitalistas

De izda. a dcha. los doctores Nicolás García, Juan Felipe Lucena, José Ramón Yuste y Carlos Cabanyes.

Se trata de una sección novedosa en España que permite una atención más integrada, eficaz y rápida del paciente hospitalizado

CUN ■ La Clínica Universitaria de Navarra ha creado una Unidad de Médicos Hospitalistas. Se trata de una sección de reciente implantación en España, aunque existe ya una gran experiencia en Estados Unidos, donde prácticamente todos los hospitales integran este tipo de unidades dirigidas a la atención especializada del paciente hospitalizado.

El subdirector médico de la Clínica Universitaria de Navarra, el Dr. Nicolás García González, asegura que esta especialidad médica permite una mejor atención del enfermo ingresado, al tiempo que aporta mayor rapidez y eficacia en sus cuidados médicos. Inicialmente, la Unidad de Médicos Hospitalistas estará integrada por cuatro médicos especialistas en Medicina Interna, además de personal de Enfermería.

Aunque se trata de un servicio que, de algún modo, ya prestaban los especialistas de Medicina Interna de la Clínica Universitaria, la creación de la Unidad de Médicos Hospitalistas supone un paso adelante en el desarrollo de este modelo de atención. "En los últimos años, en los países industrializados se ha comprobado que los pacientes hospitalizados son cada vez más complejos, de mayor edad y que con mayor frecuencia presentan patologías múltiples. De este modo, el cuidado de estos pacientes se vuelve cada vez más complicado, por lo que requiere una mayor especialización", argumenta el subdirector médico de la clínica.

Los médicos hospitalistas tienen un papel importante en la atención a pacientes quirúrgicos al hacerse cargo del pre y postoperatorio.

FACULTATIVOS DE VARIAS ESPECIALIDADES. Aunque, por lo general, los facultativos que atienden las unidades de médicos hospitalistas proceden de Medicina Interna, en Estados Unidos resulta también habitual que profesionales de otras especialidades, como neumólogos, intensivistas o nefrólogos, colaboren en este tipo de cuidados.

Inicialmente, las funciones de los médicos que integran la Unidad de Médicos Hospitalistas de la Clínica Universitaria no distan mucho de las labores que ya realizaban. En concreto, son especialistas dedicados a atender a los pacientes hospitalizados del Departamento de Medicina Interna, a los pacientes del Área de Enfermedades Infecciosas y a los del Área de Hospitalización Especial. "Nuestra intención es que los servicios de esta unidad se vayan implantando progresivamente en la Clínica, según vayan demandando su actuación los especialistas médicos de otros departamentos", señala el doctor García.

La función de los médicos hospitalistas tiene un papel especialmente importante en la atención a pacientes quirúrgicos. "En estos casos, el cirujano puede centrarse más en los aspectos propios de su especialidad, al poder contar con el apoyo del médico hospitalista, que se haría cargo del pre y postoperatorio, prevención de complicaciones, atención integral del paciente y la coordinación en caso de que surgieran otras patologías añadidas", indica. Progresivamente, el equipo irá colaborando con otros departamentos y servicios médicos en la atención de las complicaciones agudas de sus pacientes.

LE LLEVAMOS A LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA

SERVICIO GRATUITO DE LA GESTIÓN DEL TRANSPORTE Y ALOJAMIENTO

- El Servicio de Gestión del Transporte y Alojamientos de la Clínica es un servicio gratuito.
- Informa y facilita la llegada a Pamplona de pacientes y sus acompañantes, tanto de procedencia nacional como internacional.
- También aconseja y gestiona las estancias en la ciudad, si la asistencia médica lo requiere.

PRECIOS ESPECIALES PARA PACIENTES Y ACOMPAÑANTES

- Las personas que viajan y se alojan en Pamplona por motivos médicos, pueden acogerse a unas tarifas especiales.

PARA MÁS INFORMACION O RESERVAS **CONTACTE CON LA CLÍNICA**

El departamento que atiende el Servicio es el Call Center de la Clínica que trabaja en colaboración con la agencia de viajes **Viajes Arga.**

- Por teléfono 948 255 400
- Por fax Att. Call Center 948 296 500
- Por carta Clínica Universitaria de Navarra. Att. Call Center. Avda. Pío XII, 36. 31008, Pamplona. Navarra (España)
- Por formulario vía web www.cun.es
- Por email atpacientecun@unav.es

Clínica Universitaria Universidad de Navarra

www.cun.es

Viajes Arga

www.viajesarga.com

Aseguramos su salud

Seguro de hospitalización de la **Clínica Universitaria de Navarra**

¿POR QUÉ CONTRATAR EL SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA CLINICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA?

Porque...

- Viene avalado por uno de los centros sanitarios de mayor prestigio internacional.
- Pone a su disposición los últimos avances en tecnología e investigación médica.
- Será atendido por un reconocido equipo de especialistas que le garantizan el trato personal y profesional que usted se merece y...

Porque por un ventajoso precio, tan solo 64 céntimos al día, puede disponer de:

- Cobertura total durante la hospitalización médica, quirúrgica y psiquiátrica.
- Planificación, desarrollo y evaluación de las pruebas diagnósticas oportunas.
- Habitación individual durante la hospitalización, poniendo a su disposición una cama para el acompañante, garantizando así su intimidad.
- Hospital de día para quimioterapia, radioterapia, ORL, oftalmología...
- Hotel para el paciente y un acompañante durante los tratamientos oncológicos, en hospital de día .
- Cobertura de los gastos de desplazamiento desde cualquier lugar del territorio español hasta Pamplona.

Y porque además, hemos diseñado una nueva propuesta para el control y prevención de su salud:

Póliza Executive Platino, que incluye un chequeo anual personalizado.

e-Boletín
CLÍNICA UNIVERSITARIA

Noticias on line

Recibirá en su e-mail los últimos consejos de salud, noticias y avances médicos de la Clínica Universitaria de Navarra.

SI ENVÍA EL CUPÓN ADJUNTO DURANTE EL AÑO 2007, PODRÁ BENEFICIARSE DE CONDICIONES ESPECIALES.

Asistencia Clínica Universitaria de Navarra
ACUNSA (S.A. de Seguros y Reaseguros)

SI DESEA RECIBIR, SIN COMPROMISO, MÁS INFORMACIÓN RELLENE Y ENVÍENOS POR CORREO O FAX ESTE CUPÓN.
Y RECUERDE QUE ADEMÁS RECIBIRÁ GRATIS LA ÚLTIMAS NOVEDADES MÉDICAS DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA.

Nombre _____ Apellidos _____

Dirección _____ Población _____ C. Postal _____

Provincia _____ Edad _____ Tel. Oficina _____ Tel. Particular _____

Nº de hijos _____ Nº personas interesadas _____ E-mail _____

*La dirección de e-mail será cedida a la CUN exclusivamente para el envío del e-boletín.

02270099

Por favor, envíe este cupón a ACUNSA:

Avda. Pío XII, 57
31008 PAMPLONA, ESPAÑA

Fax. 948 177 658
Tel.: 902 364 360
e-mail: info@acunsa.es

Para suscribir este seguro de hospitalización es necesario ser menor de 60 años (en caso de empresas y colectivos, menor de 65).
Los datos personales que pueda suministrarnos son totalmente confidenciales y podrán ser utilizados para comunicarle las diferentes ofertas y servicios de Acunsa, salvo que nos indique lo contrario. Usted también puede acceder a ellos, rectificarlos o cancelarlos siempre que lo desee.

TIMOTHY HUNT, NOBEL DE MEDICINA 2001, EN LA CLÍNICA

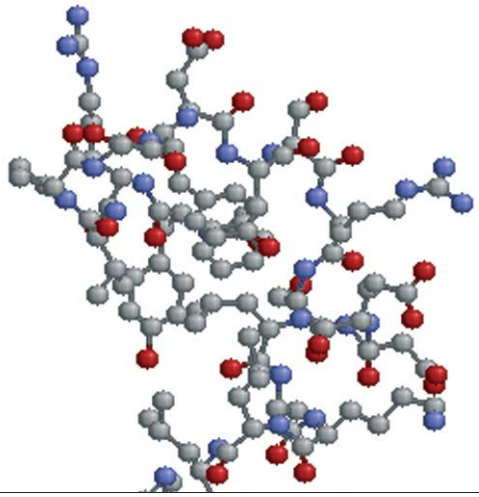
Con el título **El ciclo celular del cáncer**, el Premio Nobel de Medicina 2001 Sir Timothy Hunt impartió una conferencia, el pasado 23 de noviembre, en la Facultad de Ciencias de la Universidad de Navarra, dentro de los actos de la VIII Lección Conmemorativa "Eduardo Ortiz de Landázuri", organizada por la Clínica Universitaria de Navarra.

En el evento participó, también, el profesor Sylvester Sterioff, Consultor de Trasplantes y Cirugía General de la Clínica Mayo (Estados Unidos), quien habló sobre **El Modelo Asistencial de la Clínica Mayo para el siglo XXI.**

Abrió la jornada el profesor Manuel Muñoz, jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de León con una semblanza de Don Eduardo.

VIII LECCIÓN ORTIZ DE LANDÁZURI

La investigación del ciclo celular aporta nuevas herramientas contra el cáncer



La participación de las proteínas ciclinas en la división celular, descubiertas por el **Nobel Tim Hunt**, clave en estudio en enfermedades oncológicas

CUN ■ En el año 2001, los investigadores Tim Hunt, Paul Nurse y Leland Hartwell recibieron el Premio Nobel de Fisiología y Medicina por sus descubrimientos sobre los mecanismos de control de la división celular. Los resultados de sus investigaciones han abierto nuevas vías de estudio en la lucha contra el cáncer. Así, el papel de las proteínas ciclinas en el control del ciclo celular, descubiertas por el Nobel Tim Hunt, puede ayudar de manera fundamental al desarrollo de nuevas aplicaciones diagnósticas y terapéuticas contra las enfermedades oncológicas.

En general, se estima que en una persona adulta existen más de 100 billones de células, todas ellas originadas a partir de una única célula mediante un proceso de división celular. Esta capacidad de división se mantiene en muchas de nuestras células adultas, lo que permite llevar a cabo procesos de reparación y regeneración de tejidos. A modo de ejemplo, la médula ósea produce al día más de 250 millones de células nuevas que van a parar a la sangre.

FASES DEL CICLO O DIVISIÓN CELULAR. El fenómeno de la división de una célula se desarrolla en cuatro fases sucesivas. Este proceso se conoce como ciclo celular. En la primera fase (denominada G1), la célula que va a dividirse crece hasta llegar a un tamaño adecuado. A continuación, si las señales del entorno lo permiten y la célula está preparada para ello, ésta entra en la siguiente etapa del ciclo, la fase S. En esta fase la célula duplica completamente su material genético.

Una vez terminada esta etapa, la célula entra en fase G2 y se prepara para el proceso de división en la fase M. En esta última fase la célula se divide en dos células hijas, cada una de ellas con una copia exacta de la información genética contenida en la célula original. Tras finalizar la fase M, el ciclo celular queda completado y las dos células hijas se encuentran nuevamente en fase G1, preparadas para iniciar

SIR TIMOTHY HUNT

- **Nació en Neston (localidad próxima a Liverpool) en 1943.**
- **En 1982 llevó a cabo el más importante de sus hallazgos: el descubrimiento de las ciclinas.**
- **En 1990 Sir Tim Hunt se incorporó al Cancer Research UK, del que actualmente es Principal Scientist en los Laboratorios Clare Hall.**
- **En 2001 recibió el Premio Nobel de Fisiología y Medicina junto a Leland Hartwell y Paul Nurse por sus descubrimientos sobre "Los principales reguladores del ciclo celular".**
- **Actualmente su investigación se centra en el estudio de la degradación de las ciclinas en las transiciones del ciclo celular.**

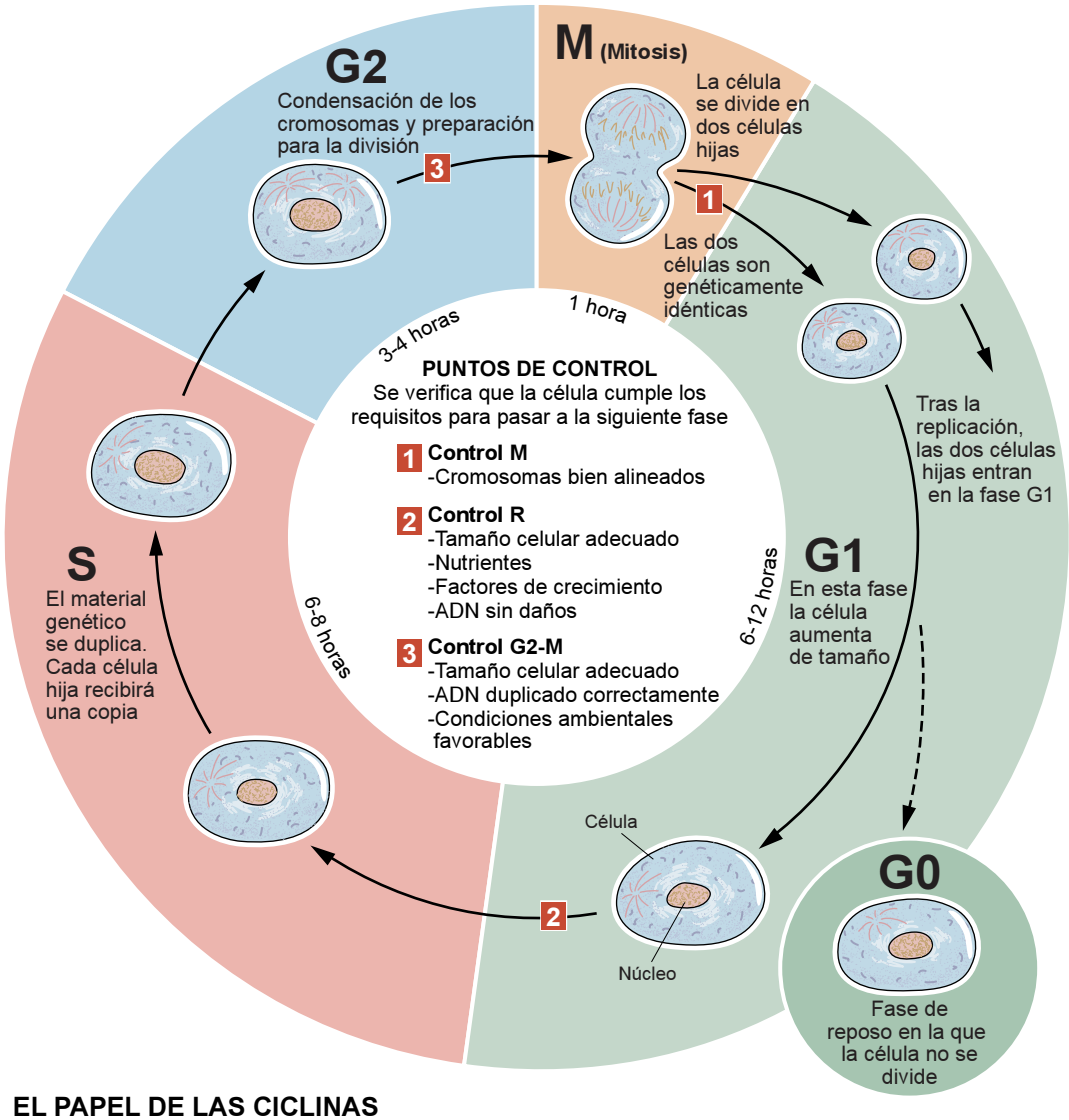
un nuevo ciclo de división si el organismo así lo requiere. Si no es así, las células pueden entrar en un estado de reposo denominado G0.

DIVISIÓN CELULAR INCONTROLADA: CÁNCER. Es evidente que para el correcto funcionamiento de nuestro organismo los procesos de división celular deben estar perfectamente controlados. La división incontrolada de una célula podría dar lugar a un cáncer. Hace ya cincuenta años se empezaron a describir los mecanismos moleculares mediante los cuales las células son capaces de regular el inicio y la progresión de una fase a otra a lo

PASA A LA PÁG. 22 >>

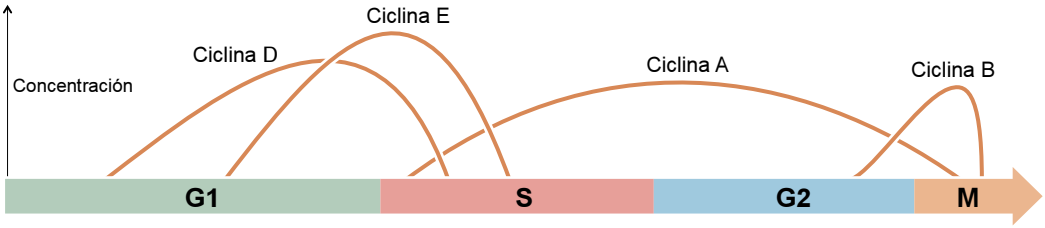
EL CICLO CELULAR

Muchas de las células que forman nuestro cuerpo (unos 100 billones) tienen la capacidad de dividirse mediante un proceso conocido como ciclo celular. Este proceso, de duración variable según el tipo de célula, se lleva a cabo a través de varias fases.



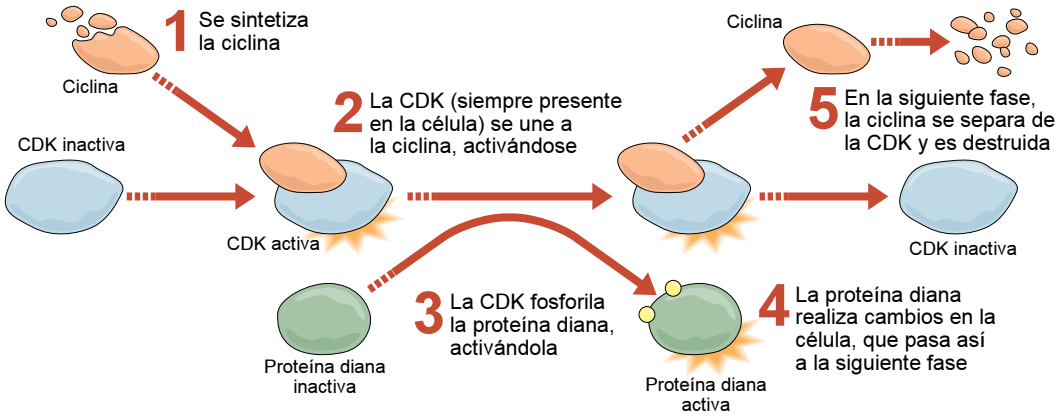
EL PAPEL DE LAS CICLINAS

Las ciclinas se encargan de regular el ciclo celular. Cada ciclina regula una fase distinta del proceso, por lo que aparecen en diferentes momentos.



MECANISMO DE ACCIÓN

La presencia de las ciclinas provoca una serie de cambios que lleva a la célula a la siguiente fase.



El esclarecimiento de los procesos moleculares que controlan el ciclo celular ha permitido entender la inestabilidad genética de los tumores.

Hay en marcha estudios preclínicos y clínicos sobre la actividad anti tumoral de inhibidores de las proteínas CDK.

>> VIENE DE PÁG. 21

largo del proceso del ciclo celular.

Uno de los hitos científicos en este campo lo protagonizó el Profesor Tim Hunt a comienzos de los años 80 con el descubrimiento de las proteínas ciclinas. Estas moléculas tienen un papel esencial en el ciclo celular ya que regulan la actividad de las proteínas quinasas dependientes de ciclinas (CDK).

Estas proteínas habían sido descritas unos años antes por Paul Nurse y son las responsables de llevar a cabo las transiciones de una fase a otra del ciclo celular. Las concentraciones de las proteínas CDK en una célula permanecen constantes en el ciclo celular, mientras que las concentraciones de las ciclinas varían de forma periódica a lo largo de las distintas fases del ciclo. Fue esta variación cíclica de sus niveles lo que inspiró el nombre de estas moléculas.

Las ciclinas se unen específicamente a las CDK y las activan. Las CDK son enzimas que modifican proteínas importantes que a su vez permiten el tránsito de la célula a lo largo de las fases del ciclo celular. En resumen, el incremento de la concentración de las ciclinas permite que la célula se divida. En reconocimiento a sus descubrimientos, Tim Hunt y Paul Nurse, junto con Leland Hartwell, uno de los primeros investigadores que estudió las fases del ciclo celular y los genes implicados en ellas, recibieron el Premio Nobel de Fisiología y Medicina.

POSIBLES APLICACIONES CONTRA EL CÁNCER. Los descubrimientos de estos investigadores han tenido un gran impacto en la forma de entender el proceso de división celular, no sólo en condiciones fisiológicas sino también en condiciones patológicas. Los trabajos pioneros de Hunt, Nurse y Hartwell han permitido identificar muchas otras moléculas implicadas en la progresión del ciclo celular. Estos conocimientos posibilitan el desarrollo de aplicaciones biomédicas que inciden sobre los mecanismos patológicos de enfermedades relacionadas con el control del ciclo celular. Sin duda, el campo más beneficiado ha sido la Oncología.

El esclarecimiento de los procesos moleculares que controlan el ciclo celular ha permitido entender la particular inestabilidad genética de los tumores y su anormal capacidad para dividirse de manera descontrolada. Tanto moléculas CDK como ciclinas pueden actuar como proteínas oncogénicas facilitando la división de las células malignas.

También se han identificado genes supresores tumorales que cuando se encuentran inactivados en la célula tumoral facilitan la progresión del ciclo celular y, por lo tanto, el desarrollo del cáncer. Es el caso de genes tan conocidos como p53 y retinoblastoma. Estos descubrimientos permiten el desarrollo de nuevas herramientas diagnósticas y terapéuticas contra el cáncer.

INVESTIGACIONES ACTUALES. En la actualidad, se están llevando a cabo estudios preclínicos y clínicos sobre la utilidad antitumoral de inhibidores de las proteínas CDK, en muchos casos en combinación con quimioterápicos clásicos. Estas estrategias terapéuticas se basan en el poder de estos inhibidores para bloquear la capacidad de división de la célula maligna, evitando así el crecimiento de los tumores. Existen muchas otras terapias en desarrollo, que aun sin actuar directamente sobre la actividad de las CDK, también tratan de inhibir la división celular.

En cualquier caso, estamos todavía lejos de entender de manera completa los procesos de progresión y control del ciclo celular. El profesor Tim Hunt, actualmente en los Laboratorios Clare Hall del London Research Institute, investiga los mecanismos mediante los cuales determinadas ciclinas controlan únicamente determinadas etapas del ciclo celular. Su equipo también está interesado en los mecanismos de degradación de las ciclinas, un aspecto clave en el control de los niveles de esta proteína en cada fase del ciclo. Sin duda, estas investigaciones contribuirán al mejor entendimiento del ciclo celular y al diseño de terapias más eficaces contra el cáncer.

CLÍNICA MAYO

La Clínica Mayo representa hoy en día el mayor grupo integrado de salud -sin ánimo de lucro- en los Estados Unidos. Fundada por Charlie Mayo y William Mayo en 1905 ha mantenido unos valores que la ha diferenciado de otros grandes hospitales americanos y europeos. Entre ellos, permanecen inalterables el compromiso con las necesidades del enfermo y unos cuidados médicos excelentes mediante la integración de la investigación y la docencia. La prioridad de las necesidades del enfermo está patente en la Clínica Mayo en el diseño de las consultas, el gobierno de la institución, la estandarización de los cuidados médicos, el trabajo colegial y cooperativo y la innovación constante en la educación y asistencia. Fue el primer hospital donde se implantó la historia clínica única centralizada y el sistema de "buscas" para localizar lo antes posible a los médicos y evitar demoras (1907 y 1912). En 1980 dicha institución se expandió a otros estados de USA creando clínicas con la misma marca Mayo en Jacksonville (Florida) y Scottsdale (Arizona). Posteriormente en 1990, desarrolló el Mayo Health System creando e integrando una red de centros de atención primaria y hospitales.

Sylvester Sterioff

ALGUNOS DATOS

- **Pacientes vistos una vez** 513.012
- **Visitas totales ambulatorias** 2.289.126
- **Admisiones hospitalarias** 131.961
- **Estancias** 609.151
- **Médicos en plantilla e investigadores** 3.208
- **Médicos en formación** 2.209

1 **Autógrafos.** Tim Hunt firmó numerosos autógrafos a estudiantes.

2 **Distinción.** El rector de la Universidad de Navarra, Angel José Gómez Montoro, entrega una placa a Sylvester Sterioff.

3 **Saludo.** El rector estrecha la mano al doctor Manuel Muñoz, en presencia del director general de la Clínica, José Andrés Gómez Cantero, y de la Consejera de Salud del Gobierno de Navarra, María Kutz.

4 **Lleno.** El Salón de Actos de Ciencias se llenó de médicos, investigadores, personal sanitario y estudiantes.

5 **Recepción.** La alcaldesa de Pamplona, Yolanda Barcina, recibió a Sir Tim Hunt y al matrimonio Sterioff.

La campaña de seguridad de la Clínica consigue más eficacia y menos infecciones

Las medidas, aplicadas en 2005-2006, han logrado disminuir significativamente la incidencia de tromboembolismo venoso e infecciones de sitio quirúrgico

CUN ■ Bajo el lema "Tu cuidado nos hace más seguros. Por una Clínica Universitaria 100% segura" este centro hospitalario inicia ahora su segunda campaña de seguridad, 2006-2007. El nuevo paquete de medidas preventivas que ahora se ponen en marcha van dirigidas a incrementar la seguridad de los procedimientos y a reducir, en general, la incidencia de infecciones en el marco hospitalario.

El programa de seguridad afecta a las áreas de prevención de tromboembolismo venoso, de la infección asociada a catéter venoso central y de la infección del sitio quirúrgico, ítems ya incluidos en la campaña anterior.

La segunda edición arranca tras haber obtenido en 2005-2006 unos resultados por los que la doctora María de la Viesca, directora de Calidad y Seguridad de la Clínica Universitaria de Navarra, se muestra muy optimista. "Los datos revelan que el compromiso con el paciente es un motor de trabajo primordial en la Clínica Universitaria. Además, con sus resultados, la campaña confirma que la cooperación entre profesionales en un centro sanitario (enfermeras, médicos, farmacéuticos, profesionales de la informática, la comunicación y el márketing, entre otros) es vital para mejorar los resultados de salud".

Los resultados de la I Campaña de Seguridad confirman la importancia de la cooperación entre los profesionales de un centro hospitalario.

Tras la campaña, la infección del sitio quirúrgico ha reducido su tasa anual de un 3,21% a un 1,85%.

Un correcto lavado de manos es la medida más efectiva para prevenir las infecciones hospitalarias.

INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO. Con las medidas adoptadas durante el pasado curso, se consiguió reducir del 3,21% al 1,85% la tasa anual de infección del sitio quirúrgico, aquella que ocurre dentro de los treinta días inmediatamente posteriores a una intervención quirúrgica o en el período de un año, en los casos en los que se hayan colocado prótesis o implantes y la infección esté re-

lacionada con la intervención.

Se trata de la infección nosocomial (contraída en el medio hospitalario) más frecuente entre los pacientes intervenidos. Además de aumentar la mortalidad, la infección del sitio quirúrgico supone un incremento medio de 7,3 días de estancia postoperatoria.

Las medidas preventivas, avaladas por la evidencia científica, cuyo cumplimiento puede ayudar a reducir la incidencia de esta infección comienzan por la profilaxis antibiótica más adecuada, la eliminación del vello, si es necesario, con maquinilla eléctrica, el control perioperatorio de la glucosa en sangre, el lavado de manos y el control de la temperatura durante la intervención para evitar la hipotermia.

INFECCIÓN POR CATETERISMO VENOSO. También se obtuvieron índices positivos en la incidencia de infección asociada a cateterismo venoso central. En este caso, después de las medidas adoptadas se consiguió disminuir esta tasa de infección del 3,51 por mil al 2,13 por cada mil días de uso de catéter.

Cabe señalar que la incidencia de esta infección varía considerablemente según el tipo de catéter, la frecuencia de manipulación y las condiciones propias de cada paciente, como son las enfermedades subyacentes o la gravedad de su estado, entre otras. Aproximadamente el 90% de bacterianas relacionadas con catéter (BRC) de origen nosocomial se producen en relación con el uso de catéteres venosos centrales. La mortalidad atribuible a este tipo de enfermedad varía mucho según los diferentes trabajos publicados, oscilando entre un 5% y un 35%. Además, hay que tener en cuenta que esta infección aumenta la estancia media y los costes hospitalarios.

Se ha comprobado la eficacia de diferentes medidas, entre las que destacan el lavado de manos y la precaución de máxima barrera para la inserción de un catéter venoso central uso de guantes estériles, gorro, mascarilla, bata estéril y paño estéril que cubra al paciente. Se añade el uso de clorhexidina al 2% como antiséptico cutáneo antes de la inserción del catéter y durante la cura del punto de inserción. El mantenimiento y cuidado del catéter de acuerdo a criterios ciéntificamente consensuados es otra de las medidas importantes, así como la evaluación diaria de su necesidad.

MEJORÍA EN TROMBOEMBOLISMO VENOSO. La campaña ha tenido también consecuencias beneficiosas en el tromboembolismo venoso en pacientes hospitalizados. Medido en tasas trimestrales , el primer trimestre del año ofrecía una incidencia del 4,21 por mil, que se redujo a un 1,78 por mil durante el último trimestre.

La prevención de esta complicación se basa en dos pilares fundamentales. Por un lado, resulta básico el conocimiento del riesgo individual de los pacientes ingresados, para lo cual se ha desarrollado un sistema de alarmas electrónico. Por otro, es importante la aplicación de medidas de profilaxis del tromboembolismo en el caso de que el paciente presente riesgo. Estas incluyen la movilización precoz, activa o pasiva de las extremidades inferiores y su mantenimiento en posición elevada. Se añaden los métodos mecánicos consistentes en el empleo de medidas elásticas de compresión gradual y botas de compresión neumática intermitente. Los métodos farmacológicos, como la administración por vía subcutánea de heparinas de bajo peso molecular o pentasacaridos, son también necesarios en pacientes con riesgo alto.

NUEVAS MEDIDAS

En la actual edición de la Campaña de Seguridad de la Clínica Universitaria se ha incluido el lavado de manos ya que "es la medida higiénica más efectiva para prevenir las infecciones hospitalarias", asegura el equipo encargado de la campaña. Se pretende así enfatizar la importancia de la medida higiénica más básica. Los objetivos que se persiguen comienzan por la mejora del conocimiento de la higiene de manos y continúan por la utilización de la técnica correcta y el aumento de la disponibilidad de solución hidroalcohólica. El impulso de las sesiones de morbimortalidad constituyen otra de las novedades del programa de seguridad 2006-2007. Con estas sesiones desarrolladas en los Departamentos se pretende fomentar una actitud reflexiva y constructiva sobre la propia actuación profesional, creando una cultura de seguridad en toda la Clinica. En ellas se estudian las causas de las complicaciones, eventos adversos y errores en los pacientes de la Clínica, así como el modo de prevenirlos.

Juana María Labiano (enfermera Unidad de Calidad), Ramón Lecumberri (especialista en Hematología) María de la Viesca (directora de Calidad), Pablo Monedero (especialista en Anestesia y responsable de la UCI), Elisa Montserrat (Comunicación), Francisco Guillén (director del Servicio de Medicina Preventiva) y María Teresa Díaz (enfermera Unidad de Calidad).

Biomarcadores en enfermedades cardiovasculares

Su desarrollo permite facilitar la identificación de personas con mayor riesgo cardiovascular.

CUN ■ Las enfermedades cardiovasculares de naturaleza aterotrombótica son la primera causa de muerte en España. Provocan el 35% de las más de 350.000 defunciones que se registran cada año. Uno de cada cinco pacientes con aterotrombosis sufrirá un infarto agudo de miocardio o un accidente cerebrovascular, tendrá que ser hospitalizado, o fallecerá por alguna complicación de sus arterias al cabo de 2 años.

Los doctores José Antonio Páramo y Javier Díez.

Investigaciones recientes han demostrado que el grosor de la placa de grasa acumulada (ateroma) no es tan importante como el proceso inflamatorio que se produce en su interior. La inflamación en si misma participa en la formación de la placa así como en el desgarro de la pared del vaso sanguíneo (placa vulnerable) y la formación de un coágulo que puede acabar produciendo el infarto.

En la actualidad se considera que un paciente vulnerable, es decir, con mayor predisposición para desarrollar un infarto o un accidente cerebrovascular es el que, además de una placa vulnerable muestra una sangre vulnerable. El conocimiento de la importancia de la inflamación ha permitido el desarrollo de biomarcadores inflamatorios que pueden ser determinados en la sangre y que pueden facilitar la identificación de sujetos con mayor riesgo cardiovascular.

■ ¿Qué es un biomarcador?

Un biomarcador es una molécula, proteína o enzima que puede medirse objetivamente y que puede constituir un indicador de un proceso biológico normal o patológico, o puede ser de utilidad para la monitorización de la respuesta al tratamiento. Pueden clasificarse en biomarcadores de riesgo, biomarcadores clínicos o diagnósticos de la enfermedad y biomarcadores pronósticos, si son capaces de predecir la progresión de la misma. Un biomarcador ideal sería aquel que proporcionara información diagnóstica, pronóstica y terapéutica adicional a la que se obtiene a partir de los datos clínicos del paciente.

De los diversos biomarcadores inflamatorios de riesgo cardiovascular, el que ha emergido con mayor fuerza

en los últimos años es la proteína C- reactiva (PCR), una sustancia que sintetiza el hígado como respuesta a la inflamación. Sujetos con valores elevados de PCR tiene 2-3 veces más riesgo de sufrir un infarto de miocardio. Además la PCR parece constituir un buen biomarcador pronóstico en los pacientes con síndromes coronarios (angina o infarto) y en sujetos con diabetes mellitus, obesidad y síndrome metabólico.

Estudios realizados por nuestro grupo en el Area de Ciencias Cardiovasculares del CIMA han demostrado que la PCR puede ser además de biomarcador, un mediador del proceso aterosclerótico, con efectos directos sobre las arterias al inducir la secreción de las mataloproteasas, unas enzimas que actúan como tijeras que degradan la matriz del vaso facilitando su ruptura y ulterior trombosis. En nuestro grupo se han desarrollado métodos para la detección en la sangre de estos nuevos biomarcadores del proceso inflamatorio. Además de las metaloproteasas se dispone de técnicas para cuantificar otros biomarcadores inflamatorios (interleucinas, moléculas de adhesión, estrés oxidativo) y protrombóticos (factor Willebrand, Anticuerpos anti-EPCR, moléculas procoagulantes, etc).

■ Nuevas técnicas de imagen en la identificación de la placa vulnerable.

La Clínica Universitaria de Navarra ha incorporado recientemente nuevas técnicas de imagen que permiten un estudio preciso de las arterias coronarias y la caracterización de las placas vulnerables. Una de ellas, la tomografía de coherencia óptica (OCT) que emplea un rayo láser para visualizar las arterias. La técnica permite detectar y cuantificar las placas de ateroma que se forman en las arterias e identificar aquellas que son más vulnerables y, por consiguiente, susceptibles de provocar un infarto. Además se dispone de un TAC multidetector que permite una aproximación similar del árbol coronario y de las estructuras del corazón, y la ventaja adicional de ser una técnica no invasiva, con el consiguiente beneficio para el paciente.

LA CIFRA

35%

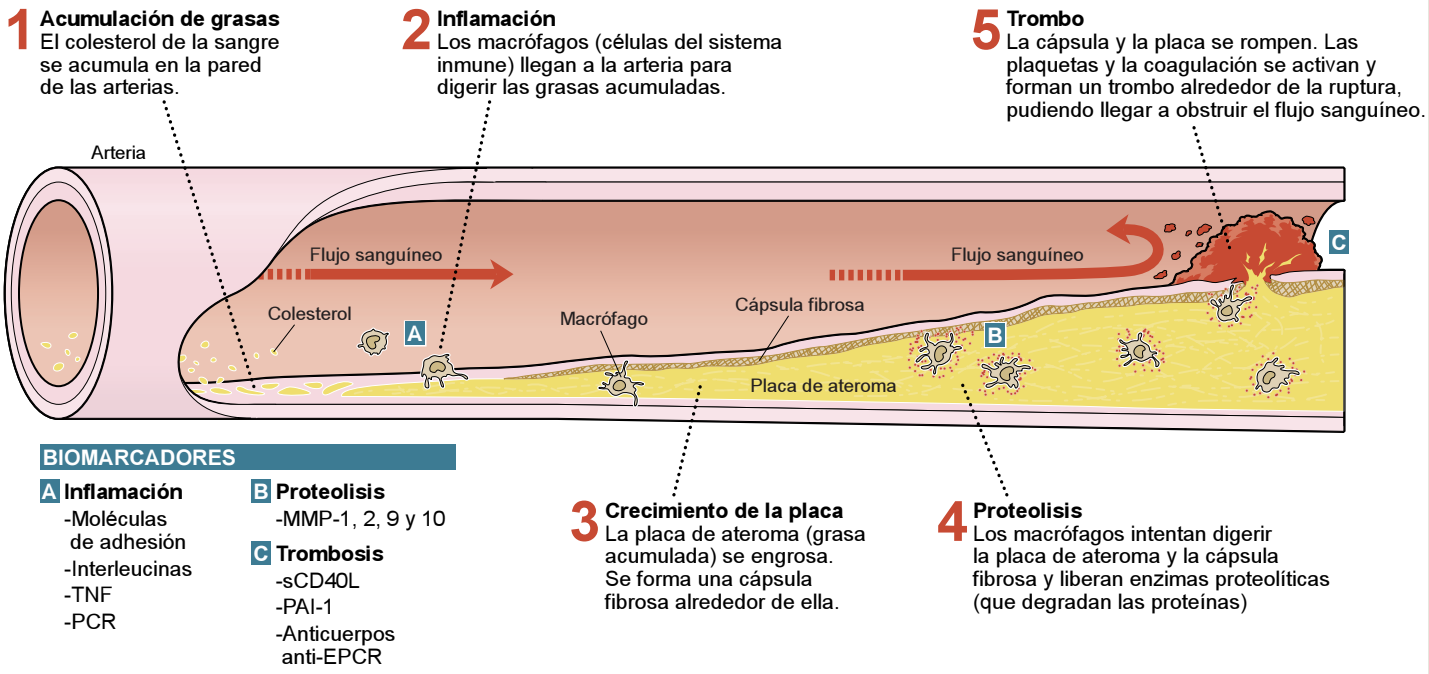
Las enfermedades cardiovasculares de naturaleza atrombótica son la primera causa de muerte en España puesto que provocan el **35% de las defunciones** que se registran cada año.

■ Nueva aproximación al paciente vulnerable: Bioimagen

La combinación de los biomarcadores en sangre con las nuevas técnicas de imagen de la placa vulnerable representa una aproximación innovadora para la identificación del paciente vulnerable, es decir, con predisposición para desarrollar enfermedades cardiovasculares. La aplicación de estos biomarcadores también posibilitará el desarrollo de nuevas dianas terapéuticas para la prevención y tratamiento de la aterotrombosis. En colaboración con el CIMA se va a realizar en la CUN un estudio en pacientes con síndromes coronarios mediante la combinación de biomarcadores en la sangre y las nuevas técnicas de imagen de la placa de ateroma. Los resultados de este trabajo pueden ser de gran relevancia para la identificación no sólo del paciente con síntomas clínicos, sino del sujeto asintomático, pero con riesgo elevado de desarrollar una complicación cardiovascular.

José A. Páramo, Javier Díez
Area de Ciencias Cardiovasculares (CIMA) y Clínica Universitaria. Universidad de Navarra.

MECANISMOS EN LA ATEROSCLEROSIS



Ana María Burgos "Sabía que tenía un 1% de posibilidad y lo íbamos a buscar"

Ana María Burgos Delgado vio poner la primera piedra de la Clínica en 1959 y fue la primera persona operada, tres años después

CUN ■ Ana María Burgos Delgado asistió en 1959 a la colocación de la primera piedra de la Clínica Universitaria de Navarra. Tres años después, estrenaría un quirófano. Fue la primera paciente en ser operada en este centro hospitalario. Tenía sólo 16 años y muchas ilusiones por delante. 44 años después, Ana María recuerda aquellos momentos desde el máximo agradecimiento a sus familiares y a los médicos que la atendieron. En sus palabras de gratitud no se olvida ni siquiera de las mujeres de la limpieza. "Hay tanta gente que me ha ayudado...", asegura.

¿De qué la operaron?
Me intervinieron el 8 de marzo de 1962, festividad de San Juan de Dios. Faltaban 4 meses y 18 días para que cumpliera los 17. A principios de ese año, me detectaron un tumor cerebral y tres meses después me operaron.

¿Cómo se dio cuenta?
Estaba estudiando en las Madres Mercedarias, en Corella (Navarra), de donde es mi familia y donde vivíamos hasta que nos trasladamos a Zaragoza. Tenía muchos dolores de cabeza y no rendía en los estudios. En vacaciones de Navidad, aprovechamos para mirarme y fuimos al Hospital de Navarra. Allí ingresé en lo que se conocía como el pabellón F. Me hicieron muchas pruebas y cuando vieron que estaba preparada me trasladaron a la Clínica Universitaria, donde me operaron. Entonces se llamaba Clínica de Posgraduados y sólo existía la especialidad de Pediatría.

¿Cómo fueron esos días previos?
Ingresé el día 2 de enero en el Hospital de Navarra y el día 6, los médicos se vistieron de Reyes Magos y nos trajeron regalos. Recuerdo a un estudiante avanzado de Medicina que se llamaba Damián, era la alegría del hospital. A mí me trajeron unos pendientes y un libro con una nota que decía: "Ana María distraída estarás en los días de enfermedad". Todavía la guardo.

¿Tendrá muchas anécdotas?
Sí, éramos todos una gran familia. La víspera de la operación, en la Clínica, el peluquero que ejercía un poco de todo, también de camillero, vino a afeitarme la cabeza. Se llama Víctor. Lo pasó muy mal. Yo le decía: "No te preocupes, que estoy muy guapa, ya me crecerá". Así se puso contento.

¿Recuerda al médico que la operó?
Sí, se llama doctor Molina Negro. Ahora está en Canadá. Hace unos años estuve con él. Lo llevo siempre en mi corazón. En total, había ocho médicos y siete en-

Ana María Burgos, con la Basílica del Pilar de Zaragoza, ciudad donde reside, al fondo.

fermeras. Entre ellos, Don Eduardo Ortiz de Landázuri, el doctor Martínez-Lage, el doctor Posada y el doctor Delaherranz.

¿Cómo fue la intervención?
A las 6.30 me dieron la Comunión. Entré en el quirófano y me pusieron anestesia local. Me iban explicando cada cosa que me hacían. A las 12.00, cantamos todos el Angelus a dos voces. A algunos les llegaban las lágrimas hasta la barbilla de la emoción. Después, la anestesista, la doctora Jurado, me dijo: "Reza un Ave María que te vamos a dormir". La operación duró 14 horas. Cuanto les hice trabajar...

Después llegó el postoperatorio...
Tras la operación, me pasaron a una sala contigua, estilo UVI, y me subieron a planta. Estaba en la habitación 28, en la misma que había estado ingresada. Estuve dos meses. Habíamos puesto todos los medios humanos y sólo quedaba confiar y esperar. Todos los días me traían la Comunión, venía el peluquero, las enfermeras... Ana María Osés me ponía los calmantes. Había cinco personas más ingresadas en la Clínica y nos conocíamos todos. Si en mi habitación no había sillón, el de la habitación de al lado, que era un sacerdote, me dejaba el suyo. Recuerdo con mucho cariño a toda esta gente. Además, toda mi familia fue una piña. Con mucho amor y cariño, superábamos las dificultades.

PIONERA

"Toda mi familia fue una piña. Con mucho amor y cariño, superábamos las dificultades".

"Las pruebas fueron más difíciles que la operación. Ahora hay muchos aparatos...".

"Sigo manteniendo relación con la Clínica. Siempre la llevo por bandera. Me he seguido visitando y todas las operaciones posteriores me las han realizado allí"

Supongo que habría momentos difíciles y que en alguna ocasión pasaría miedo
No. Sabía que era una operación muy difícil, pero estaba puesta en manos de Dios y de los doctores en los que confiaba con toda mi alma. La Virgen fue mi aliada. Estaba en las mejores manos. Por si no salía de la operación, me elegí unos recordatorios de color azul con un Cristo joven que en su corazón ponía "Pax".

La técnica no era tan avanzada como en la actualidad.
Las pruebas fueron más difíciles que la operación. Ahora hay muchos aparatos.

PASA A LA PÁG. 30 >>

Ana María Burgos, primera persona operada en la Clínica hace 44 años.

UNA MUJER LUCHADORA

Desde aquel 8 de marzo de 1962, Ana María Burgos Delgado no ha parado de luchar y, sobre todo, de vivir. De hecho, confiesa con pudor que algunos de sus familiares la tildan de "mujer heroica". Es la segunda de seis hermanos. Su familia es de Corella, pero, por trabajo y por los estudios de sus hermanos, se trasladaron a vivir a Zaragoza. Desde la operación, Ana María ha llevado una vida normal. Estudió contabilidad y comercio. Se sacó el carné de conducir gracias a su tozudez, cuando la gasolina sólo costaba 3 pesetas y 8 céntimos y en una época en la que las mujeres no conducían. "Me echaban cada piropo al volante...", recuerda. Tampoco abandonó una de sus aficiones: coser. "Sigo haciendo vainica", señala. En todo este tiempo, asegura que ha trabajado mucho y ahora se dedica a sus negocios particulares. A pesar de las dificultades, esta mujer de 61 años nunca se ha rendido y ahora se siente muy orgullosa de su familia y de sus seis sobrinos que "son preciosos".

Dos meses después de la operación, volví al Hospital de Navarra donde me dieron 50 sesiones de cobalto, que era como ahora la quimioterapia. Sólo había dos de estos aparatos en toda España y uno estaba en Pamplona.

También tendría que pasar un periodo de rehabilitación.
Sí, pasaba el día con una pelota para recuperar la movilidad en la mano. La rehabilitación fue muy buena. Yo también colaboré con mucha fuerza de voluntad.

Con 17 años, todas las ilusiones de joven se truncan con esta enfermedad.
Yo quería hacer Medicina, era mi vocación. Pero sabía que tenía un 1 % de posibilidad y lo íbamos a buscar. Sufrimos mucho. Después de la operación le pregunté al doctor Molina si podía seguir estudiando, pero me dijo que sólo cosas suaves.

¿Mantiene relación con la Clínica?
Toda la vida. Siempre la llevo por bandera. Me he seguido visitando y todas las operaciones posteriores me las han realizado allí. Eso sí, ahora todo está muy distinto a entonces. Vi poner la primera piedra y tres años después me operaron. A aquel acto inaugural vino Monseñor Escrivá de Balaguer. Entonces, estrené un abrigo de cuadros. ¡Quién me iba a decir que, tres años después, iba a ser la primera paciente en operarse allí!

¿Cómo era en aquella época?
Sólo tenía una planta baja, la primera y el sótano. Había 28 habitaciones con una cama cada una, un lavabo y una repisa. Las cortinas las pusieron luego. No había persianas y para quitar la luz, nos ponían unos papeles azules en las ventanas. Eran cuartos bastante reducidos. Algunos ni siquiera tenían sillón para los acompañantes. Había unas 30 enfermeras. Iban vestidas, como en la actualidad, de gris y blanco. También recuerdo que el primer día comí pollo con ensalada y un flan.

Y ¿qué les diría a los cientos de pacientes que pasan ahora por el hospital?
Que se pongan en manos de Dios, que acepten su voluntad y que confíen en los medios que hay. Deben estar serenos, relajados y confiar. Confiar y esperar, porque el tiempo cuenta.

En Iberia, usted es lo más importante.

Porque aunque realizamos miles de vuelos al año, para nosotros es mucho más que eso. Son sus ilusiones, sus proyectos, sus sueños y los de los suyos. Y es que lo más importante para usted, es lo más importante para nosotros. Por eso tratamos de que cada vuelo sea único. Como las personas.

iberia.com

IBERIA oneworld

CON NOMBRE PROPIO

El Dr. Juan Narbona, del departamento de Pediatría, ha sido elegido presidente de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica (SENP) para los dos próximos

años. La SENP promueve el conocimiento de la Neuropediatría, disciplina médica que se ocupa de los niños con problemas en su sistema nervioso.

Actualidad

NOMBRAMIENTOS

El Dr. Miguel Muñoz, director del servicio de Digestivo, ha sido nombrado miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal, The European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), durante un período de 4 años. La directiva está formada por 13 miembros. La Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal, agrupa a 45 sociedades de Patología Gastrointestinal y representa a las sociedades nacionales de endoscopia de todos los países de Europa y varios del área Mediterránea y del norte de África.

El Dr. Javier Pardo, director del departamento de Anatomía Patológica de la Clínica Universitaria de Navarra, ha sido elegido presidente de la Comisión Nacional de Anatomía Patológica y miembro del Consejo Nacional de Especialidades. La duración del cargo de presidente de la Comisión Nacional de Anatomía Patológica es de cuatro años, renovables por otros cuatro.

Portugal en la Clínica

Profesionales de hospitales portugueses visitan la Clínica dentro del programa PADIS de la escuela de negocios portuguesa AESE

Los participantes conocieron de primera mano el funcionamiento de la Clínica.

CUN ■ El Programa de Alta Dirección de Instituciones de Salud (PADIS) que este año ha alcanzado su quinta edición y en el que han participado 29 profesionales de 21 hospitales distintos del norte de Portugal ha vuelto a tener a la Clínica Universitaria de Navarra como uno de sus centros de formación. El programa de colaboración está dirigido a directivos, médicos y otros profesionales de centros hospitalarios del sector público y privado de Portugal. Consta de sesenta sesiones impartidas en Lisboa por profesores de la AESE y profesionales de la Clínica Universitaria de Navarra. Además, durante tres días las jornadas se desarrollan en la Clínica, donde los asistentes tienen oportunidad de conocer in situ los planes de trabajo expuestos. "La mejor forma de conocer un centro hospitalario es ver cómo funciona en el día a día. Estas estancias sirven de complemento a las materias impartidas en Portugal y además ayudan a contrastar experiencias", explica Santiago Tejero, coordinador de las sesiones organizadas en la Clínica. El Programa de Alta Dirección de Instituciones de Salud utiliza como instrumento pedagógico el método del caso. Se trata de un curso teórico-práctico en el que se analizan casos reales de centros hospitalarios y se discuten alternativas de actuación. El objetivo es actualizar los conocimientos de las distintas vertientes que constituyen la gestión sanitaria y optimizar la capacidad de toma de decisiones. Este método se combina con sesiones prácticas y conferencias en las que se transmiten los retos de la medicina y de la gestión hospitalaria del siglo XXI.

Los participantes realizaron visitas guiadas a los departamentos y áreas de mayor interés

El Dr. Juan Luis Alcázar ha sido nombrado vocal de la Sección de Ecografía de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SESEGO). El papel de la SESEGO

es velar por la formación docente y la vertiente investigadora en ecografía de los ginecólogos y obstetras, tanto si se trata de residentes como de especialistas. Los vocales de esta sección se encargan de asesorar a la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en todo aquello que afecta a la práctica de Ecografía.

El **Doctor Beloqui,** nombrado director de la Unidad de Chequeos

CUN ■ El Dr. Oscar Beloqui es Licenciado y Doctor en Medicina, con Premio Extraordinario, por la Universidad de Navarra. Tras realizar la especialidad de Medicina Interna en la Clínica trabajó como Postdoctoral Fellow en el Mount Sinai Hospital de Nueva York. Posteriormente se reincorporó al Departamento de Medicina Interna de la Clínica donde se ha dedicado a labores asistenciales como médico colaborador y consultor.

El **Doctor Sangro,** nombrado director de la Unidad de Hepatología

CUN ■ El Dr. Bruno Sangro Gómez-Acebo ha sido nombrado director de la Unidad de Hepatología. El Dr. Sangro es licenciado en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid y doctor en Medicina, con premio extraordinario, por la Universidad de Navarra. Tras realizar la especialidad de Medicina Interna en la Clínica, se incorporó a la Unidad de Hepatología, donde ha trabajado como consultor.

Calderón y su mujer, sentados, junto a personal de planta y algunos de los niños a los que visitaron.

El presidente del Real Madrid visita la Clínica

CUN ■ El presidente del Real Madrid, Ramón Calderón, visitó la clínica el pasado 11 de noviembre, la víspera del enfrentamiento entre Osasuna y el equipo blanco, en partido de liga, en el estadio Reyno de Navarra. Calderón dedicó especial atención a los niños hospitalizados, a quienes regaló balones, fotos, banderines etc. Ramón Calderón está muy vinculado a la Comunidad foral: estudió la carrera de derecho en la Universidad de Navarra y está casado con María Teresa Galán Otamendi, natural de Pamplona.

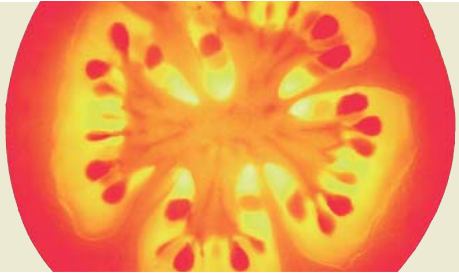
De pie: María José Zabala, la Dra. Isabel Morales, Iñigo Goenaga, José Javier Zárate, Cristina Rodríguez, Javier Mas y Gabriel Canel. Sentados: Pedro Gil, Silvia Salcedo y Daniel Corcuera.

Iñigo Goenaga, director de Operaciones

CUN ■ Iñigo Goenaga ha sido nombrado director de Operaciones de la Clínica para coordinar un equipo de profesionales de diversos ámbitos: bloque quirúrgico, admisión, call center, pruebas diagnósticas, consultas, hospitalización, enfermería, etc. Este grupo facilitará a los departamentos y servicios propuestas de dotación y organización para hacer operativo el compromiso de agilidad asistencial de la Clínica.

ENLACES DEL TRIMESTRE

www.lavidapordelante.com
Es un portal de salud destinado a todas aquellas personas que creen en la prevención y en los hábitos de vida saludables para poder disfrutar de una mejor calidad de vida.



Libros &Webs

EL ENLACE DE LA CLÍNICA

www.cun.es/la-clinica/areas-y-unidades-clinicas/areas-clinicas/patologia-mamaria/

PREVENIR EL CÁNCER DE MAMA
A partir de los 35 años, el riesgo que tiene la mujer de padecer un cáncer de mama aumenta. Las mujeres son cada vez más conscientes de ello y están muy atentas a los pequeños cambios que puedan detectar. Muchas siguen el consejo médico de explorarse una vez al mes. No obstante, en la Clínica Universitaria insistimos en lo importante que es, cumplidos los 40, acudir cada año al especialista para descubrir a tiempo cualquier anomalía que a la paciente pudiera haberle pasado inadvertida.
A veces retrasan su cita por falta de tiempo, pudor, pereza o por simple descuido. Pero está demostrado que la molestia es mínima comparada con el beneficio que la revisión supone.

www.cun.es

LA MEDIDA FORMA PARTE DE LA RENOVACIÓN DE LA PÁGINA WEB DE LA CLÍNICA

El portal viatusalud.com se integra en cun.es

Todos sus contenidos se encuentran en la zona denominada **área de salud**

El diccionario y el especialista son algunas de las secciones que ofrece el área de salud de cun.es

■ La Clínica Universitaria ha puesto en marcha la primera fase de renovación de su web cun.es. Y una de las acciones principales, además del rediseño gráfico, ha consistido en la integración en este portal de los contenidos de salud que conformaban el portal viatusalud.com. Desde ahora, por lo tanto, todos los archivos de salud de este portal se encuentran en cun.es, y más concretamente en la zona denominada "área de salud". El internauta podrá encontrar información sobre enfermedades mediante búsquedas alfabéticas o por grupos de patologías; información sobre medicamentos: qué son, para qué se usan, que precauciones se deben tomar, cuando no deben usarse o que problemas puede ocasionar su empleo. 'Área de salud' también incluye un completo y práctico diccionario de salud en el que su buscador alfabético le facilita el acceso instantáneo a los términos médicos más comunes y especializados. Las pruebas diagnósticas también tienen cabida. Así, se puede localizar información, por ejemplo, sobre pruebas médicas como la angiografía, la broncoscopia, la gastroscopia o la mamografía. Por último, las calculadoras médicas le facilitan el cálculo de su peso ideal, su índice masa corporal, las proteínas que debe consumir a diario o la fecha aproximada de parto.

www.enfermedades-raras.org
Es punto de referencia para todas las personas afectadas por enfermedades poco comunes que pueden causar deficiencias motoras, psíquicas o mentales.

www.respirar.org
El portal sobre el asma en niños y adolescentes con información divulgativa interesante sobre esta enfermedad. De gran ayuda para los padres con hijos que padecen asma.

Prevención

PROPÓNTELO, PROPÓNSELO, EVITAR EL SIDA

Autores: Dr. Jokin de Irala
Editorial: Eunsa
Número de Páginas: 165

■ El sida es una de las epidemias más graves de la Historia y ha sido responsable de más de 25 millones de fallecimientos desde su identificación en 1981. El mundo está más movilizado que nunca ante esta epidemia. Sin embargo, la evidencia desgarradora es que siguen infectándose millones de personas con consecuencias personales, familiares y comunitarias devastadoras.

Algunos opinan que la solución pasa por la utilización extensa de preservativos. Pero ninguna campaña centrada en los preservativos ha conseguido realmente frenar la epidemia. Por el contrario, lo han logrado los pocos países que han recomendado prioritariamente el retraso de la edad de inicio de las relaciones sexuales y la monogamia mutua. Este libro se basa en estudios científicos para intentar arrojar algo de luz sobre esta controversia.

Oncología

RECETAS DE COCINA Y AUTOAYUDA PARA EL ENFERMO ONCOLÓGICO

Autores: Francisca Ruiz Mata, Miguel A. Seguí y Mª Luisa de Cáceres Zurita
Editorial: Mayo
Número de Páginas: 160

■ Uno de los grandes progresos de la medicina moderna ha sido el hecho de confirmar la influencia de los modos de vida, trabajo y del medio ambiente en la frecuencia de aparición del cáncer. En nuestra práctica diaria, entre las recomendaciones que damos a nuestros pacientes, siempre incluimos el consejo de la 'necesidad de seguir unos hábitos sanos', pero rara vez somos muy explícitos al comentar qué es una alimentación con esa bondad. En este libro se explica con todo detalle los fundamentos de una dieta sana para el enfermo oncológico, y se pone a disposición de nuestros pacientes y cuidadores las herramientas necesarias para que puedan seguir unas pautas alimentarias beneficiosas en la prevención de la enfermedad, y para el tratamiento de la mayoría de los problemas digestivos relacionados con la enfermedad o con su tratamiento.

Formación

CÓMO PREVENIR Y CURAR LESIONES DEPORTIVAS

Autores: Alfonso del Corral, Francisco Forriol, Javier Vaquero
Editorial: EUNSA
Número de Páginas: 324

■ La traumatología deportiva es una especialidad médica que despierta cada vez más interés entre los profesionales del deporte y en el público en general, tanto para controlar su propia salud como para entender lo que ocurre con sus jugadores favoritos. Desde conocer el alcance de la ruptura de menisco en una estrella del fútbol, hasta cómo prevenir el codo de tenista o el esguince de clavícula del aficionado al golf, el tema de las lesiones deportivas está en boca de los propios atletas, sus entrenadores, preparadores físicos y fisioterapeutas. Este libro, pretende dar a conocer las bases de algunos de estos traumatismos y de los problemas del sistema músculo-esquelético más comunes en la actividad deportiva diaria. Un libro sencillo de consulta para deportistas, entrenadores y periodistas deportivos, de la mano de especialistas que desarrollan su actividad en campo relacionados con el deporte.

Bienestar

CUIDADOS DE LA PIEL

Autor: Dr. María Pilar Gil Sánchez
Editorial: Everest
Edición: 1ª
Número de Páginas: 216

■ Desde hace siglos la piel ha sido considerada sinónimo de belleza. El deseo y búsqueda de resaltar la belleza de la piel sigue suscitando en nuestros días un interés creciente por su conocimiento y cuidado. Esta actitud tiene su fundamento, en las implicaciones que tiene la apariencia externa en las relaciones sociales. Mostrar una piel saludable es una buena tarjeta de presentación personal. Además dar una 'buena imagen' favorece la autoestima. Estos aspectos conllevan búsqueda y conocimiento de los métodos necesarios para retrasar al máximo el proceso de envejecimiento de la piel. Esperamos que el lector aprenda qué conductas debe tomar y hábitos a adquirir para prevenir, fotoenvejecimiento y aparición del cáncer de piel. Conocerá estrategias de tratamiento para retrasar y tratar, el envejecimiento por la edad así como el inducido por radiación solar.

I Symposium sobre EPOC y Cáncer de pulmón: Detección precoz
Organiza: Dptos. Neumología y Radiología
Fecha: 20 y 21 de marzo de 2007
Contacto: 948 296632, neumología @unav.es

X Curso de Ginecología Oncológica
Organiza: Departamento de Obstetricia y Ginecología. CUN.
Fecha: 23 de marzo de 2007
Contacto: 948 296285, cbolanos@unav.es

Agenda

CONVOCATORIAS

XLIX Reunión Nacional AEHH y XXIII Congreso Nacional SETH
Lugar. Baluarte. Pamplona
Fecha: 25-27 de octubre de 2007
Contacto: 93 285 75 55, www.seth.es

III Curso Internacional Dermatología y Cirugía Cosmética
Fecha: del 30 al 31 de Marzo del 2007
Lugar: Sevilla
Sede: Hotel Barceló Renacimiento
Organizador: Aula Médica Congresos
T 915420955 F 915595172
www.grupoaulamedica.com

6ª Simposio Internacional. Cáncer Ovárico Avanzado: terapia óptima.
Fecha: Marzo del 2007
Lugar: Valencia. Palau de la Música
Organizador: Grupo español de investigación en cáncer de ovario(GEICO)
T 913720203. F 917350454
www.doctaforum.com/geico2007

XV Congreso Europeo de Psiquiatría
Fecha: del 17 al 21 de Marzo del 2007
Lugar: Madrid. Centro Municipal de Conferencias. Campo de las Naciones
Organizador: Asociación Europea de Psiquiatras
T 917720400 F 917210607
www.camponaciones.com
www.kenes.com/aep2007

Cirugía para secuelas de lesiones en la mano

155 especialistas de toda España se reunieron en el VI Congreso Nacional de Traumatología Laboral

■ La cirugía como tratamiento de las secuelas de las lesiones tendinosas de la mano fue una de las cuestiones protagonistas del VI Congreso Nacional de Traumatología Laboral, organizado y presidido por el doctor Carlos Villas, celebrado los pasados 23, 24 y 25 de noviembre en Pamplona. En el encuentro de la Sociedad Española de Traumatología Laboral (SETLA) intervinieron 155 especialistas de toda España.

En la reunión participaron como ponentes facultativos del Departamento de Traumatología de la Clínica Universitaria de Navarra, los doctores Carlos Villas (organizador y Presidente del Congreso), Matías Alfonso (secretario-tesorero del comité organizador) y Santiago Amillo, quien lideró la mesa sobre cirugía de las secuelas de las lesiones tendinosas de la mano. Cabe destacar, que un trabajo de los doctores Alfonso, Villas, Valentí y Florez obtuvo el premio a la mejor comunicación en póster. El doctor Amillo participó como experto de la Clínica Universitaria en cirugía de la extremidad superior en la mesa sobre cirugía de las secuelas de las lesiones tendinosas de la mano. Dichas secuelas se traducen fundamentalmente en rigidez en los dedos debida a adherencias de los tendones, especialmente de los flexores. Por lo general, estas lesiones se resuelven mediante tenólisis, tratamiento quirúrgico que se aplica para liberar los tendones de las adherencias. Se trata de una técnica en la que el Departamento de Traumatología de la Clínica Universitaria posee una gran experiencia.Entre las principales cuestiones que centraron el congreso figura también el síndrome del latigazo cervical. Se trata de una dolencia que surge, habitualmente, como consecuencia de un accidente de tráfico por alcance y con impacto posterior, hecho que provoca un movimiento brusco del cuello. Los especialistas destacaron el elevado número de fraudes laborales que surgen relacionados con este síndrome. Por este motivo, los participantes concluyeron en la necesidad de llegar a un diagnóstico objetivo de las lesiones, principal dificultad de esta dolencia, ya que se trata de una afección que no presenta una patología reconocible.

CONCLUSIONES

1 El tratamiento de las secuelas de las lesiones tendinosas de la mano obtiene buenos resultados mediante tenólisis.
2 El síndrome del latigazo cervical tiene un pronóstico leve en ausencia de lesiones importantes.
3 Buenas expectativas en cirugía aplicada a las lesiones de hombro doloroso.
4 Los hospitales mutuales, muy importantes en la formación de especialistas en Medicina Laboral y en Traumatología.

Programa educativo para profesionales que trabajan con niños con implante coclear
Organiza: Dep. de Otorrinolaringología. CUN.
Fecha: 16 febrero, 27 abril y 15 junio de 2007
Contacto: 948 255400 Ext. 4651

Reunión Internac. de Citometría de Flujo
Organiza: Departamento de Alergología e Inmunología Clínica. CUN.
Fecha: 19 y 20 de marzo de 2007
Contacto: 948 255400 Ext. 4651

Curso de Planificación prequirúrgica de colgajo DIEP y de perforantes con angio-TC 3D
Organiza: Dptos. Radiología y Cirugía Plástica.
Fecha: 30 de marzo de 2007
948 255400 Ext. 3038 mlinzoain@unav.es

El XXVIII Congreso de Oftalmología de la Zona Norte reúne a 140 especialistas

Acudieron oftalmólogos de Navarra, Pais Vasco, La Rioja y Cantabria

Ponentes de la última edición del Congreso de Oftalmología de la Zona Norte, celebrada en Pamplona

CUN ■ La Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra fue la sede del XXVIII Congreso Anual de la Asociación Oftalmológica del Norte que reúne especialistas de todo el norte de la península. En total, participaron en el encuentro, celebrado los pasados 1 y 2 de diciembre, 140 oftalmólogos del País Vasco, Navarra, La Rioja y Cantabria.

Durante el congreso se debatió en varias mesas redondas la actualización y controversias de las siguientes cuestiones: en cirugía refractiva, moderada por el doctor Miguel Maldonado, de la Clínica Universitaria, y el doctor Jaime Aramberri; en cirugía de cataratas, moderada por los doctores Javier Mendicute y Fernando Martínez Sanz; la tercera, sobre glaucoma, moderada por el doctor Javier Moreno Montañés, de la Clínica Universitaria, y el doctor Alberto Martínez Compadre, y, finalmente, sobre patología de retina, moderada por los doctores Alfredo García Layana, también de la Clínica Universitaria y José Antonio López Garrido. En la segunda jornada se celebró una sesión con ponentes, en la que participaron los doctores Javier Mendicute (San Sebastián), Carlos Vergés (Barcelona), Alberto Artola (Alicante), Jeroni Nadal (Barcelona), José María Herreras (Valladolid), Francisco Muñoz Negrete (Madrid) y Gema Rebolleda (Madrid). En estas comunicaciones se repasaron los temas más polémicos de actualidad en oftalmología. También se presentaron un total de 44 comunicaciones sobre cirugía de segmento anterior y posterior, estrabismo, glaucoma, córnea, retina, oculoplastia y oftalmología pediátrica.

Además se hizo entrega de premios a las tres mejores comunicaciones: 'Nuestra experiencia con la queratoprótesis de Boston', 'Síndrome de tracción vitreomacular y membrana hialoidea posterior: conceptos emergentes', y 'Síndrome de iris flácido por Tamsulosina'.

LA CIFRA

44

comunicaciones se presentaron sobre cirugía del segmento anterior y posterior, estrabismo, glaucoma, córnea, retina, oculoplastia y oftalmología pediátrica.

Nuevos tratamientos contra la hepatitis vírica, la cirrosis y el cáncer hepático

CUN ■ La quinta edición del Congreso Fronteras de la Hepatología, organizado por la Clínica Universitaria, el Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) y las Facultades de Ciencias, Medicina y Farmacia de la Universidad de Navarra abordó durante dos días los nuevos tratamientos contra la hepatitis vírica, la cirrosis y el cáncer de hígado. Una treintena de médicos e investigadores procedentes de Francia, Alemania, Holanda, Inglaterra, Suiza, Italia y España presentaron sus ponencias ante más de 150 asistentes pertenecientes a distintas áreas de la hepatología básica y clínica.

"El objetivo principal de este congreso multidisciplinar consistió en propiciar el intercambio de experiencias, así como las colaboraciones y proyectos conjuntos para erradicar las dolencias hepáticas", asegura el Dr. Jesús Prieto, director científico del departamento de Medicina Interna de la Clínica Universitaria y organizador del Congreso, quien recordó la necesidad de establecer nexos entre la investigación básica y la ciencia clínica para terminar con las enfermedades que sufre el hígado. Labor que, según detalló, "deben afrontar facultativos asistenciales, internistas, hepatólogos y gastroenterólogos".

FIRMA INVITADA
MANUEL MUÑOZ

Breve anecdotario de Don Eduardo Ortiz de Landázuri

LLEGUÉ a Pamplona en julio de 1960 con una propuesta de trabajo del Estudio General de Navarra. Encontré a un grupo de médicos jóvenes contagiados de entusiasmo y con el ánimo resuelto a participar en una empresa atractiva, cuyo principal e indiscutible motor era Don Eduardo Ortiz de Landázuri. El profesor Femández Cruz, catedrático de Patología Médica en la Universidad de Barcelona, venía a Pamplona con relativa frecuencia y en uno de sus viajes comentó: "Don Eduardo no es hombre de este mundo. En Granada tenía fama del mejor médico, con buenos ingresos en su consulta particular. Aparte su prestigio como Catedrático de la Facultad de Medicina. Pues aun así, en determinado momento abandonó todo aquel "status" y se trasladó a Pamplona" para iniciar lo que pronto sería una Facultad de Medicina.

Esta es la primera faceta que me gustaría resaltar de Don Eduardo, que hizo caso a la llamada, cumpliendo con el deber de saber elegir el camino correcto.

Seguro que en Granada pocos supieron valorar el profundo significado del sacrificio que personalmente, y para su familia, representaba esta decisión. Muchos años más tarde Don Eduardo lo reconocía en una entrevista. “Entonces ganaba mucho dinero. Pero dejé aquello, porque cuando uno tiene todo, no se tiene ya ilusión. Creo que de haber seguido en Granada hubiera acabado por hacer lo que otros: comprar un cortijo y unos olivos. En Pamplona, solo había una ilusión: levantar una Facultad de Medicina y crear una Clínica Universitaria".

El entusiasmo contagioso, que siempre caracterizó a Don Eduardo, permitió empezar a trabajar. Durante años ayudé a Don Eduardo en su consulta particular y allí aprendí a ser médico. En poco tiempo pasamos de las dependencias iniciales muy limitadas a la Clínica Universitaria donde ya se disponía de más espacio para consultas.

La investigación también fue motivo de atención y pronto se establecieron relaciones con el CSIC que permitieron el comienzo de varias líneas de trabajo.

Por supuesto, Don Eduardo dedicaba especial atención a la docencia y sus lecciones magistrales rezumaban experiencia y conocimiento de la ciencia médica. Don Eduardo era un luchador nato. Recuerdo sus frecuentes viajes a Madrid para entrevistarse con autoridades del Ministerio para conseguir lo mejor para su Facultad de Medicina. En una ocasión don Eduardo me dijo:" La gente dice que trabajo mucho, pero, de verdad Manolo, soy un pedazo de vago de siete suelas" ¿Quién de los que conocimos a Don Eduardo podemos decir que fuera un vago? Uno de los rasgos de su persona era indudablemente su permanente dedicación al trabajo de cada día. No puedo calcular el número de horas que a lo largo del día trabajaba, pero sí puedo decir que casi de madrugada aparecía en la Clínica y era el último en marcharse.

No puedo olvidar tampoco a Don Eduardo como modelo de buen médico. Con frecuencia repito una frase que el tenía a flor de labios "Los enfermitos siempre tienen razón". Cuantas veces pacientes que parecían funcionales o simuladores luego eran portadores de enfermedades incluso graves. El enfermo tenía en Don Eduardo un aliado perfecto. Atendía una y mil veces a sus enfermos sin importarle el tiempo para dedicarles, y conseguía muchas veces el diagnóstico luego de una anamnesis y exploración exhaustivas. Se volcaba en cuerpo y alma hacia sus enfermos a la búsqueda de la causa de sus dolencias.

Esta actitud de Don Eduardo condicionaba la adherencia de todos su pacientes. Soy médico veterano, tengo 70 años y en mis 46 años de profesión no he conocido a otro médico con mayor empatía con sus pacientes y que consiguiera un equilibrio tan ideal en su relación humana.

***Dr. Manuel Muñoz** es Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de León*

PAMPLONA
Ciudad de Congresos

Pamplona es un destino ideal para la celebración de congresos y reuniones de empresa.

Amable y acogedora, es un lugar para disfrutar de sus privilegiados espacios verdes y su rico patrimonio artístico, con una amplia oferta gastronómica, comercial, cultural y de ocio.

Una ciudad moderna y abierta al futuro, con excelentes infraestructuras y todos los servicios para garantizar el éxito de su evento.

Ayuntamiento de Pamplona
Iruñeko Udala

MÁS INFORMACIÓN EN EL TELÉFONO 010 O EN EL TELÉFONO 948 420 100 PARA LLAMADAS DESDE FUERA DE PAMPLONA Y EN LA WEB MUNICIPAL WWW.PAMPLONA.ES

Apartamentos y habitaciones junto a la Clínica Universitaria

- ***Apartamentos de lujo*** en la Avenida Pío XII desde 66 euros al día. Perfectamente equipados y amueblados.
- ***Habitaciones*** desde 32 euros al día.

  Limpieza diaria, cambio de sábanas y toallas.

Gestión de Alojamientos y Servicios Inmobiliarios

Travesía Acella 1, bajo (frente a Clínica Universitaria)
T. 948 250 250
www. gestiondealojamientos.com
info@gestiondealojamientos.com