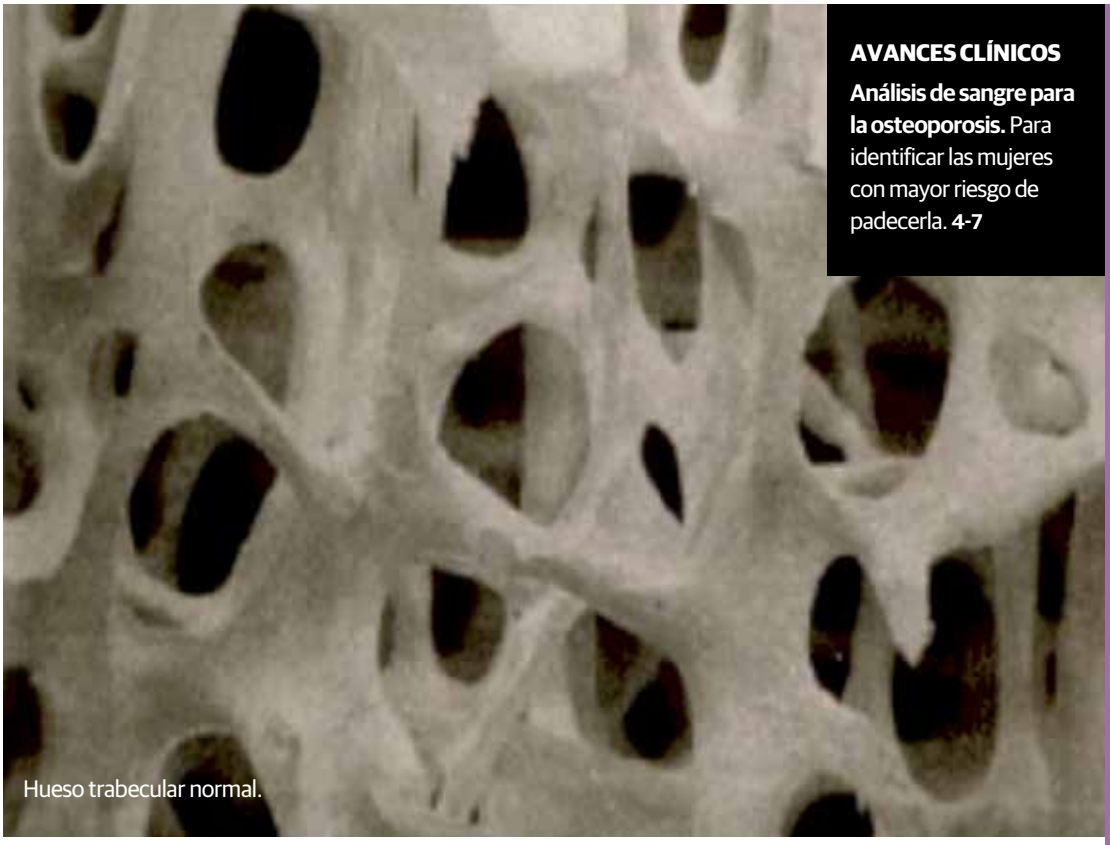
noticias.cun
REVISTA DE LA CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA JULIO - SEPTIEMBRE 2014 NÚMERO 089

Análisis de sangre para identificar el riesgo de osteoporosis

Residentes de 2º año, a examen. La Clínica, pionera en evaluar a sus médicos en formación. **8-11**

Contra el osteosarcoma. Quimioterapia intrarterial y cirugía conservadora, casi un 80% de curaciones. **18-21**

Alergias al huevo y a la leche. Método de desensibilización en una semana. **14-16**



Hueso trabecular normal.

AVANCES CLÍNICOS

Análisis de sangre para la osteoporosis. Para identificar las mujeres con mayor riesgo de padecerla. **4-7**

089

Jul-Sep 2014

Residentes de 2º año, a examen. La Clínica evaluó a sus médicos en formación. **8-11**

Mejor reputación asistencial. El índice MERCO sitúa a la Clínica como primer hospital. **12**

Alergias al huevo y a la leche. Alergólogos aplican un método de desensibilización en una semana. **14-16**

Eficaz tratamiento del osteosarcoma. Quimioterapia intrarterial y cirugía conservadora de la extremidad, cerca de casi un 80% de curaciones. **18-21**

Distinción a un médico hospitalista. El doctor Lucena, 2º europeo 'fellow' de la Sociedad Americana de Medicina Hospitalista. **22**

El doctor Bilbao, medalla de oro de la SERAM. El especialista obtuvo el máximo galardón de la Sociedad Española de Radiología. **23**

Investigación. El método TRT, eficaz para tratar los acúfenos. **24-25**

Historias de la Clínica. Óscar Uranga, doble trasplantado de riñón y corazón.**26-28**

Ensayo Oftalmología. Nuevo fármaco para el síndrome de ojo seco y el dolor ocular.**29**

Actualidad. Las noticias de la Clínica en breve. **34-35**

Libros & Webs. Para estar bien informado en salud. **36-37**

Firma invitada Ignacio Melero catedrático de Inmunología de la Clínica y del (CIMA), y Co-Coordinador del Grupo Español de Inmunoterapia (GEIT).

EDITORIAL

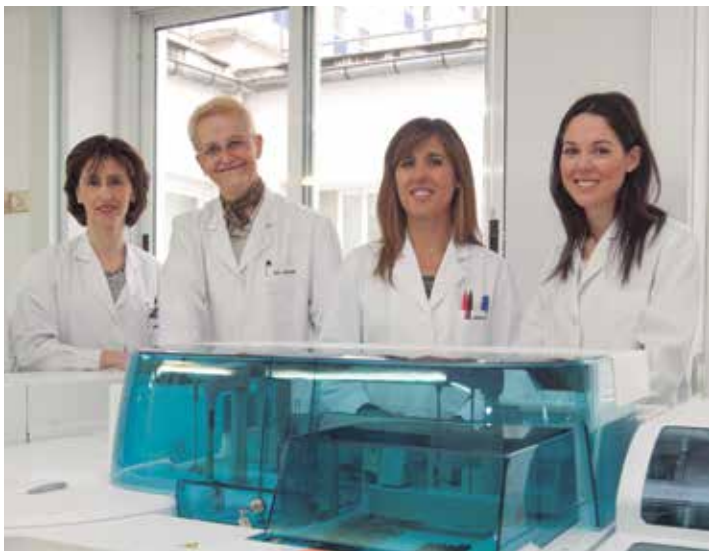
Una apuesta por la formación permanente

La formación continuada es una de las señas de identidad de la Clínica. Todos los profesionales que integran nuestro centro, de manera muy especial los médicos y enfermeras, realizan programas de formación interna y externa para garantizar la plena vigencia de sus conocimientos. Así, son frecuentes las estancias en el extranjero, los proyectos de investigación junto con algunos de los principales centros médicos y científicos del mundo o la realización de exámenes internacionales para obtener las más altas certificaciones de las principales sociedades médicas. Esa doble exigencia de formación continuada y acreditación contrastada se traslada también a los médicos residentes que se forman en la Clínica. En este número de nuestra revista corporativa les informamos sobre la primera edición de la Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECOE) para los residentes de 2º año de todas las especialidades médicas y quirúrgicas. Nuestro centro se convierte así en pionero en aplicar esta evaluación en mitad del período formativo de los médicos especialistas, anticipándose de este modo a la indicación del Ministerio de Sanidad de ofrecer una formación común sólida de las especialidades médicas. Gracias a esta evaluación, los docentes pueden conocer hasta qué punto los especialistas en formación han adquirido estas competencias comunes básicas para el ejercicio médico y, en caso necesario, disponen de un periodo de dos o tres años para arbitrar medidas de mejora que consigan una óptima capacitación de los especialistas que salen de la Clínica. Pero, además, esta evaluación pretende inculcar en los futuros profesionales de la sanidad la necesidad de autoevaluarse y acreditarse periódicamente. Porque la formación permanente es la mejor manera de ofrecer al paciente las mejores y más vanguardistas soluciones.

Noticias de la Clínica Universidad de Navarra. Número 89. Tercer trimestre de 2014. Director General: José Andrés Gómez Cantero. **Director Médico:** Jesús San Miguel Izquierdo. **Director de Comunicación:** Jesús Zorrilla (jzorrilla@unav.es). **Coordinación:** Mónica Ruiz de la Cuesta (mrdelacuesta@unav.es). **Textos:** Mónica Ruiz de la Cuesta y Javier Irurtia. **Infografía:** Heber Longás y Covadonga F. Esteban. **Fotografía:** Manuel Castells (fotos@unav.es). **Responsable comercial:** Marta Chávarri. **Diseño:** Errea Comunicación. **Secretaria de Redacción:** Katrin Astiz (noticiascun@unav.es) T 948 296 497.
Impresión: Castuera. **Edita:** Clínica Universidad de Navarra. **Depósito Legal:** NA-1200/1996. ISSN: 1889-8157.
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. **E-mail:** atpacientecun@unav.es. **Facebook**: http://www.facebook.com/clinicauniversidadnavarra.
Twitter: @ClinicaNavarra. **YouTube:** http://www.youtube.com/clinicauniversitaria. **Flickr:** http://www.flickr.com/photos/clinicauniversidaddenavarra

Un análisis de sangre identifica a las mujeres postmenopáusicas con más riesgo de osteoporosis

Según una investigación de la Clínica, la cuantificación en sangre de tres marcadores de recambio óseo permite seleccionar a las pacientes



Equipo del ensayo. Las doctoras Nerea Varo (Lab. Bioquímica), Amparo Calleja (Dep. Endocrinología), Patricia Restituto (Lab. Bioquímica) y Sonsoles Botella (Lab. Bioquímica), esta última residente y autora de la tesis. Falta la doctora Inmaculada Colina, especialista de Medicina Interna.

CUN ■ Un equipo de especialistas de la Clínica ha demostrado la alta sensibilidad que ofrecen tres marcadores de remodelado óseo a la hora de descartar si una paciente padece o no osteoporosis. Según las especialistas del Laboratorio de Bioquímica Clínica del centro hospitalario, las doctoras Patricia Restituto y Nerea Varo, mediante un simple análisis de sangre se pueden conocer los niveles de los tres marcadores -P1NP, b-CTX y osteocalcina- y detectar así la presencia de un recambio del hueso acelerado. En caso positivo sería necesaria una densitometría para confirmar el diagnóstico.

Así se revela en los resultados obtenidos de un estudio en 152 mujeres navarras, reclutadas por especialistas de la Clínica, las doctoras Sonsoles Botella y Amparo Calleja, e Inmaculada Colina del Departamento de Endocrinología y de la Unidad de Chequeos, respectivamente. Las doctoras Varo y Restituto analizaron una batería importante de marcadores de remodelado óseo, de la que resultaron ser útiles los tres mencionados.

Hasta ahora, el método recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el diagnóstico de la osteoporosis es la densitometría ósea. La pauta general indica la realización de una densitometría únicamente a aquellas mujeres postmenopáusicas que presen-

ten al menos un factor de riesgo de padecer osteoporosis. "Sin embargo -destacan las doctoras Restituto y Varo- existen dos claros inconvenientes en la práctica diaria. Por un lado, la densitometría es una prueba económicamente muy costosa. Por otro, debido a una limitación en el número de equipos disponibles en nuestro país, no a todas las mujeres postmenopáusicas con factores de riesgo se les realiza una densitometría, aunque clínicamente esté justificado". Por esta serie de circunstancias, apuntan las especialistas, "la osteoporosis no se diagnostica en estadios tempranos".

VENTAJAS DE LOS MARCADORES ÓSEOS. Con tal motivo, la finalidad del estudio es encontrar otro método diagnóstico capaz de identificar a las pacientes con mayor riesgo de sufrir osteoporosis. Este trabajo multidisciplinar -desarrollado por analistas, endocrinólogos, internistas, médicos de atención primaria y especialistas en medicina nuclear- ha dado lugar a la defensa de una tesis doctoral, cuya autora es la doctora Botella, y a la publicación de un artículo científico.

La investigación se ha centrado así en la determinación (cuantificación) en sangre de los tres marcadores óseos ya mencionados en mujeres en menopausia temprana. Todas estas pacientes no tenían clínicamente indicada la realización de una densitometría ósea, ni por edad, ni por factores de riesgo. Sin embargo, el 12% de ellas presentaban osteoporosis confirmada por densitometría ósea. La identificación de estas pacientes fue posible gracias a los marcadores óseos. De no haber determinado los marcadores óseos, no se les habría realizado la densitometría ósea y no habrían sido diagnosticadas y tratadas hasta que hubieran sufrido una fractura ósea.

LIMITACIONES

"La densitometría presenta inconvenientes en la práctica diaria. Por un lado, económicamente es muy costosa. Por otro, hay una limitación del número de equipos disponibles en nuestro país, por lo que la osteoporosis no se diagnostica en estadios anteriores".

Doctora Patricia Restituto
LABORATORIO DE BIOQUÍMICA

Según las doctoras Varo y Restituto, este método aporta importantes ventajas. Así, explican que los marcadores de remodelado óseo "son productos de la formación y destrucción de la matriz ósea, que informan de la velocidad del remodelado (recambio) y, por tanto, reflejan la actividad metabólica del hueso". Entre sus principales ventajas describen los marcadores como "determinaciones sencillas, económicas y accesibles a toda la población. Permiten una sospecha de diagnóstico de la enfermedad y, por tanto, un inicio temprano del tratamiento". A los beneficios que aportan los marcadores añaden el

PASA A LA PÁG. 6 >>

La pauta general indica la realización de una densitometría únicamente a aquellas mujeres postmenopáusicas que presenten al menos un factor de riesgo de padecer osteoporosis.

<<VIENE DE LA PÁG.5

hecho de que "presentan una sensibilidad muy elevada que reduce al máximo la presencia de posibles falsos negativos".

POSIBILIDAD DE CRIBADO. "Con esta prueba –precisan las especialistas– sería viable hacer un cribado anual a todas las mujeres navarras postmenopáusicas". Bastaría con realizarles un análisis de sangre y determinar los niveles de los tres marcadores. En las pacientes en las que los marcadores no estén elevados se puede descartar la osteoporosis. En las que se obtengan unos niveles anormales de estos marcadores, se pasaría a confirmar el diagnóstico con una densitometría ósea. "En esta nueva situación, no habría una limitación de equipos disponibles, ya que la prueba de cribado mediante los marcadores de remodelado óseo conseguiría que el número de densitometrías necesarias fuera asumible", concluyen.

REFERENCIA

Traditional and novel bone remodeling markers in premenopausal and postmenopausal women.
Botella S, Restituto P, Monreal I, Colina I, Calleja A, Varo N. J Clin Endocrinol Metab. 2013 Nov;98(11):E1740-8. doi: 10.1210/jc.2013-2264

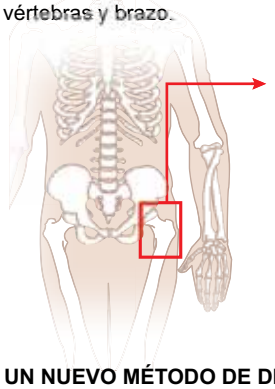
MÁS INFORMACIÓN
Visite la página web
http://goo.gl/ZKM2xO

DETECCIÓN PRECOZ DE LA OSTEOPOROSIS

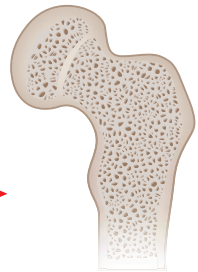
Un estudio detecta marcadores que permiten orientar el diagnóstico de la osteoporosis en fases precoces mediante un análisis de sangre.

OSTEOPOROSIS

Enfermedad que provoca la pérdida progresiva de masa ósea y el aumento de la fragilidad de los huesos, lo que comporta fracturas de fémur, vértebras y brazo.

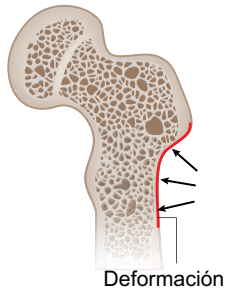


Hueso sano



El hueso en su estado normal es poroso.

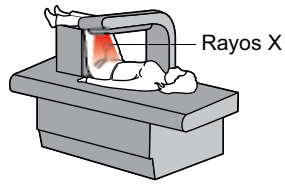
Osteoporosis



Mayor porosidad, deformaciones y aumento del riesgo de fractura.

Densitometría

Método de diagnóstico habitual desde 1994. Mide la pérdida de densidad mineral ósea del hueso y su debilitamiento.



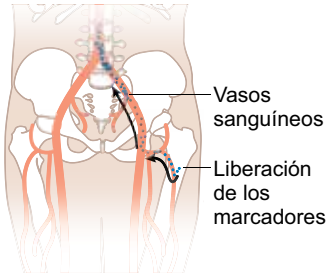
Su precio y la falta de equipos pueden provocar un diagnóstico tardío. Además, las fracturas de estrés confirman la osteoporosis sin que la densitometria lo refleje, lo que hace necesario desarrollar otros métodos diagnósticos.

UN NUEVO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO

Permite detectar la enfermedad antes de que la estructura del hueso se vea alterada. Esto hace que se pueda revertir el proceso de la osteoporosis además de detenerlo.

A Marcadores de remodelado óseo

Son sustancias liberadas en la sangre durante la formación y destrucción ósea. **Reflejan la actividad metabólica del hueso.**



B Análisis de sangre para estudiar los marcadores

La sensibilidad de la prueba y su bajo coste la hacen accesible a toda la población de riesgo y no soloa los grupos de edad más avanzada.

1. Análisis → **2. Diagnóstico** → **3. Confirmación**

LA ENFERMEDAD

La epidemia silenciosa

La osteoporosis ha sido bautizada por la OMS como "la epidemia silenciosa". "Se trata de una enfermedad en la que el paciente sufre una pérdida de masa ósea que puede repercutir en el deterioro de la calidad del hueso. El problema es que el paciente no notará ningún síntoma hasta que sea demasiado tarde ya que antes de la fractura los síntomas suelen pasar desapercibidos, advierte la doctora Amparo Calleja. La osteoporosis es la enfermedad ósea más prevalente. La OMS estima que el 40% de las mujeres mayores de 50 años sufrirá una fractura relacionada con esta dolencia en algún momento de su vida y un 52% en el caso de las mujeres de más de 70 años. "No obstante –observa la doctora Colina–, se calcula que el número real de mujeres con osteoporosis es todavía mayor, un porcentaje que crecerá con el aumento de la esperanza de vida". Ante una incidencia y morbilidad tan importantes, el objetivo principal del médico especialista radica en "diagnosticar a la paciente antes de que se instaure la osteoporosis como tal o, al menos, antes de que sufra la primera fractura ósea, ya que en ese momento los tratamientos son mucho más eficaces y, por tanto, el pronóstico de la paciente es mucho mejor", pudiendo incluso revertir el proceso" subraya.

Las doctoras Nerea Varo y Patricia Restituto observan en la pantalla los niveles de determinación de los marcadores de remodelado óseo.

La osteoporosis en mujeres y en hombres

El útimo trabajo epidemiológico completo desarrollado en España arroja datos sobre la elevada prevalencia de la enfermedad y sus importantes consecuencias.

La osteoporosis es una enfermedad que consiste en "una disminución de la masa ósea y en la alteración de la arquitectura del hueso, lo que conduce a un incremento del riesgo de fracturas por fragilidad", describe la doctora Calleja, especialista del Departamento de Endocrinología de la Clínica.

Del último estudio epidemiológico completo realizado en España sobre la osteoporosis, se desprende que en 2010 se produjeron 200.000 nuevas fracturas por fragilidad: 40.000 de cadera; 30.000 de vértebras; 30.000 de antebrazo y las 100.000 restantes, en el húmero y otras localizaciones.

A la vista de estos datos, la especialista señala que "conviene tener en cuenta que el 54% de las fracturas se produjeron en personas que en un estudio de densitometría ósea no presentaban osteoporosis, lo que ha llevado a buscar y utilizar otras herramientas, además de la densitometría, para poder diagnosticar y tratar a tiempo la osteoporosis". Cabe destacar que del conjunto de los pacientes fracturados, sólo el 19% estaban previamente tratados, porque del resto se desconocía que padeciesen osteoporosis.

Con tal motivo, la doctora Calleja aconseja estudiar especialmente a tres colectivos de personas: mujeres mayores de 65 años, varones mayores de 70 años y, además, habría que analizar al grupo de mujeres y varones que presenten factores de riesgo debido a alguna enfermedad o a la toma de fármacos que disminuyen la masa ósea.

En definitiva, las personas que deben recibir tratamiento para la osteoporosis son aquellas que hayan sufrido una fractura de estrés (no causada por traumatismo), "casos en los que no es necesario realizar una densitometría ósea", afirma la doctora. Asimismo, deberá administrarse tratamiento a aquellas personas que, según el índice Frax (desarrollado por la Universidad de Sheffielf y adoptado por la OMS), presenten riesgo de sufrir, en los 10 próximos años, fractura de cadera o en otras localizaciones.

LA CIFRA

200.000

Nuevas fracturas se produjeron en el año 2010 por fragilidad. 40.000 de ellas fueron de cadera, 30.000 de vértebras y otras 100.000 se produjeron en el húmero y otras zonas.

Los residentes de 2º año se examinan de las competencias médicas básicas

La Clínica es centro pionero en evaluar las aptitudes básicas a los médicos en la mitad de su período formativo como especialistas

El presidente de la Comisión de Docencia de la Clínica Universidad de Navarra, el doctor Juan Pastrana, junto a la responsable y coordinadora de las pruebas ECOE y especialista de la Clínica, la doctora Arantza Campo, en el Centro de Simulación de la Facultad de Medicina.

CUN ■ La Clínica ha celebrado recientemente la primera edición de la Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECOE) para los residentes de 2º año de todas las especialidades médicas y quirúrgicas. El centro hospitalario se convierte así en pionero en aplicar esta evaluación en mitad del período formativo de los médicos especialistas, anticipándose de este modo a la indicación del Ministerio de Sanidad de ofrecer una formación troncal (común) sólida de las especialidades médicas. "Mediante esta evaluación pretendemos conocer hasta qué punto todas las especialidades han adquirido estas competencias troncales básicas para el ejercicio de nuestra profesión. Lo hemos realizado en este momento anticipándonos a las recomendaciones del Ministerio porque nos parece esencial y porque contamos con una masa crítica, tanto de profesorado como de instalaciones idóneas, que nos han permitido ponerlo en marcha", detalla el doctor Juan Pastrana, presidente de la Comisión de Docencia de la Clínica Universidad de Navarra.

El especialista y profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra considera que "resulta muy positivo disponer de una imagen general y particular de la formación de nuestros residentes". El hecho de realizar la ECOE en mitad del período de residencia permite, según el doctor Pastrana, "disponer de un periodo de dos o tres años para arbitrar, en caso necesario, medidas de mejora que consigan una óptima capacitación de los especialistas que salen de la Clínica".

Una residente ausculta al robot maniquí en el Centro de Simulación para realizar un diagnóstico de la enfermedad que presenta.

La ECOE de especialidades ha consistido en la emulación de 15 estaciones o escenarios clínicos reales. "Es importante plantear numerosos escenarios porque de este modo podemos evaluar múltiples competencias", argumenta la responsable y coordinadora de este sistema de evaluación en la Clínica Universidad de Navarra, la doctora Arantza Campo. Así, en la actual evaluación se han expuesto "diversas situaciones clínicas en las que los residentes tenían que desarrollar una serie de competencias dirigidas a solventar realidades tipo la confección de una historia clínica, una exploración física, la interpretación de pruebas diagnósticas, habilidades de razonamiento clínico en la toma de decisiones y habilidades de comunicación, tanto escrita como oral, con el paciente o entre colegas", describe la especialista.

PASA A LA PÁG. 10 >>

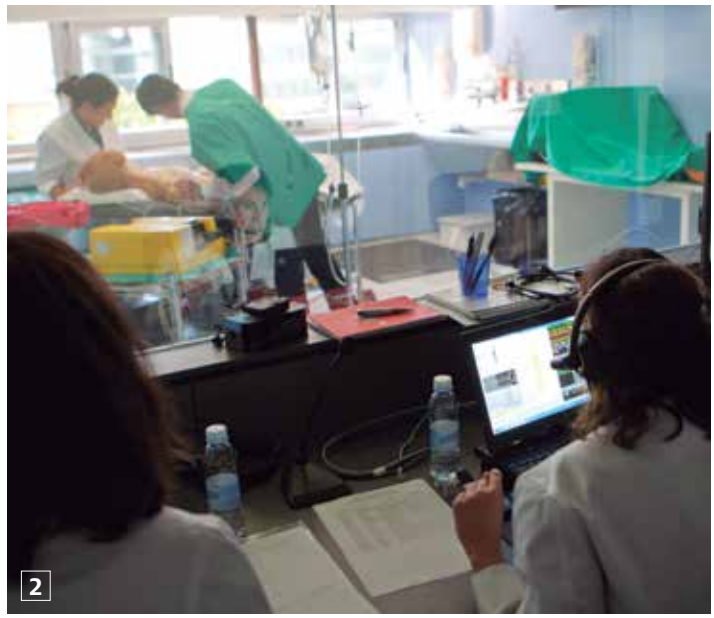
LOS EXAMINADOS

Una 'autoevaluación' para los residentes

Belén Hernando es residente de 2º año en la especialidad de Anestesia en la Clínica. Ella fue una de los 23 especialistas en formación que realizó recientemente la ECOE. Admite que "durante los cuatro años de residencia, el objetivo principal es formarnos como especialistas". Sin embargo, reconoce que "no debemos olvidar que todos somos médicos y que por tanto, todos debemos adquirir unos conocimientos básicos comunes". Por este motivo, considera que las pruebas prácticas de la ECOE, "constituyen una forma de autoevaluación personal que permiten conocer en qué nivel estamos de esos conocimientos y aprovechar los dos años que todavía nos quedan de residencia para alcanzar esos objetivos y, de este modo, llegar a ser muy buenos profesionales". En total, recuerda, "la duración de las pruebas fue de 3 ó 4 horas. A cada uno nos han parecido unas más difíciles que otras, según nuestra especialidad. Por ejemplo, para mí, que soy de Anestesia, tuvo más dificultad elaborar un informe de alta que atender una parada cardiorrespiratoria, algo a lo que estoy acostumbrada".

A Juan Buades, médico residente de 2º año de la especialidad de Medicina Interna en la Clínica, este método de evaluación le ha parecido "muy interesante, ya que en un solo día hemos visto múltiples áreas, lo que nos sirve de refresco para repasar las aptitudes que debemos tener". Además, añade que, según las carencias que se observen en los resultados de la evaluación, "podemos solicitar cursos de refuerzo para repasar esas aptitudes médicas que debemos tener y cuyas habilidades debemos repasar para consolidar estos conocimientos".

En conjunto, el doctor Buades considera este método de evaluación "muy positivo como termómetro que refleja en qué punto estamos de esos conocimientos troncales para saber si realmente hemos adquirido esas competencias o tenemos carencias que debemos corregir".



<<VIENE DE LA PÁG.9

Las 15 pruebas se desarrollaron en el Centro de Simulación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, dotado de maniquís de alta fidelidad capaces de reproducir las constantes fisiológicas de una persona, el estado de salud y de enfermedad, de reaccionar a la medicación y a diversas pruebas, además del equipamiento médico necesario. “De este modo, -subraya la doctora Campo-, podemos evaluar multitud de aspectos de la forma más objetiva posible, mediante un sistema denominado de rúbricas. En cada una de las estaciones recreadas se evalúan diferentes aspectos de esas competencias, lo que nos permite obtener una idea global de la formación que pretendemos conseguir en los residentes”.

La especialista destaca la ventaja de contar con un centro de simulación de última tecnología, “ya que nos ha facilitado la recreación de muchas situaciones clínicas de emergencia, anafilaxias o problemas cardiacos, entre otros. En definitiva, situaciones muy reales”, apunta.

La doctora Campo añade como una de las principales ventajas que ofrece el centro de simulación, “el hecho de que nos permite repetir, ensayar y entablar discusión con los residentes sobre cómo se han comportado, las sensaciones que han tenido o las dudas que se les han planteado. De este modo, se les puede formar muy bien”.

1. El doctor Andrés Valentí, de Cirugía Ortopédica y Traumatología, observa un ejercicio de un médico residente.
2. Al fondo, una residente y un técnico del Centro de Simulación en un simulacro de una urgencia hospitalaria. En primer plano los doctores que controlan la prueba.
3. Una residente observa la colocación de la mascarilla en el maniquí robótico, mientras las constantes de este 'paciente' se reflejan en la pantalla.
4. El doctor López, tutor y especialista en Anestesia, comenta una prueba con una residente.
5. Una médico en formación de una especialidad quirúrgica recibe información sobre el maniquí paciente, recién intervenido, que deberá evaluar.

ECOE quirúrgico, 14 pruebas

Divididos en 4 bloques, en estos exámenes se valoraban aspectos quirúrgicos comunes a todas las especialidades.

Los residentes de 2º año de las especialidades quirúrgicas tuvieron su ECOE específico. El responsable de la organización de las pruebas fue, en este caso, el doctor Fernando Martínez Regueira, especialista en Cirugía General. Los médicos en formación de esta disciplina tuvieron que desarrollar un total de 14 pruebas, divididas en 4 bloques, "en los que se valoraban aspectos quirúrgicos comunes a todas las especialidades de cirugía".

El primero de dichos bloques se centraba en la valoración específica que es necesario realizar a un paciente que entra en quirófano y en su vigilancia postoperatoria. El coordinador detalla las pruebas: "La determinación de la existencia de riesgos especiales debido a enfermedades asociadas, el control del dolor postoperatorio y el diagnóstico diferencial de la fiebre. En estos escenarios contamos con la colaboración de médicos especialistas que hacían de actores y que valoraban los conocimientos del residente". En una prueba adicional el residente debía reordenar toda la información obtenida con los pacientes-actores y transmitírsela a un médico especialista. En otros dos escenarios del mismo bloque se evaluaron problemas habituales: "Se realizaban dos pruebas importantes en todo postoperatorio: el cálculo del balance en el control de líquidos y la detección de complicaciones respiratorias postoperatorias. Para la valoración respiratoria se empleo un maniquí robot del Centro de Simulación de la Facultad de Medicina que puede programarse con distintos patrones de auscultación: neumonía, derrame, neumotórax..... El examinado debía auscultar y seleccionar entre varias diferentes la radiografía de tórax compatible con el cuadro clínico del operado. "Gracias a la colaboración de la doctora García del Barrio de Radiología y a las instalaciones del Centro de Simulación se pudo reproducir una situación clínica real", subraya el doctor Martínez Regueira.

Los escenarios propios de técnicas de suturas estuvieron coordinados por la doctora Cristina Aubá de Cirugía Plástica. Las pruebas se centraron en la valoración de la atención de heridas y en la realización de técnicas quirúrgicas. La especialista evaluó cómo el residente escogía el material de suturas y el tipo de técnica más adecuada y como la realizaba.

La atención al paciente aquejado de un traumatismo importante constituyó otro de los escenarios de simulación. Coordinado por el doctor Juan Pons de Traumatología, se contó con uno de los maniquís más sofisticados que modifica sus parámetros de tensión, pulso,... en función de las órdenes de tratamiento que indique el residente. "El examinado debía decidir qué medidas tomaba: poner un suero a una determinada velocidad , pedir una placa, valorar la intubación...La situación del paciente-maniquí empeoraba o mejoraba según fueran de acertadas sus indicaciones", explica el especialista. Al finalizar la prueba el doctor Pons repasaba con el residente su actuación y los puntos mejorables

Las pruebas han servido para que los propios residentes se evalúen y mantengan un nivel de autoexigencia.

Una parada cardiorrespiratoria y la correspondiente reanimación de un maniquí simulador fue otro de los escenarios por los que tuvieron que pasar los residentes quirúrgicos, en este caso, coordinado por un anestesista, el doctor Antonio Martínez Simón.

En conjunto, el responsable de la ECOE quirúrgica entiende que "las pruebas han servido para que los propios residentes se evalúen y mantengan un nivel de autoexigencia". Considera asimismo que la ECOE ha permitido recordar las posibilidades para la formación de especialistas del Centro de Simulación y que "los profesores puedan detectar mejor los puntos en los que es preciso incidir más en cada departamento".

La Clínica, hospital con mejor reputación asistencial de España

El índice MERCO ha vuelto a distinguir a la Clínica como el hospital con mejor reputación.

Según el ranking sectorial sanitario elaborado por el Monitor Empresarial de Reputación Corporativa (MERCO)

CUN ■ La Clínica es el hospital con mejor reputación de España en el sector de la asistencia sanitaria, según el ranking elaborado por el Monitor Empresarial de Reputación Corporativa (MERCO) para el año 2014. La aseguradora Sanitas es la compañía que ocupa el primer lugar en esta clasificación sectorial y la Clínica Universidad de Navarra, el segundo como empresa y el primero como hospital. Se trata de la cuarta ocasión en que la Clínica recibe el reconocimiento al mejor centro hospitalario en reputación asistencial otorgado por MERCO en sus últimas cinco ediciones.

El Monitor Empresarial de Reputación Corporativa es un instrumento de evaluación similar al que publica la revista Fortune en Estados Unidos. Desde el año 2000, MERCO se ocupa de medir la reputación de las empresas que desarrollan su actividad en España. Catorce años después es uno de los monitores de referencia en el mundo gracias a su metodología, ya que es el único del mundo con cinco evaluaciones y doce fuentes de información, avalado por el Instituto de Análisis e Investigación, primer grupo independiente de estudios de mercado de España. Además, MERCO 2014 cuenta con el informe de revisión independiente que realiza la auditora KPMG, por lo que, según señala la organización, se convierte en el primer monitor de reputación verificado en el mundo. Toda la metodología, así como los criterios de ponderación de MERCO son públicos y pueden consultarse en la web: www.merco.info

Es la cuarta ocasión en que la Clínica recibe el reconocimiento al mejor centro hospitalario en reputación asistencial concedido por MERCO en sus últimas cinco ediciones

MERCO surge como una investigación universitaria en el seno de la cátedra del profesor Justo Villafañe en la Universidad Complutense de Madrid y se materializa gracias al acuerdo entre Villafañe & Asociados, el Grupo Vocento y Análisis e Investigación.

Superar la alergia al huevo y a la leche en sólo una semana

Especialistas de la Clínica desensibilizan, en menos de 7 días, a pacientes pediátricos con alergias leves o moderadas a estos productos

CUN ■ Especialistas de la Clínica consiguen que pacientes pediátricos con alergia al huevo o a la leche se desensibilicen en menos de una semana. El método de desensibilización convencional empleado para suprimir la alergia a estos dos alimentos básicos requería de un proceso de dos meses, en el caso del huevo, y de tres a cuatro meses, en el de la leche. Con la nueva pauta adoptada, en menos de siete días, y mediante una terapia de exposición progresiva al alimento los especialistas de la Clínica eliminan las reacciones alérgicas a ambos productos.

Las alergias al huevo y a la leche, como alimentos básicos que son, tienen una repercusión importante en la calidad de vida de los pacientes afectados, dada su presencia en multitud de alimentos elaborados y en gran cantidad de productos cocinados. "Aproximadamente un 80% de los niños supera esta alergia de forma espontánea a los tres años de edad. Sin embargo, existe un 20% que no lo hace", describe la doctora Mª José Goikoetxea, especialista del Departamento de Alergología e Inmunología de la Clínica Universidad de Navarra.

De izda a dcha, los doctores Michael Urbain, Rubén Martínez (Laboratorio), Mª Luisa Sanz (directora Laboratorio) y Carmen D`Amelio, la auxiliar Vanesa Ayuso, la doctora Mª José Goikoetxea, la técnico de Laboratorio Sonia Ariz, la doctora Marta Ferrer (directora Alergología), la técnica de Laboratorio Mª Angeles Salgado, la doctora Olga Matute, las enfermeras Fabiola Losantos y Maite Urtasun y el doctor Gabriel Gastaminza.

El tratamiento es sencillo. Fundamentalmente se basa en reeducar a las células que reaccionan ante alimentos inocuos como la leche o el huevo. "Esta reeducación consiste en administrar cantidades muy pequeñas de estos productos, inicialmente mínimas, y cuyo volumen se aumenta de forma progresiva semanalmente. Los incrementos del alimento que provoca la alergia se realizan siempre en el recinto hospitalario, de forma que el paciente esté en condiciones de seguridad mientras su organismo va asimilando estas sustancias sin reaccionar contra ellas", detalla la especialista. El objetivo de la desensibilización es, en el caso de la leche, llegar a poder ingerir un vaso de 200 ml y en el del huevo, un huevo frito o en tortilla tres veces por semana.

REDUCIR PLAZOS A UNA SEMANA Para poder reducir los plazos de efectividad a tan sólo una semana, los aumentos de dosis se efectúan diariamente de forma consecutiva. Es decir, al paciente se le administran varias dosis en un mismo día, aumentando la cantidad progresivamente durante varios días consecutivos. "Cuando la sensibilización al producto es baja y si el sistema inmune del niño lo permite, la 'dosis objetivo' puede conseguirse en cinco días. En el caso del huevo esta dosis consiste en un huevo frito

PASA A LA PÁG. 16 >>

LA FRASE

"Aproximadamente un 80% de los niños supera esta alergia de forma espontánea a los tres años de edad. Sin embargo, existe un 20% que no lo hace".

Doctora Mª José Goikoetxea
ESPECIALISTA DEL DPTO. DE ALERGOLOGÍA

El método de desensibilización convencional empleado para suprimir estas alergias requería de un proceso de dos meses, en el caso del huevo, y de tres a cuatro meses, en el de la leche.

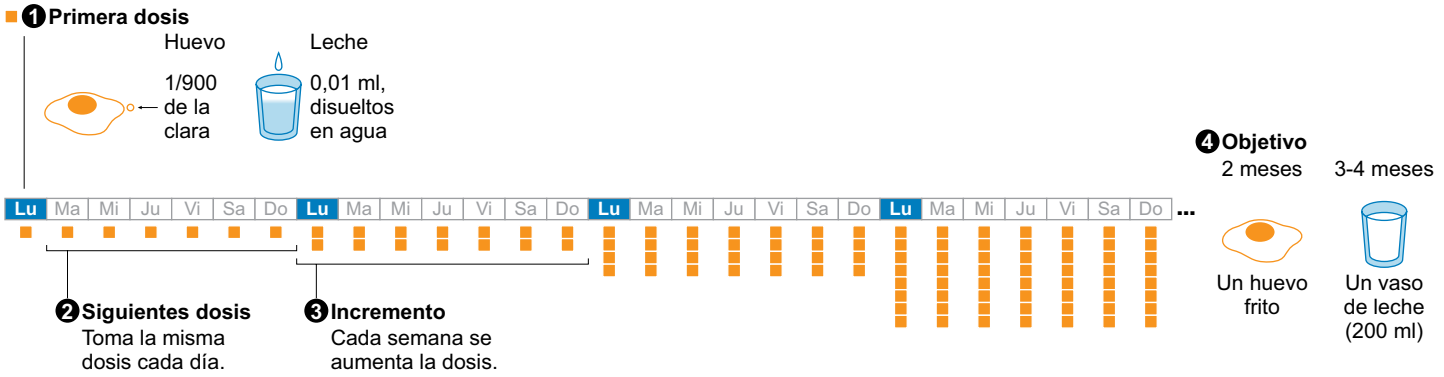
La doctora Goikoetxea observa las constantes del paciente pediátrico, medidas por la enfermera Maite Urtasun.

ELIMINAR LA ALERGIA AL HUEVO O LA LECHE

Los pacientes alérgicos a leche o huevo toman cantidades crecientes del alimento hasta que lo toleran

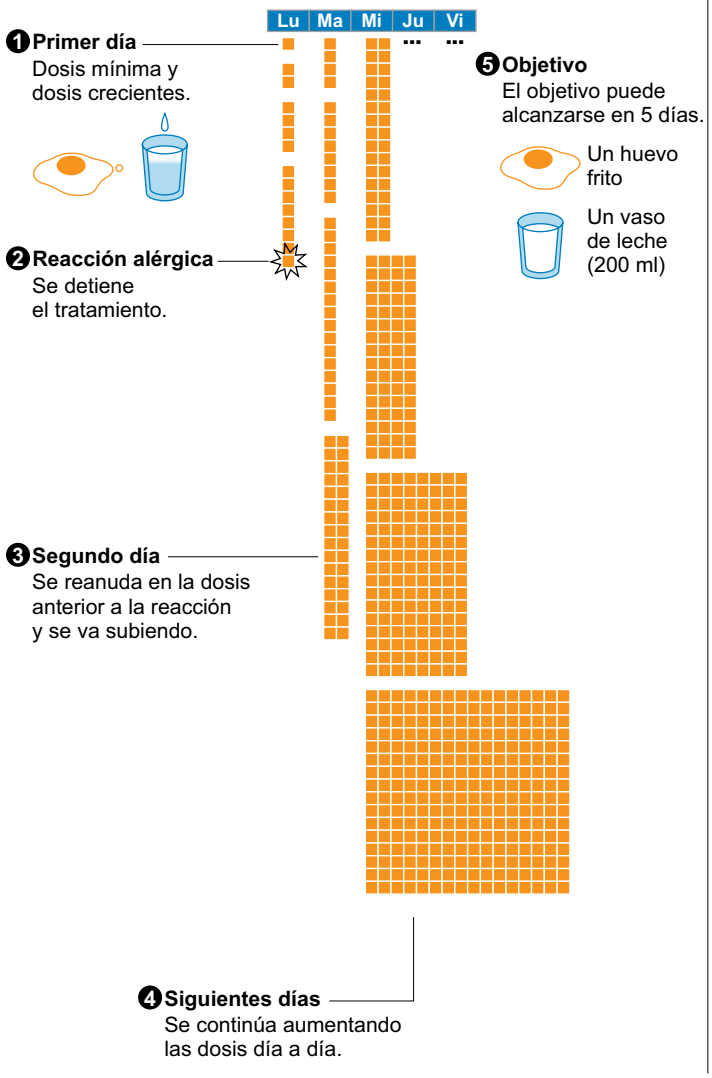
MÉTODO TRADICIONAL

El paciente toma pequeñas cantidades del alimento al que es alérgico y va aumentando la dosis hasta tolerar una ración completa.



NUEVO TRATAMIENTO

En un mismo día se toman cantidades crecientes del alimento. El objetivo puede alcanzarse en 5 días.



<<VIENE DE LA PÁG.14

y en el de la leche, 200 ml", indica la doctora Goikoetxea. Este proceso de desensibilización "exprés" está indicado para pacientes con una sensibilización no muy elevada a estos alimentos y una edad comprendida entre los 4 y los 10 años. Una edad mayor dificulta la aceptación de los alimentos a los que se tiene sensibilización por parte del sistema inmunitario del paciente.

EXPOSICIÓN DIARIA. El protocolo de exposición al alimento comienza el primer día con "una provocación para que ocurra una reacción. Se pretende esta reacción porque se trata de localizar el umbral en el que se produce la reactividad en ese niño. A partir de esa reacción, se aprovecha que las defensas quedan 'noqueadas', de forma que al día siguiente se comienza desde la mayor dosis tolerada sin reacción. A partir de ese momento se empieza a construir la desensibilización", señala la alergóloga.De este modo, si la reacción se produce con dosis muy pequeñas, la desensibilización tardará más en conseguirse. "Pero si ocurre con una dosis muy alta podría conseguirse la desensibilización en menos de 5 días", expone. En esta pauta rápida se administran antihistamínicos a partir del segundo día, en dosis similares a las que se manejan en una dermatitis atópica o en una rinitis. Una vez que el paciente llega a tolerar la 'dosis objetivo', debe seguir una pauta constante de consumo diario del producto al que reaccionaba su organismo. "Esta sería la fase de mantenimiento –indica la doctora–. El paciente debe tomar un vaso de leche diario o un huevo tres días a la semana, ya que si eliminamos el estímulo, podríamos perder la tolerancia adquirida". Se trata en definitiva de que las defensas del paciente actúen con normalidad ante situaciones tan inocuas como comer huevo o beber leche. La especialista muestra su satisfacción ante los resultados obtenidos, ya que comprobar cómo, tras el tratamiento, un niño es capaz de comer bizcocho o un huevo frito o un yogur en el caso de alergia a la leche, "y, sobre todo, no tener que revisar las etiquetas de todos los productos que consume, es algo muy importante para la calidad de vida del paciente y de su familia.

Cerca de un 80% de curación en pacientes con osteosarcoma tratados con quimioterapia

La técnica quirúrgica del doctor Cañadell, que permite preservar la articulación y gran parte del potencial de crecimiento, es emulada por otros centros

CUN ■ "Peio tenía un osteosarcoma en el tercio distal de la tibia, junto al tobillo. Esta localización añade un cierto plus de complejidad a la reconstrucción de la tibia y del tobillo tras la extirpación del tumor. Ante un caso como éste, en otros centros aconsejan la amputación de la extremidad", describe el doctor Mikel San Julián, especialista del Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Clínica y responsable del Área de Tumores Muscoloesqueléticos.

El osteosarcoma es un tumor maligno o cáncer óseo que se caracteriza por la formación incontrolada de hueso por parte de las células malignas. Para su tratamiento, apunta el doctor San Julián, "resulta de vital importancia que se diagnostique de la forma más temprana posible, pues cuanto antes se detecte, las posibilidades de supervivencia son mucho mayores. De lo contrario, las opciones de desarrollar una metástasis son muy altas".

En general, "los tumores óseos tienen baja incidencia en la población. Es muy importante tratar a los pacientes que los padecen en centros con experiencia", determina. Una afirmación avalada por los datos. "La supervivencia en los sarcomas óseos tratados en la Clínica es superior, de media, al 75% a muy largo plazo (más de 15 años). Y la conservación de la extremidad es superior al 95%".

TRATAMIENTO CAÑADELL PARA CONSERVAR LA EXTREMIDAD. El tratamiento quirúrgico que se le aplicó a este paciente pediátrico de 11 años fue el que ideó, en 1984, el doctor Cañadell, primer director de Traumatología de la Clínica y ex director médico de este centro hospitalario. "Este procedimiento que hoy en día continúa siendo innovador, consigue salvar la extremidad. En el caso de Peio se ha salvado no sólo la pierna, sino también el tobillo", subraya el traumatólogo.

La técnica consiste en colocar un fijador externo o distractor unos días antes de la intervención para conseguir fracturar el hueso a través del cartílago de crecimiento, en este caso, situado en la articulación entre el tobillo y la pierna. "De este modo, se preserva la articulación y gran parte de ese cartílago de crecimiento. Después se puede reconstruir la zona del tumor que se ha extirpado implantando un injerto, en el caso de Peio fue del banco de tejidos. Lo que esta técnica consigue, en definitiva, es obtener un margen seguro a través del cartílago de crecimiento".

UNA TÉCNICA 'NOVEDOSA' DE HACE 30 AÑOS. A pesar de que el doctor Cañadell desarrolló

Los doctores San Julián y Sierrasesúmaga, responsables del diagnóstico y tratamiento del osteosarcoma de Peio, quien sonríe entre ambos unos meses después de la terapia.

este procedimiento hace tres décadas, el doctor San Julián relata cómo actualmente se acercan a la Clínica traumatólogos de todo el mundo (Italia, Holanda, Inglaterra, Japón o Brasil) para conocerla. En esta línea, la intervención de Peio para la colocación del distractor estuvo observada por un grupo de media docena de especialistas de Birmingham (Reino Unido), interesados en aprender la técnica. Y es que, según destaca, "los resultados funcionales son realmente espectaculares".

En concreto, la respuesta de Peio al tratamiento "ha sido muy buena", valora el especialista. El conjunto de la terapia que se le administró a este paciente pediátrico consistió en tres ciclos de quimioterapia intraarterial antes de la cirugía. Este tipo de quimioterapia, de compleja administración, se aplica directamente en la zona afectada por el tumor. En la Clínica es el doctor José Ignacio Bilbao, responsable del Servicio de Radiología Intervencionista, el especialista experto en este tratamiento. "De hecho, en el estudio de la pieza del tumor resecada (extirpada) tras la quimioterapia previa a la cirugía, se evidenció un porcentaje elevadísimo de células tumorales muertas, casi en su totalidad. Después de la intervención se le administraron unos ciclos más", explica San Julián.

Un año después del tratamiento, Peio es capaz de andar con el apoyo ocasional de una sola muleta, de hacer deporte y realizar una vida normal.

ELEVADA CURACIÓN. El doctor Luis Sierrasesúmaga, espe-

PASA A LA PÁG. 21 >>

TRATAMIENTO DE OSTEOSARCOMAS

La Clínica, referencia internacional

En los últimos 20 años, en la Clínica se han tratado mas de un millar y medio de tumores óseos primarios malignos. En el osteosarcoma, el más frecuente, la supervivencia se sitúa por encima del 75% a los 10 años y en el 90% de los casos conservan la extremidad superior.

La Clínica fue uno de los primeros centros del mundo en implantar programas de cirugía conservadora de la extremidad, junto con los tratamientos adyuvantes oportunos. Desde los años 80, más de 1.500 pacientes con sarcomas óseos han sido tratados en este centro médico. Dado que es una patología muy poco frecuente, hay muy pocos hospitales con experiencia. A la Clínica acuden pacientes de todas las regiones españolas y de muchos otros países.

Mónica Sunsundegui "A Peio se le ve feliz, con ganas de quitarse la única muleta que usa"

Mónica Sunsundegui, madre del paciente pediátrico Peio Nicolarena tratado hace un año y hoy curado de un osteosarcoma por los especialistas de Clínica

CUN ■ "Hace un año, aprovechando las vacaciones escolares, fuimos a esquiar. Resulta que a Peio no podíamos atarle una de las botas. Nos pareció algo muy extraño y, al mirarle, vimos que tenía la zona del tobillo muy abultada", recuerda Mónica Sunsundegui, madre del paciente de 11 años, Peio Nicolarena. Con tal motivo, esta familia guipuzcoana, de la localidad de Hondarribia, acudió al médico con el niño. El diagnóstico no se hizo esperar: "Peio tenía un tumor, un osteosaracoma, y había que tratarlo rápidamente".

A su corta edad, el propio paciente asegura encontrarse bien, "y que el tratamiento ha ido bien. En la última revisión me lo han dicho y estoy muy contento". A día de hoy, Peio, gran aficionado al fútbol y en concreto al equipo de su tierra, la Real Sociedad, apunta que de momento utiliza una muleta para andar de vez en cuando y que su actividad deportiva actual se centra en nadar y andar en bici.

El paciente indica que la terapia "no ha sido tan dramática como se puede pensar. Además, cuando volví al colegio después del tratamiento, me recibieron súperbien". En cuanto a la actividad escolar, su madre confirma el buen acogimiento de sus compañeros: "La experiencia de Peio les ha servido a todos para desdramatizar y tratar esta enfermedad como una más".

Con ese abultamiento que advirtieron al ponerle la bota de esquiar, ¿Peio no se había quejado?
Alguna vez se había quejado, pero pensamos que eran "crecederas". Además, la cuestión era un poco caprichosa porque no se quejaba siempre, sino que coincidía que se quejaba cuando hacía deporte. Por eso pensábamos que no tenía ganas de deporte. Luego piensas: 'Y si le hubiésemos hecho caso...'.

¿Por qué decidieron traer a su hijo a la Clínica?
Yo tengo una buena amiga mía que trabaja aquí. Me dijo que pidiera opinión a los especialistas de la Clínica. Al llegar, nos explicaron cómo iba a ser el tratamiento, la cirugía y la quimioterapia, y vimos que iba a ser diferente al de otros centros. Nos explicaron la técnica quirúrgica del doctor San Julián y la de aplicación de la quimioterapia intrarterial del doctor Bilbao, que va directamente al tumor y nos decidimos por el tratamiento de la Clínica. La verdad es que ha sido un lujazo.

Una intervención ideada por el doctor Cañadell hace ahora 30 años pero que sigue despertando el interés de todo el mundo.
Es cierto, porque a la operación de Peio vinieron unos especialistas de Birmingham y estuvieron viéndola en quirófano mientras el doctor San Julián operaba.

Ahora se les ve muy bien a toda la familia. ¿Cómo reaccionaron cuando le diagnosticaron a Peio el osteosarcoma?
Éramos conscientes de la gravedad, pero creo que, cuando se ve solución, estas cuestiones hay que llevarlas de una manera un poco naïf, sin plantearse mucho más allá, porque si no te puedes venir abajo. Y lo cierto es que ha salido todo de maravilla.

La de Peio fue una intervención con público experto. ¿Le dio buenas noticias el doctor San Julián al salir del quirófano?
Él salió a decirnos que todo había salido bien. Le acompañaban los doctores ingleses que habían venido a presenciar la cirugía. Entonces el doctor San Julián les preguntó qué habrían hecho ellos ante un caso como el de Peio. Y ellos dijeron: 'amputar'. Entonces pensé: 'nos hemos librado de una gorda'.

> "Al llegar, nos explicaron cómo iba a ser el tratamiento, la cirugía y la quimioterapia, y vimos que iba a ser diferente al de otros centros".

> "Peio ha tenido momentos de pasarlo mal, pero aquí siempre hemos tenido personas que nos han simplificado mucho las cosas".

A pesar de lo bien que se encuentra Peio, el conjunto del tratamiento debe ser muy duro y más para un niño.
Ha sido duro. A partir de abril del año pasado, le dieron 10 sesiones de quimioterapia cada tres semanas con las consecuencias típicas de la quimio: vómitos, etc... En todo el proceso, Peio no ha tenido ni una décima de fiebre. Además tenemos la suerte de vivir en Fuenterrabía, a tan sólo una hora de Pamplona. Mientras estuvo ingresado en la Clínica, hacíamos turnos de 24 horas, por lo que no nos ha supuesto ningún gran esfuerzo.

¿Cómo va la evolución de su hijo, según las últimas revisiones que ha tenido?
Estoy feliz porque desde la última revisión en marzo nos dieron fiesta hasta Navidad. Y a Peio se le ve feliz, encantado, con ganas de comer y de quitarse totalmente la única muleta que usa, pues de vez en cuando le duele, ya que está creciendo y alguna vez se resiente. Pensábamos que la rehabilitación iba a ser más larga, pero es que los niños pueden con todo¡ Y eso que el proceso ha sido largo. Peio ha ido en silla de ruedas, ha llevado tornillos y el distractor por fuera. El pobre ha tenido momentos de pasarlo mal, pero aquí siempre hemos tenido personas que nos ha simplificado mucho las cosas.

El paciente Peio Nicolarena junto a sus padres. Tras el tratamiento para el osteosarcoma, Peio, ya muy recuperado, continúa utilizando una muleta ocasionalmente.

LA CIFRA

75%

La supervivencia en el osteosarcoma se sitúa por encima del 75% a los 15 años y en el 90% de los casos conservan la extremidad superior.

<<VIENE DE LA PÁG.19

cialista del Departamento de Pediatría, integrante también del Área de Tumores Musculoesqueléticos de la Clínica y catedrático de Pediatría en la Universidad de Navarra, intervino en el diagnóstico y tratamiento de Peio. El facultativo recuerda que con el de este paciente suman más de 150 casos tratados mediante esta terapia combinada de quimioterapia intraarterial y cirugía conservadora de la extremidad. "Con la aplicación de este tratamiento las amputaciones por causa de un osteosarcoma se han convertido en una cuestión casi anecdótica. Sigue habiendo algún caso, pero es excepcional", confirma.

Respecto al pronóstico de la enfermedad, las perspectivas también son halagüeñas: "Los tumores musculoesqueléticos eran enfermedades que con cirugías muy radicales rondaban índices de curación del 33%. Ahora le hemos dado la vuelta a estas cifras y la curación a largo plazo se sitúa en torno al 80%". A pesar de la dureza del tratamiento, este pediatra especializado en Oncología Pediátrica asegura que la recuperación "es excelente, conserva la función de la extremidad afectada y posibilita hacer una vida y crecimiento normal". Y es en esta línea en la que se dirigen todos los proyectos de investigación en curso sobre la enfermedad. En el caso de Peio, el doctor Sierrasesúmaga pronostica con seguridad que podrá realizar una vida "completamente normal".

El doctor Felipe Lucena, segundo europeo distinguido por la Sociedad Americana de Medicina Hospitalista

De izda. a dcha., la doctora Ana Huerta, Nuria Villanueva (enfermera), el doctor Felipe Lucena, la doctora Nerea Fernández, el doctor Félix Alegre, el doctor Manuel Landecho, y Beatriz Juandeaburre (enfermera).

El facultativo pertenece a la Unidad de Médicos Hospitalistas de la Clínica, equipo pionero en España que se puso en marcha hace ocho años

CUN ■ La Sociedad Americana de Medicina Hospitalista (SHM) ha otorgado recientemente la certificación como "Fellow in Hospital Medicine" al doctor Felipe Lucena, especialista de la Unidad de Médicos Hospitalistas de la Clínica. El nombramiento se produjo en Las Vegas (Estados Unidos) durante el congreso anual de la Sociedad.

Este reconocimiento supone la distinción del doctor Lucena como miembro destacado de la SHM. Se trata de la segunda certificación de esta sociedad científica obtenida por un especialista europeo y una de los primeras que se concede a médicos hospitalistas fuera de los Estados Unidos. Mediante este título, se reconoce la dedicación de la Unidad de Médicos Hospitalistas de la Clínica Universidad de Navarra al desarrollo de esta especialidad en España y su compromiso con la SHM. Actualmente son los coordinadores de la sección internacional de la sociedad científica y además han puesto en marcha proyectos de colaboración multicéntrica entre hospitales de distintos países.

El trabajo de los médicos hospitalistas, explica el doctor Lucena, se centra "en la atención global de pacientes complejos, generalmente de edad avanzada, que van a ser sometidos a un procedimiento quirúrgico. En la Clínica al incorporar adicionalmente la Unidad de Cuidados Intermedios, se obtiene un valor añadido: el de tratar pacientes con patología aguda de alto riesgo que requieren unos cuidados que exceden a los que se ofrecen en una planta de hospitalización convencional y que no necesitan los cuidados de una UCI".

Este modelo asistencial, centrado en pacientes pluripatológicos, reduce en un 15% el tiempo de ingreso comparado con el modelo tradicional.

COOPERACIÓN MULTIDISCIPLINAR. La medicina hospitalista es un modelo asistencial extendido en Estados Unidos, donde lo han incorporado más de la mitad de los centros hospitalarios con más de 200 camas.

La definición de este médico, según el doctor Lucena, es la de "un especialista en Medicina Interna que dedica más del 80% de su actividad clínica diaria a los pacientes ingresados".

La Unidad de Médicos Hospitalistas de la Clínica, creada hace ocho años, fue pionera en nuestro país. Forma parte del Departamento de Medicina Interna y está integrada por otros cuatro especialistas, además de Felipe Lucena.

El doctor José Ignacio Bilbao, Medalla de Oro de la Sociedad Española de Radiología

El doctor Bilbao ha sido merecedor del galardón "por poner muy alto el nombre de la radiología española", según la institución

CUN ■ La Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM) ha concedido la Medalla de Oro al doctor José Ignacio Bilbao, especialista de la Clínica y profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. La entrega de medallas tuvo lugar durante el 32 Congreso de la SERAM, desarrollado en Oviedo, durante un acto celebrado el pasado mayo. Este galardón se concede cada dos años, en el curso de cada uno de los congresos de la Sociedad.

La SERAM reconoce a Bilbao "por poner muy alto el nombre de la radiología española" y por honrar a la institución "con su trabajo, sabiduría y experiencia". La entidad médica ha galardonado además al médico valenciano Luis Martí-Bonmatí, jefe de Servicio de Radiología del Hospital La Fe de Valencia y presidente de la Sociedad Europea de Radiología Gastrointestinal y a la especialista asturiana Isabel González Álvarez, jefa del Servicio de Radiología del Hospital San Juan de Alicante. La Medalla de Oro es la máxima distinción que concede esta Sociedad por decisión unánime de su Junta Directiva.

Para el doctor Bilbao la concesión de esta medalla de oro supone "un gran honor, tanto para mí como para el Servicio de Radiología de la Clínica, porque si alguien consigue una medalla es porque ha contado con el apoyo de las personas que trabajan a su lado, porque le han permitido poder pensar y trabajar. Y gracias a mi familia porque he pasado muchas horas fuera de casa". El facultativo considera que este honor se hace extensivo "a toda la Clínica como institución, ya que se trata de una medalla de oro muy apreciada por todos los radiólogos".

El doctor José Ignacio Bilbao, responsable del Área de Radiología Intervencionista de la CUN, muestra la medalla de oro de la SERAM recientemente concedida.

Cabe recordar que el doctor Bilbao recibió también el año pasado la medalla de oro de la Sociedad Europea de Radiología Intervencionista (CIRSE).

Uno de los motivos del reconocimiento al doctor Bilbao se centra en haber honrado a la institución "con su trabajo, sabiduría y experiencia".

APORTACIONES. El doctor Bilbao atribuye la concesión de la medalla a su trabajo en numerosas entidades y aspectos de la especialidad de Radiología, como la fundación, consolidación o presidencia de diversas sociedades, entre ellas, la Sociedad Española de Radiología Intervencionista, la Europea de Intervencionismo o la Sociedad Europea de Radiología. "El papel que he intentado jugar en todas ellas ha sido en favor de aunar esfuerzos, personas y sociedades, evitar fracturas y diferencias entre subespecialidades, reforzar el concepto de la Radiología como gran especialidad volcada en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes y hacer que las fronteras en esta disciplina no existan".

El facultativo participó muy activamente en el desarrollo del programa europeo de formación de residentes y en la armonización de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), así como en el desarrollo de las técnicas de autoevaluación, que fueron la base del Diploma Europeo de Radiología. Además ha contribuido a la organización de diversos congresos —tanto nacionales como europeos— de sus comités organizativos, en algunos como vicepresidente y presidente.

Además, colaboró en el asentamiento de las bases para modificar los estatutos de la SERAM por las que se establecía la posibilidad de que existieran sociedades científicas de las diferentes subespecialidades dentro de la Sociedad. El doctor Bilbao ha sido también durante 14 años miembro de la Comisión Nacional de la Especialidad de Radiodiagnóstico.

La Terapia de Habituación, muy efectiva en el tratamiento de los acúfenos

Un estudio realizado por especialistas de la Clínica revela que el TRT mejora los síntomas en el 95% de los pacientes tratados a los 6 meses de iniciar el tratamiento

CUN ■ Entre un 10 y un 17% de la población sufre acúfenos. Se trata de la percepción de ruido en los oídos o en la cabeza sin que exista una fuente exterior de sonido y sin que se registre una actividad vibratoria coclear, fenómeno que se produce ante un ruido exterior. Según indica la otorrinolaringóloga de la Clínica Universidad de Navarra en Madrid y responsable de la Unidad de Acúfenos, la doctora Teresa Heitzmann Hernández, la molestia que origina este síntoma "puede comprometer, en mayor o menor grado, la calidad de vida de la persona que lo padece".

La otorrinolaringóloga de la Clínica ha desarrollado un estudio sobre el Tinnitus Retraining Therapy (TRT) o Terapia de Habituación, un tratamiento basado en el modelo neurofisiológico que sostiene que "la causa de que un acúfeno moleste reside en la alteración de su procesamiento central, no en su origen". El objetivo principal de este tratamiento se fundamenta en "devolver la normalidad a la vía auditiva, suprimiendo la molestia y consiguiendo la habituación al acúfeno". Para conseguirlo la duración del tratamiento se estima entre 18 y 24 meses, si bien, "a los 6 meses ya se experimenta una mejoría importante", aunque no todos requieren el tiempo señalado.

Unidad de Acúfenos de la Clínica en Madrid. De izquierda a derecha la enfermera María Pilar Navarro, la doctora María Teresa Heitzmann (responsable de la Unidad), y la auxiliar Macarena Ortega.

Y esta fue la meta fundamental del estudio de investigación que la doctora Heitzmann realizó durante 3 años (2009 a 2012), en un total de 83 pacientes con acúfenos: "Demostrar que se produce un porcentaje elevado de mejoría en todos los pacientes que siguen el tratamiento, tanto de los que llegan al alta médica, como de aquellos que no continúan la terapia hasta alcanzar la habituación total al acúfeno".

Los resultados así lo evidenciaron, ya que, después de 6 meses de tratamiento, a la cuestión sobre cómo consideran los pacientes que se encuentran en ese momento, "un 63% refirieron estar mejor, el 26% mucho mejor y el 6% muy bien, lo que supone un 95% de mejoría. Sólo el 5% dijo encontrarse igual", apunta la especialista.

Además, en aquellos pacientes que no continuaron el tratamiento, un 68% referían estar mejor, y un 21% mucho mejor, lo que supone un 89 % de mejoría. El 10,5% restante aseguraban encontrarse igual.

EL TRT O TERAPIA DE HABITUACIÓN. El tratamiento de los acúfenos mediante TRT (Tin-

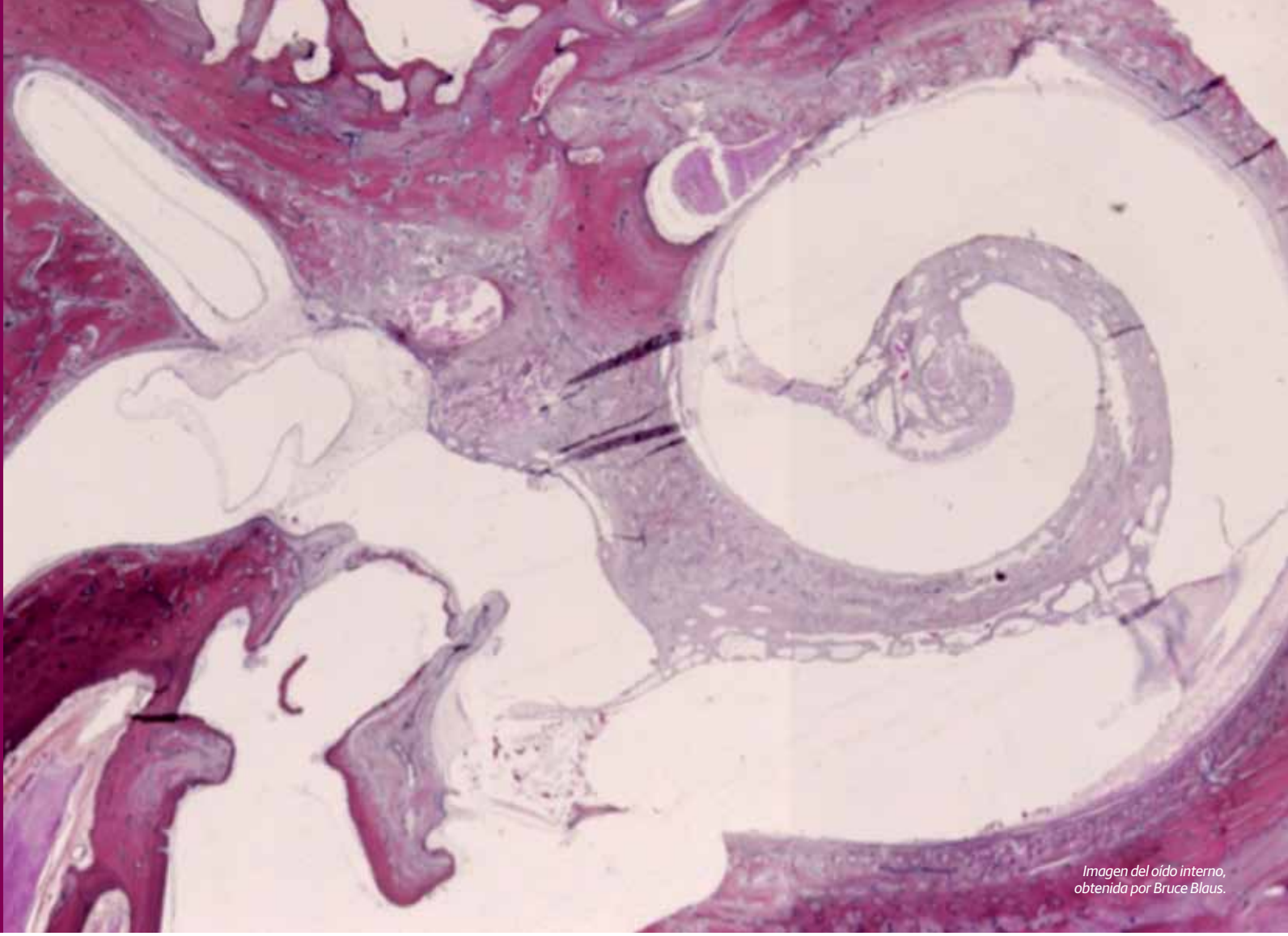


Imagen del oído interno, obtenida por Bruce Blaus.

nitus Retraining Therapy) está basado en el modelo neurofisiológico. El padre del TRT es el profesor Pawel J. Jastreboff, quien definió el acúfeno como "una percepción auditiva fantasma notada únicamente por una persona". Se trata de una terapia cuyo objetivo es la habituación al ruido (acúfeno). Para conseguirlo requiere el Consejo Terapéutico y la Terapia Sonora. Con el primero, el otorrinolaringólogo explica al paciente qué le ocurre y por qué. "Es el pilar fundamental del tratamiento –describe la facultativa–. Su objetivo es eliminar la significación negativa que tiene el acúfeno para ese paciente, consiguiendo que se convierta en una señal neutra, lo que se denomina habituación de la reacción".

La segunda herramienta, la Terapia Sonora, tiene como finalidad conseguir que el acúfeno, "que se ha convertido en una señal neutra o de menor significación tras el Consejo Terapéutico, se quede a nivel subcortical, de forma que no se perciba y deje de molestar (habituación de la percepción)", explica.

La mayor o menor intensidad de este síntoma "puede comprometer, más o menos, las condiciones normales de vida de la persona que lo padece".

Para ello, existen diferentes tipos de terapias sonoras. En todos los casos se debe evitar siempre el silencio. El ruido blanco es uno de los procedimientos y se prescribe cuando el acúfeno molesta y hay una audición normal (grupo I del estudio) o también cuando existe hiperacusia o disminución de la tolerancia a los sonidos ambientales cotidianos (grupo III). El empleo de audífonos sería otra opción, especialmente indicada para pacientes a los que molesta el acúfeno y presentan hipoacusia o pérdida de capacidad auditiva (grupo II). Por último, la terapia desensibilizadora, de aplicación cuando el acúfeno molesta y "existe temor o fobia a los ruidos exteriores, lo que se denomina misofonia o fonofobia (grupo IV)". En algunos casos se requiere, además, tratamiento del componente emocional con medicina psicosomática y/o psiquiatra y psicoterapia.

CONCLUSIONES DEL ESTUDIO. Como principal conclusión, el estudio establece que, a los 6 meses de iniciar el tratamiento, el TRT se muestra muy eficaz para el acúfeno y la hiperacusia "en la gran mayoría de los pacientes que lo siguen, aunque tengan que continuar el tratamiento 12, 18 ó 24 meses, según los casos".

A la vista de los resultados, la experta destaca que, a los 6 meses y al año de iniciar el TRT, se consigue una mejoría en el 95% de los casos y en aquellos pacientes que no continúan hasta el alta médica se obtiene un restablecimiento importante en el 89%.

"Para lograrlo se requiere un equipo multidisciplinar constituido por otorrino, auxiliar, enfermera, audioprotesista y especialista en medicina psicosomática que debe conocer y saber aplicar clínicamente el modelo neurofisiológico". Asimismo, señala la necesidad de que exista un seguimiento para ayudar a que se produzca la habituación. Para ello, "el paciente debe seguir las pautas indicadas en su caso".

De la investigación se desprende, "que el TRT es el tratamiento actual con una tasa de éxitos más alta".

REFERENCIA

Comunicación científica presentada en el 64 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología (Oct. 2013).

Óscar Uranga "Para trasladarme del Hospital a la Clínica intervinieron 12 personas"

Dado su precario estado de salud, este paciente de 49 años fue llevado a la Clínica donde le realizaron un doble trasplante de corazón y riñón

CUN ■ "Llevaba cuatro o cinco años que me cansaba mucho. Tanto, que apenas podía hacer nada, ni siquiera andar. Cada 6 meses tenía que ir al cardiólogo. Mi problema debía ser que tenía el corazón muy grande en comparación al tamaño de las válvulas cardiacas, que eran muy pequeñas. Y como las válvulas no funcionaban correctamente, el corazón no bombeaba bien". Así explica óscar Uranga (Garralda (Navarra), 1965) el precario estado de salud en el que transcurrieron sus cinco últimos años de vida ande de que, en situación terminal, ingresara en el Hospital de Navarra. La gravedad que revestía era tal que la decisión del centro hospitalario fue, tras dos días de ingreso, el traslado inmediato a la Clínica para realizarle trasplante urgente de corazón y riñón. A finales de julio de 2013, con 48 años, este paciente vio su vida pender de un hilo. Insuficiencia cardiaca y renal severa, además de encharcamiento pulmonar, fueron los aspectos más destacados de aquel diagnóstico.

"Recuerdo que era el 25 de julio del año pasado. Estábamos en el pueblo, en Garralda. Me encontraba tan mal que le dije a mi mujer que me trajera a Pamplona al hospital. Me preguntó si llamaba a una ambulancia pero le dije que no, y me llevó en el coche. Cuando llegué al Hospital de Navarra me ingresaron en la UCI de inmediato. Allí estuve durante 2 días hasta que decidieron trasladarme a la Clínica. Pero casi no se atrevían a llevarme del hospital a la Clínica, y eso que sólo está a una calle de distancia. Mi mujer me dijo que tuvieron que trasladarme entre 12 y 14 personas para meterme en una ambulancia que me llevara hasta la Clínica", describe el paciente.

Fueron momentos agónicos, no sólo para Óscar, sino también para su mujer, Marisol, y para sus dos hijos, Vanessa de 22 años y Javier de 19, que le acompañaron en todo momento. Aquel 25 de julio fue el punto de inflexión, con mayúsculas, de la vida de la familia Uranga. Una situación vital límite derivada de una grave insuficiencia cardiaca, diagnosticada siete años atrás, que le había obligado llevar un marcapasos, a revisiones cada pocos meses y a que le dieran la incapacidad laboral a los 47 años de edad.

¿Llevaba una vida normal hasta que le diagnosticaron la insuficiencia cardiaca?

Sí, hasta entonces llevaba una vida normal. Trabajaba en una fábrica de embalajes de cartón. No era un trabajo de gran esfuerzo físico. Pero ya con 41 años me empecé a sentir más cansado. Iba al trabajo y escuchaba a mis compañeros contar que después de trabajar o el fin de semana se iban a hacer un montón de kilómetros en bicicleta o corriendo. Y yo llegaba a

"En cuanto pueda volver a conducir quiero ayudar en alguna asociación, tipo el Banco de Alimentos o Cáritas. Igual en unos meses".

casa tan cansado que no tenía ganas ni de moverme. Lo cierto es que trabajaba a tope, pero los demás también y, por comparación, yo veía que llegaba y sólo podía tumbarme. A veces, los fines de semana iba a caminar, pero ya no podía subir cuestas, me sofocaba mucho y las piernas no me seguían. Era como si tuviese agujetas pero sin hacer deporte.

Y decidió ir al médico.

Sí, con los electrocardiogramas en la mano enseguida me vieron lo que tenía. Entre tanto, yo seguía trabajando, pero cuando llegaron mis informes a la Seguridad Social, me dieron la baja inmediatamente. Primero me dieron un porcentaje de incapacidad total. Pero al final me dieron la absoluta.

¿Cómo de limitaba estaba su vida por aquel entonces?

Para entonces salía de casa, pero con muchas limitaciones. Desde el barrio de San Juan subía andando hasta la Plaza del Castillo, un cuarto de hora andando, pero tenía que parar un par de veces y descansar en un banco. Y más que eso no hacía. Ya no subía cuestas ni escaleras.

Tras la doble intervención permaneció ingresado durante más de tres meses en este centro hospitalario, más de la mitad del tiempo en la UCI.

"Sentía que no me podía ni mover del cansancio".

"Es muy importante el apoyo y la presencia de la familia cuando te da el bajón anímico. Es fundamental".

"En el Hospital me vieron tan grave que me dijeron que había que trasplantarme el corazón y un riñón".

Hasta que realmente ya no pudo más.

Fue el año pasado, cuando me ingresaron en la UCI del Hospital de Navarra. Allí estuve dos días y me vieron tan grave que me dijeron que había que trasplantarme el corazón y un riñón. Por eso me trasladaron a la Clínica Universidad de Navarra, a la espera de que surgiera un donante para que me pudieran operar. Al poco de llegar a la Clínica me tuvieron que operar de urgencia, pero yo no me enteré. Me pusieron una máquina de asistencia cardiaca, como un corazón artificial, porque veían que mi corazón solo no podía aguantar. Así estuve 17 días. Además, me pudieron diálisis y no sé cuántas cosas más. En ese proceso perdí 14 kilos, me quedé en 50 kilos, teniendo en cuenta que mido 1,73 cm...

Enchufado a ese "corazón artificial", ¿cómo se le hizo la espera de un donante adecuado?

No me enteraba de gran cosa. Estaba bastante sedado y con analgésicos. Pero no podía hablar porque estaba intubado. Estuve así tres meses. Cuando me lo desentubaron no podía hablar, era como si no supiese. Me costó un tiempo. En total

PASA A LA PÁG. 28 >>

<<VIENE DE LA PÁG.27

estuve ingresado más de tres meses, más de la mitad del tiempo, en la UCI.

¿Por qué tanto tiempo en la UCI?

Porque era tal la debilidad que tenía que contraje varias infecciones que me hacían retroceder todo lo que avanzaba. Me visitaron especialistas y personal de todos los departamentos de la Clínica. Entre todos consiguieron que saliera adelante.

¿Cómo ven los médicos su evolución?

Me dicen que tengo que ir mejorando cada día más. El doctor Rábago, con quien tengo ya mucha confianza, cuando al poco de salir de alta iba a revisión y me veía en silla de ruedas, me decía que no me quería ver con ella. Poco a poco pude ir dejando la silla y empezar a andar. Él me insistía mucho en esto. La verdad es que del doctor Rábago me acordaré toda la vida.

Si recuerda cómo ingresó ¿creía que iba a poder superar todo y llegar a hacer vida casi normal?

No, para nada. En el estado de debilidad que me encontraba pierdes todo, hasta la esperanza. De lo mal que me encontraba me llegué a despedir de mi mujer un par de veces.

Y ahora que se ve haciendo una vida casi normal, ¿cuál es su estado de ánimo?

Estoy feliz, yo y toda la familia, porque ellos lo han pasado fatal. Estamos muy unidos. Mi mujer iba a trabajar y el resto de las horas venía a la Clínica a estar conmigo. A la vez atendía a la familia. Mis hijos también estuvieron a mi lado. Es muy importante el apoyo y la presencia de la familia cuando te da el bajón anímico. Es fundamental.

Además del apoyo profesional.

Estoy encantado con el trato y la profesionalidad de todos los médicos y personal que me trataron. Tengo un especial recuerdo de las enfermeras de la UCI. Todavía les suelo hacer visitas porque me atendieron durante más de dos meses. Ellas me sabían tratar muy bien y me tomaban el pelo. Yo no podía hablar porque estaba intubado, así que no protestaba nada. Y la fisio, que me hacía trabajar muy duro. Pero todos han sido muy buenos, los médicos, los celadores, todos. Y el doctor Rábago, fantástico.

Recuperado de un estado de salud que pendía de un hilo, ¿cómo se plantea ahora el futuro?

Me lo planteo día a día. Ahora le saco más chispa a las cosas. Disfruto de todo lo que puedo, siempre dentro de unos límites, porque me tengo que cuidar mucho. En cuanto pueda volver a conducir quiero ayudar en alguna asociación, tipo el Banco de Alimentos o Cáritas. Igual en unos meses.

El doctor Rábago charla con Óscar Uranga en la UCI, donde el paciente permaneció más de dos meses.

De situación terminal a normalidad cardiaca y renal

El último capítulo esencial de la historia clínica de Óscar Uranga se produjo hace casi un año, el 26 de julio de 2013. Fue el día que ingresó en Urgencias del Hospital de Navarra, con un deterioro severo de la función cardiaca y renal, además de edema pulmonar (encharcamiento de los pulmones). Dos días más tarde tuvo lugar su traslado a la Clínica. "Debido a su progresivo empeoramiento, desde el Hospital deciden su ingreso en la Clínica para valorar la implantación de asistencia ventricular y posterior trasplante cardiaco", recuerda el doctor Gregorio Rábago, director de Cirugía Cardiaca de la Clínica y cirujano que lideró la atención médica del paciente y la intervención del doble trasplante.

Ese mismo 28 de julio, el equipo de la Clínica decide iniciar el tratamiento de diálisis, debido a la importante disfunción renal que presentaba, procedimiento que inicialmente fue bien tolerado por el paciente.

Cuatro días después de su traslado, Óscar Uranga sufrió un brusco deterioro, "por lo que decidimos colocarle la doble asistencia ventricular que nos permite asistir a los dos lados del corazón", detalla el especialista. La cirugía se le realiza con carácter de urgencia. Dos semanas más tarde, la noche del 15 al 16 de agosto se le realiza el doble trasplante cardio-renal. "Hasta ese momento, el paciente había permanecido con soporte artificial de tres de sus órganos, cardiaco, renal y respiratorio.

La doble intervención se prolongó durante 11 horas. Según describe el cirujano, "desde el punto de vista cardiaco y renal, la respuesta fue satisfactoria desde el principio. Sin embargo, el estado de debilidad previa a la cirugía y la complejidad del procedimiento hizo que el posoperatorio se complicara, presentando varios episodios de infección pulmonar, lo que complicó la desconexión del respirador. Con el tratamiento correcto pudimos, progresivamente, desconectarle del respirador al tiempo y controlar las infecciones. Todo gracias al trabajo multidisciplinar de profesionales de UCI, Infecciosas, Nefrología, Hematología, ORL, Cardiología etc...". Una vez extubado decidimos realizar una traqueostomia para un correcto manejo de las secreciones y de las infecciones pulmonares, que después se cerró sin problemas".

El 2 de octubre se le trasladó a planta, donde permaneció hasta el 22 de noviembre, fecha de alta hospitalaria y regreso a su domicilio. "En la última revisión dio normalidad en las funciones cardiaca y renal".

Investigan el efecto analgésico de un fármaco para síndrome de ojo seco y dolor ocular

De izda a dcha, los especialistas del Dpto. de Oftalmología y del Servicio de Medicina del Trabajo de la Clínica, los doctores Fernández Montero (M. Trabajo), Saénz de Viteri (Oftalmología), Moreno (director Oftalmología), Rodríguez (M.Trabajo) y Guarnieri, Sádaba, Velázquez, Bleau y Ciufo, estos últimos de Oftalmología.

Especialistas de Oftalmología de la Clínica inician la fase de reclutamiento de pacientes de un ensayo clínico multicéntrico para probar la eficacia del SYL1001

CUN ■ Con el objetivo de evaluar la seguridad y el efecto analgésico del fármaco SYL1001 en pacientes con dolor ocular por síndrome de ojo seco, especialistas del Departamento de Oftalmología, en colaboración con el Servicio de Medicina del Trabajo de la Clínica, han iniciado un ensayo clínico en individuos con la mencionada afección. La investigación multicéntrica acaba de comenzar su fase de reclutamiento de pacientes con síndrome de ojo seco de leve a moderado y dolor ocular en idénticos grados. Además de la Clínica Universidad de Navarra, otros centros sanitarios con equipos de investigación en este ensayo son el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, el Instituto Oftalmológico Fernández-Vega de Asturias, la Fundación Jiménez Díaz de Madrid y el Hospital Universitario Ramón y Cajal, también de la capital madrileña.

Para esta primera fase del estudio está previsto el reclutamiento de un total de 60 personas que se dividirán en tres grupos, ya que se trata de un ensayo piloto de tolerancia y exploración del efecto analgésico en pacientes.

El ojo seco es la patología más frecuente en las consultas de Oftalmología, según Información Terapéutica del SNS.

La investigación está en su fase de reclutamiento de pacientes con síndrome de ojo seco de leve a moderado y dolor ocular en idénticos grados.

La misma fuente estima que supone el 30% de las consultas atendidas en esta especialidad médica. Los síntomas que presentan las personas afectadas se caracterizan por sensación de picor, arenilla, sequedad ocular, enrojecimiento conjuntival y/o dificultad para abrir los ojos por las mañanas. El síndrome del ojo seco es una alteración en la película lacrimal que podría causar daño en la superficie interpalpebral ocular (entre los párpados) y que puede producir molestias. El origen de esta dolencia puede ser variado.

DISEÑO Y MÉTODO DEL ENSAYO. La investigación que ahora se pone en marcha es un ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado, de grupos paralelos, controlado con placebo y doble ciego (los investigadores desconocen a qué pacientes se administra placebo y a cuáles el fármaco en estudio hasta finalizar el ensayo).

El SYL1001 se presenta para el ensayo como colirio de aplicación tópica en el tratamiento del dolor ocular, "asociado a patología como el síndrome de ojo seco con el objetivo de minimizar las molestias y mejorar así la calidad de vida del paciente", explica la doctora Anne-Marie Bleau, investigadora del grupo del doctor Javier Moreno, director del Departamento de Oftalmología de la Clínica Universidad de Navarra.

Este nuevo fármaco "se une a la nueva terapia basada en la tecnología del RNA (ácido ribonucleico) de interferencia, que inhibe específicamente la síntesis de receptores implicados en la transmisión del dolor", según describe la especialista. El SYL1001 presenta dos ventajas, "su efecto local y su rápida degradación sistémica" que redundan en una buena eficacia sin efectos secundarios.

220 especialistas en Radiofarmacia asisten a un congreso organizado por la Clínica

Acto de apertura. Asistentes al congreso en el acto de apertura en el Aula Magna de la Universidad de Navarra.

CUN ■ Un total de 220 especialistas en Radiofarmacia procedentes de 31 países se reunieron en abril en Pamplona para asistir a un congreso internacional organizado por el Servicio de Medicina Nuclear de la Clínica y la Sociedad Europea de Medicina Nuclear (EANM, por sus siglas en inglés) y presidido por el doctor Iván Peñuelas Sánchez, director de la Unidad de Radiofarmacia de la Clínica.

Durante el encuentro se abordaron los últimos hallazgos en el ámbito de la Radiofarmacia, en concreto los relativos al diagnóstico y tratamiento del cáncer y de las enfermedades neurodegenerativas. También se dieron a conocer los avances más recientes sobre la investigación, desarrollo e innovación (I+D+i) de nuevos radiofármacos.

La elección de Pamplona para celebrar este simposio "puede suponer un espaldarazo a la consolidación de la Radiofarmacia, una disciplina que no tiene demasiada tradición en España", apunta el doctor Peñuelas. Sin embargo, destaca el ejemplo de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Navarra: "Hemos sido pioneros en nuestro país al incluir en la docencia del Grado, como optativa, la asignatura de Radiopharmacy".

CON NOMBRE PROPIO

El doctor **Juan Ramón Valentí**, director del Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Clínica, fue elegido como coordinador en el II Congreso Nacional de la Sociedad Española de la Rodilla (SEROD) y de la Asociación Española de Artroscopia (AEA).

El trabajo presentado por **Yolanda Lizarraga**, (supervisora del AHE), **Elena Rubio, Cristina Labiano, Marijan Bazanovi** e **Idoya Andueza,** (enfermeras del AHE), **Sonsoles Martín**, (enfermera del AHE y del Área de Investigación, Formación y Desarrollo en Enfermería) y **Mónica Vázquez**, (responsable del Área de Investigación, Formación y Desarrollo en Enfermería), ha sido el galardonado con el premio a la mejor comunicación del XXXV Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología.

El **Servicio de Radiología de la Clínica** ha recibido diversos premios en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM), que se celebró en Oviedo el pasado mes de mayo. La comunicación de Neurorradiología, "Valor pronóstico del coeficiente de difusión aparente (CDA) y su correlación con el estado de metilación del promotor metilguanina-ADN-metiltransferasa (MGMT) en gliobastoma multiforme (GBM"), recibió una máxima distinción, Magna Cum Laude.

ENSAYOS CLÍNICOS

La Clínica tiene abiertos 93 ensayos clínicos y 55 estudios observacionales y posautorización. Algunos de los últimos en marcha:

- **Cáncer de pulmón no microcítico**, metastásico (estadio IV) positivo para mutación BRAF V600E: Estudio fase II de dabrafenib en monoterapia y combinado con trametinib.
- **Cáncer de pulmón no microcítico tratados previamente**: Ensayo fase II/III de MK-3475 (SCH900475) frente a docetaxel.
- **Linfoma cutáneo de células T CD30 positivo**: Estudio en fase III, de brentuximab vedotin frente al tratamiento de elección del investigador de metotrexato o bexaroteno.
- **Linfoma de células T periférico sin diagnóstico previo**, con respuesta objetiva tras el tratamiento inicial con quimioterapia con CHOP: Estudio de fase III, de pralatrexato frente a observación.
- **Linfoma difuso de células B grandes** recién diagnosticado en remisión completa Estudio de fase III, de Zevalin frente a observación en pacientes de 60 años o mayores.
- **Carcinoma hepatocelular avanzado** en sujetos con o sin hepatitis vírica crónica: Estudio seguridad, actividad inmunoreguladora y antitumoral: Estudio fase III de tivantinib (arq 197).
- **Neovascularización subfoveal secundaria** a DMAE: Estudio fase III para ver seguridad y eficacia de fovistatm administrado con lucentis®.
- **Glaucoma**: Eficacia y seguridad del implante Express en cirugía combinada.
- **Glioblastoma en primera recidiva**: Estudio fase I. Combinación del virus oncolítico Delta 24-RGD con temozolomida.

ENSAYOS CUN
Puede consultarlos todos en http://www.cun.es/investigacion/ensayos-clinicos

Entrega del Premio Fundación Lilly al Doctor San Miguel

■ El pasado mes de mayo el doctor Jesús San Miguel, director médico de la Clínica, recibió el Premio Fundación Lilly de Investigación Biomédica Clínica 2014 de manos de la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato. A su lado, Marta Vera, Consejera de Salud del Gobierno de Navarra, y Belén Prado, Viceconsejera de Ordenación Sanitaria e Infraestructuras de la Comunidad de Madrid. El doctor Jesús San Miguel ha sido reconocido por su labor en el campo de la Hematología y, más concretamente, en el de las hemopatías malignas y en el mieloma múltiple.

El doctor Hontanilla, primer cirujano plástico acreditado como catedrático por la ANECA

■ El doctor Bernardo Hontanilla Calatayud, director del Departamento de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética de la Clínica, es el primer cirujano plástico de España acreditado como catedrático por la ANECA (Agencia Nacional de la Evaluación de Calidad y Acreditación). Para certificar el cumplimiento de los requisitos necesarios para obtener el título de catedrático, la ANECA evalúa cuatro aspectos principales de cada candidato: los méritos de carácter académico, los profesionales, docentes e investigadores, así como los de gestión académica y científica. Para el doctor Hontanilla, "la acreditación como catedrático supone, por fin, un reconocimiento académico a la especialidad de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética que hasta ahora carecía de una acreditación importante del perfil académico y de investigación".

El doctor Hontanilla.

El facultativo atribuye parte del mérito para obtener la acreditación de la ANECA al modelo profesional médico que impulsa la Clínica, "en el que se fomenta la unión de la investigación, de la atención clínica y de la docencia. Gracias a este modelo ha sido posible alcanzar el máximo nivel docente universitario y poner así esta disciplina médica en el lugar que le corresponde".

Como principales rasgos destacan su participación y autoría en 57 publicaciones internacionales pertenecientes a revistas científicas con un elevado índice de impacto. La redacción de diversos capítulos en libros de su especialidad, tanto en edición española como inglesa así como la dirección de siete tesis doctorales y su participación en los comités de organización de numerosos cursos y congresos.

La doctora Quincoces.

Gemma Quincoces, presidenta de la Sociedad Española de Radiofarmacia

■ Gemma Quincoces Fernández, especialista en Radiofarmacia del Servicio de Medicina Nuclear de la Clínica, ha sido nombrada presidenta de la Sociedad Española de Radiofarmacia (SERFA) en el 34 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Nuclear e imagen molecular (SEMNim), celebrado en Madrid el pasado mes de mayo.

Entre las principales peculiaridades la sociedad que preside, Gemma Quincoces destaca "su carácter científico y multidisciplinar, ya que a la especialidad de Radiofarmacia se accede desde tres licenciaturas: Farmacia, Químicas y Biología".

Las funciones que deberá ejercer la radiofarmacéutica de la Clínica desde su nuevo cargo como presidenta de la SERFA se centran en "promover la investigación básica y clínica en este campo, crear un acercamiento multidisciplinario y un estímulo a través del intercambio de información y de la colaboración, actuar como cuerpo de autoridad científica y promocionar la implantación de la Radiofarmacia, tanto en su vertiente industrial, como en la hospitalaria y docente".

Libros&Webs

La relación entre el cerebro y la sexualidad humana

El doctor Adrián Cano y la psicóloga María Contreras abordan este tema en su libro "Neuropsicología de la sexualidad"

El doctor Adrián Cano Prous.

■ "Es un libro de divulgación científica dirigido a cualquier persona interesada en la relación entre cuestiones cerebrales y la sexualidad humana". Así describe "Neuropsicología de la sexualidad" uno de sus autores: el doctor Adrián Cano Prous, especialista del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Clínica y codirector de Proyectos de Investigación en Terapia Familiar (PRINTEF) del Instituto de Ciencias para la Familia de la Universidad de Navarra.

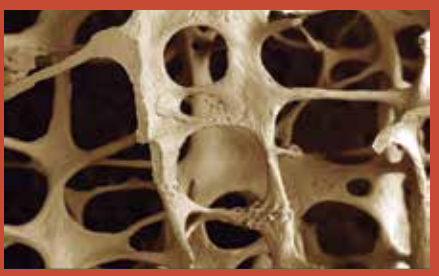
Escrito junto a la psicóloga María Contreras Chicote, la obra lleva como subtítulo "Conceptos para entender mejor la sexualidad". A la hora de escribirlo, sus autores partieron de la pregunta sobre "las diferencias que hay entre el cerebro del hombre y de la mujer a la hora de entender la sexualidad y de expresarla. Viendo las diferencias neuropsicológicas desde el punto de vista científico, tratamos de analizar las áreas cerebrales y neuroendocrino cerebrales que desempeñan un papel importante en el desarrollo, diferenciación y conductas sexuales", concreta el doctor Adrián Cano.

Según apunta el especialista de la Clínica, hasta ahora no se había recogido en un libro las diferencias neuropsicológicas entre el cerebro del hombre y de la mujer en relación con la sexualidad. A pesar de su enfoque científico y de incorporar referencias bibliográficas, no se trata de un libro escrito para especialistas, "sino para cualquier persona que quiera conocer más acerca del papel del juego hormonal cerebral y de los neurotransmisores relacionados con la sexualidad. Por tanto, está dirigido a neuropsicólogos, psicólogos, enfermeras, profesorado que necesite tener claros determinados conceptos para poder explicarlo a su alumnado e, incluso, padres de familia que quieran profundizar en este tema", concreta el doctor Cano.

El libro está dividido en tres capítulos: Desarrollo ontológico de la sexualidad, Diferenciación sexual del cerebro y Neurotransmisores. Además, se completa con un capítulo final dedicado a la hipersexualidad. "Se trata de un fenómeno que se está empezando a dar con cierta frecuencia en nuestra sociedad de manera paralela al auge de Internet. Cada vez hay más casos de personas hipersexualizadas relacionados con las posibilidades que ofrece la red, como el aumento de las visitas a páginas relacionadas con cuestiones sexuales", concluye el doctor.

Título: Neuropsicología de la sexualidad. Conceptos para entender mejor la sexualidad
Autores: Adrián Cano y María Contreras
Editorial: Eunsa
Páginas: 111
Precio: 12 €

ENLACES DEL TRIMESTRE



www.aecos.es
La Asociación Española contra la Osteoporosis ofrece datos sobre la enfermedad, consejos para prevenirla e información sobre loa ejercicios, las normas posturales o la alimentación que ayudan a quien la padece.

www.acufenos.org
La Asociación de Personas afectadas por Tinnitus (acúfenos) respalda esta acuden a la Asociación en busca de soluciones y medidas paliativas sobre su dolencia.

www.seicap.es
Página de la Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica con documentos gráficos y noticias acerca de éstas patologías. Ofrece, además, un foro para familiares.

www.hospitalmedicine.org
La Sociedad Americana de Medicina Hospitalista respalda esta página en la que se ponen de manifiesto los beneficios de la atención global de pacientes complejos, generalmente de edad avanzada, que van a ser sometidos a un procedimiento quirúrgico, entre los que se encuentran el menor tiempo de ingreso, la reducción de costes y la mejora de las tasas de supervivencia.

El doctor Páramo coordina el primer manual internacional sobre hemostasia y trombosis

Han colaborado en la publicación dos científicos españoles y otros cuatro europeos

CUN ■ El doctor José Antonio Páramo, codirector del Departamento de Hematología y Hemoterapia y responsable de la Unidad de Hemostasia y Trombosis de la de la Clínica, ha coordinado el manual "Scores and Algorithms in Haemostasis and Thrombosis".

Se trata del primer manual de estas características con carácter internacional en el que han colaborado científicos españoles (Dr. Joan Carles Reverter, especialista del Servicio de Hemoterapia y Hemostasia del Hospital Clínic de Barcelona, y el Dr. Pascual Marco Vera, especialista del Servicio de Hematología del Hospital General Universitario de Alicante) y europeos (profesores G. Lip de la Universidad de Birmingham; H. Bounameaux, de la Universidad de Ginebra; M. Levi, de la Universidad de Amsterdam; y A. Tosseto, de la Universidad de Vicenza).

¿Cómo nace esta publicación?

En los últimos años, se ha producido una evolución de las herramientas para facilitar el diagnóstico en la estratificación y tratamiento de pacientes con trombosis y alteraciones de la coagulación. Son algoritmos de probabilidad clínica que facilitan que el médico pueda detectar precozmente el riesgo trombótico o hemorrágico en determinados pacientes hospitalizados y ambulatorios. Estos algoritmos se basan en una serie de variables clínicas, para las que se ha establecido una puntuación determinada en función de la que se establece el riesgo.

Lo que ocurría hasta ahora era que cada vez que nos encontrábamos a un paciente con unas características determinadas, teníamos que acudir a las fuentes originales para ver qué escala había que aplicar en cada caso. Esto suponía tener siempre a mano los distintos artículos y recursos sobre el tema, que están dispersos. Nos planteamos entonces la necesidad de recoger todas esas escalas en un manual, de manera que fuera muy fácil y práctico para el clínico consultar todos los algoritmos al uso sin tener que acudir a las fuentes y que tuviera difusión internacional, por lo que se ha realizado la versión inglesa del algoritmo original.

¿Cuántas escalas recoge el manual?

Son escalas y algoritmos que facilitan al especialista la toma de decisiones a la hora de aplicar un tratamiento u otro al paciente. Consta de 23 algoritmos y escalas de interés en el ámbito de la hemostasis y de la trombosis, como la trombosis venosa, la embolia pulmonar, la CID y microangiopatías trombóticas, síndrome antifosfolípido, escalas de riesgo hemorrágico hemorrágica... También se indica la predicción del tromboembolismo en pacientes con cáncer y con fibrilación auricular y el manejo perioperatorio de la anticoagulación y el tratamiento de la isquemia intestinal, con utilidad tanto diagnóstica como terapéutica. Cada algoritmo, va precedido de la indicación concreta, la tabla o esquema ilustrativo, la interpretación de los mismos y 2 ó 3 referencias actualizadas.

El doctor José Antonio Páramo.

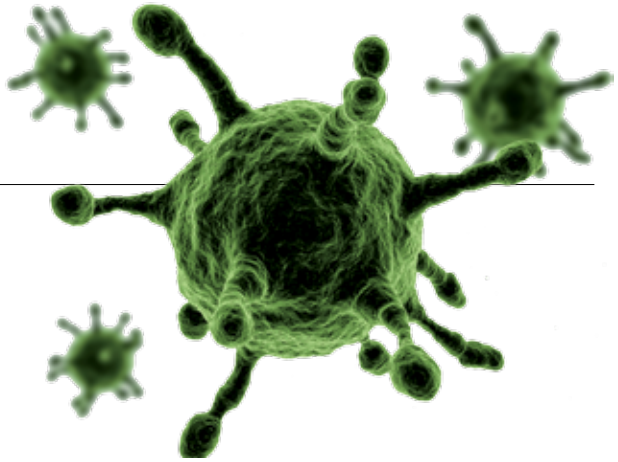
LA FICHA

Título: Practical manual. Scores and Algorithms in Haemostasis and Thrombosis
Autores: Dr. José A. Páramo (coord.), Henri Bounameaux, Marcel Levi, Gregory YH Lip, Pascual Marco, Joan Carles Reverter, Alberto Tossetto
Editorial: Publicaciones Grupo Acción Médica/Laboratorios Stago.
Número de Páginas: 62
Precio: Gratuito

FIRMA INVITADA

Ignacio Melero

La inmunoterapia del cáncer y sus éxitos recientes



PARA los que nos dedicamos a la inmunoterapia del cáncer es bastante sencillo predecir que los próximos meses van a estar cargados de buenas noticias por los resultados de investigaciones en pacientes. Varias estrategias de tratamiento están consiguiendo datos de eficacia sin precedentes en el tratamiento del cáncer metastásico.

El sistema inmunitario es un conjunto complejo de células y funciones que nos protege de gérmenes patógenos. Algunos de estos microbios han encontrado la manera de parasitarnos desde el interior de nuestras propias células y ésta es, posiblemente, la razón por la que el sistema inmunitario está equipado con la capacidad de destruir células infectadas. Es un intento, frecuentemente exitoso, de eliminar o, al menos, mantener bajo control al virus o a la bacteria intracelular que nos parasita.

La inmunoterapia del cáncer parte de la premisa de que es posible "engañar" al sistema inmunitario para que luche frente a las células cancerosas como si lo estuviera haciendo frente a células infectadas por virus. Una pregunta muy importante ha sido si las células tumorales (por definición, muy similares a las del propio organismo) pueden tener antígenos que permitan su reconocimiento como distintas. Hoy tenemos muy pocas dudas de la antigenicidad de los tumores ya que un tumor, para llegar a serlo, tiene que albergar cientos o incluso miles de mutaciones que dan lugar a proteínas antigénicas. Además los tumores expresan frecuentemente, de modo aberrante, proteínas que habitualmente sólo están durante el desarrollo embrionario o en la placenta.

INMUNOMODULACIÓN Y TERAPIA CELULAR ADOPTIVA. Las buenas noticias vienen de dos campos de investigación: la inmunomodulación y la terapia celular adoptiva. Veamos en qué consisten. Para entender la inmunomodulación lo mejor es pensar, metafóricamente, que las células del sistema inmunitario funcionan y hablan entre sí mediante un complejo sistema de receptores y señales que determinan si responden, de qué manera y con cuánta intensidad lo hacen. Podemos decir que algunos receptores las frenan y otros las aceleran en sus funciones. La inmunomodulación consiste en interferir en estas señales de comunicación intercelular para conseguir una respuesta más potente. Si lo que queremos son respuestas más activas lo razonable es bloquear los frenos y pisar los aceleradores. Los resultados más espectaculares por el momento se consiguen estropeando el funcionamiento de dos frenos muy importantes: PD-1 y CTLA-4. Las herramientas para distorsionar sus funciones son anticuerpos producidos en el laboratorio frente a estos receptores y que utilizamos como fármacos. Son los primeros ejemplos de una nueva familia farmacológica de la que oirán mucho en los próximos años y que hemos denominado anticuerpos monoclonales inmunoestimulantes. Los resultados de los ensayos clínicos están demostrando un claro beneficio de los pacientes con un perfil de seguridad muy razonable, aunque en algunos casos despertemos enfermedades autoinmunes como efecto secundario.

La segunda historia de éxito parte de extraer las células del sistema inmunitario de un paciente, cultivarlas con una serie de "trucos de cocina" y reinfundirlas expandidas y vigorosas para que busquen, reconozcan y destruyan a las células malignas. El avance espectacular se ha realizado en el tratamiento de algunos tipos de leucemia rebeldes al tratamiento convencional. Es una estrategia de terapia celular y terapia génica que, paradójicamente, utiliza los trucos moleculares del virus que causa el SIDA para introducir los genes de interés en los linfocitos que se usan en el tratamiento. Es espectacular y emocionante ver cómo pacientes terminales se recuperan rápida y completamente, incluidos niños.

UNA OPORTUNIDAD DE DESARROLLO. La revista Science (junto con Nature, la tribuna científica más prestigiosa), declaró en 2013 la inmunoterapia como el avance más importante del año. Parece muy justificado, de acuerdo con las noticias, que previsiblemente vamos a compartir a lo largo de 2014 y 2015.

Escribo este artículo para rendir tributo a los héroes que han hecho esto posible desde el laboratorio de investigación y desde el hospital. Muchos de los protagonistas han pasado por Navarra en congresos de inmunoterapia que hemos organizado en el CIMA con la Fundación Areces y otros patrocinadores. Nombres como Carl June, James P. Allison y Lieping Chen posiblemente ocuparán pronto destacadas portadas de prensa.

La investigación biomédica es uno de los sectores más castigados por la crisis económica en España. Es una pena porque debiera verse como una oportunidad de desarrollo, tanto desde la iniciativa pública como desde la privada.

El doctor **Ignacio Melero** es catedrático de Inmunología de la Clínica Universidad de Navarra y del Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) de la Universidad de Navarra, y Co-Coordinador del Grupo Español de Inmunoterapia (GEIT)