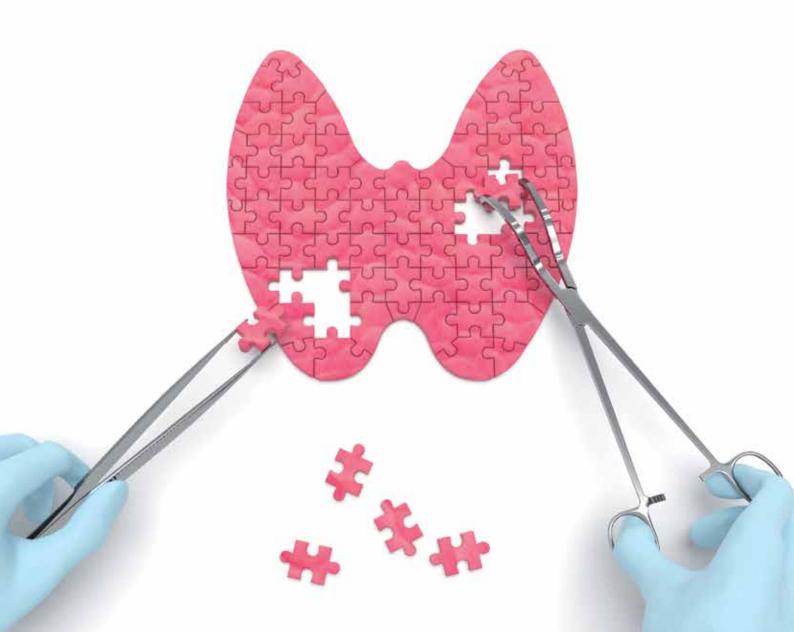


300 trasplantes cardiacos. Más de 30 años del programa conjunto con el Servicio Navarro de Salud. **4-7 Avances en inmunoterapia.** Buenos resultados en cáncer de pulmón y en hepatocarcinoma avanzado. **24-29 La Clínica en Madrid.** En marcha la última fase de las obras. **12-14**

Abordaje inmediato de nódulos tiroideos

Un protocolo Fast Track permite el diagnóstico y tratamiento en 24 horas. 18-21



NUESTROS ASEGURADOS SON LOS PRIMEROS EN TENER LO ÚLTIMO EN SALUD

Si buscas la más alta tecnología médica, los tratamientos de vanguardia, las técnicas más complejas para las enfermedades de más difícil curación, y un seguro de salud diferente, estás buscando **ACUNSA**.

Solo ACUNSA puede ofrecerte las mayores coberturas sanitarias del mercado con asistencia exclusiva en la CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA.

Con ninguna otra compañía tendrás tanto en Salud, porque solo ACUNSA puede ofrecerte esta forma de hacer Medicina.



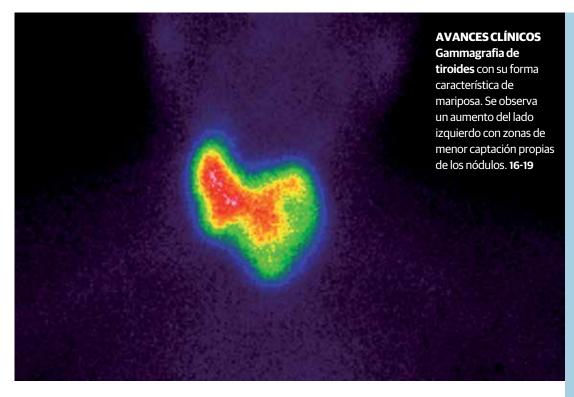




Informate sin compromiso:

Tel: 948 194 617

Avda. Pio XII, 57-31008 · Pamplona comercial@acunsa.es www.acunsa.es



FDITORIAL

Diana, la mejor cara del trabajo multidisciplinar

"En la Clínica he hecho muchos amigos: enfermeras, fisioterapeutas como Ainara y Sandra que me ayudaron mucho desde el primer día, la Dra. Casado, de Rehabilitación, la Dra. Sánchez-Carpintero, de Neuropediatría, el Dr. Soutullo, de Psiquiatría, y todos sus equipos... También el Dr. España, de Dermatología". Son palabras de Diana Temirova, paciente de este centro hospitalario durante los cuatro meses que duró el diagnóstico y tratamiento de su rara enfermedad, cuyo testimonio recogemos en páginas interiores. Una frase que condensa el mejor de los reconocimientos para todos los profesionales que la atendieron.

Tan elevada consideración es fruto, entre otras cuestiones, de un trabajo multidisciplinar impecable que permitió a esta adolescente de Kazajistán —relegada de los 13 a los 15 años a una silla de ruedas—luchar por recuperar el movimiento primero, ponerse en pie después, andar y terminar bailando. Algo que ni ella misma ni su familia pensaron que podía llegar a ocurrir. Un sueño que ha sido posible gracias

a dos razones fundamentales, el trabajo encomiable e interdisciplinar de numerosos profesionales de la Clínica y a la espectacular fuerza de voluntad y tesón de la paciente.

El de Diana ha sido, al fin y al cabo, un ejemplo palpable del trabajo en equipo, constante y bien coordinado, de diferentes servicios de la Clínica. Un pequeño botón que muestra las ventajas de la interdisciplinariedad de la Medicina.

Pero el apelativo 'amigos' que dedica la adolescente a quienes la atendieron va más allá de una correcta y bien armada atención profesional. Requiere del cuidado, la cercanía, la preocupación y el afecto de todos quienes la trataron. Sanitarios, médicos, enfermeras, personal de dietas y limpieza, administración y un largo etcétera de los trabajadores que hacemos esta institución. Labor y trato de todos los profesionales implicados en una relación asistencial que por fin culminó en éxito, el único que debe regir en un hospital: la salud y el bienestar de sus pacientes.

097Jul-Sep 2016

300 trasplantes cardiacos.

La experiencia de la Clínica ofrece resultados equiparables a las mejores tasas. 4-7
6.500 TC de cuerpo entero.
Uno de los estudios más extensos de resultados de esta prueba radiológica.
8-10
La Clínica en Madrid.

En marcha la última fase de las obras. 12-14 Abordaje inmediato de nódulos tiroideos. Un protocolo Fast-Trackt permite el diagnóstico en 4 h. 16-19 Laparoscopia en hernias inguinales. Ventajas de esta técnica mínimamente invasiva.

20-22

Estudio en obesidad infantil.

Veinte pediatras estudian tratamiento integral en 220 niños. 23

Buenos resultados en cáncer de pulmón. Un inmunoterápico aumenta la esperanza de vida y las condiciones vitales. 24-26 Investigación en hepatocarcinoma. Éxito de inmunoterapia en más de la mitad de los pacientes. 28-29 Historias de la Clínica. Diana Temirova, una paciente en silla de ruedas que consigue caminar. 30-32 Actualidad. Nuevo convenio de asistencia con Osasuna: Premio Albert Jovell a la colección Historias de la Clínica.

Firma invitada. Prof. Dr. Jack G Copeland. **38**

Noticias de la Clínica Universidad de Navarra. Número 97. Tercer trimestre de 2016. Director General: José Andrés Gómez Cantero. Director Médico: Jesús San Miguel Izquierdo. Director de Comunicación: Santiago Fernández-Gubieda (santiagof@unav.es). Coordinación: Mónica Ruiz de la Cuesta (mrdelacuesta@unav.es). Textos: María Luisa G. Cobo, Marta Chávarri, Miguel Ángel Echávarri y Mónica Ruiz de la Cuesta. Infografía: Heber Longás y Covadonga F. Esteban. Fotografía: Manuel Castells (fotos@unav.es). Responsable comercial: Katrin Astiz. 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

300 trasplantes cardiacos: una maquinaria perfectamente engrasada



Especialistas de Cirugía Cardiaca de la Clínica intervinieron el pasado mayo a un paciente de Tudela recuperado con éxito de la intervención



En la imagen, profesionales sanitarios de la Clínica que intervinieron en la cirugía del 300 trasplante: especialistas en cirugía cardiaca, en anestesia, enfermería especializada, auxiliares y coordinadora de trasplantes.

CUN ■ Especialistas de la Clínica efectuaron el pasado mes de mayo el trasplante cardiaco número 300 de la Navarra en una intervención que comenzó a las 3 horas de la madrugada del miércoles y finalizó a las 9 horas. El paciente, Juan Ramón Marín Aguirre, tudelano de 62 años, se ha recuperado con éxito de la cirugía y en la actualidad se ha incorporado paulatinamente a su vida normal. El Dr, Gregorio Rábago, director de Cirugía Cardiaca de la Clínica, lideró el trasplante, en el que participaron también los cirujanos cardiacos Cristian Delgado y Miguel Mesa; la anestesista, Dra. Ma Josefa Iribarrren; y las enfermeras

Paz Pou, Ane Arana, Pili Zudaire, Beatriz Campo y Silvia Astráin y las enfermeras de anestesia Maika Zudaire y Raquel Díaz.

El paciente intervenido sufría una insuficiencia cardiaca terminal debida a una cardiomiopatía dilatada que le imposibilitaba realizar una vida normal. Dada la gravedad de su situación, ingresó en lista de espera hace 3 meses. Ante la aparición repentina de un donante en una comunidad periférica se eligió este receptor compatible en grupo sanguíneo, peso y talla.

PROGRAMA CONJUNTO. Los 300 trasplantes cardiacos realizados hasta la fecha por



Momento de la cirugía de trasplante cardiaco en el que el Dr. Rábago toma en sus manos el nuevo órgano para implantárselo al receptor.

los equipos de la Clínica forman parte del Programa de Trasplantes de la Comunidad foral que se realiza de forma conjunta entre la Clínica y los especialistas del Complejo Hospitalario de Navarra (Sistema Navarro de Salud). La colaboración entre los equipos de los dos centros es muy estrecha con reuniones periódicas frecuentes para estudiar cada uno de los casos susceptibles de trasplante cardiaco y sus características.

TRASPLANTE CARDIACO EN NAVARRA. En concreto, el primer trasplante de corazón de Navarra se realizó en el año 1984. Con la experiencia obtenida durante estos 32

años y unos resultados equiparables a los de los mejores centros del mundo, "hemos conseguido acortar el tiempo de estancia hospitalaria, disminuyendo el tiempo de recuperación. Los nuevos tratamientos inmunosupresores han redundado a la vez en la mejora de la calidad de vida del paciente trasplantado y en la cada vez más pronta incorporación a su vida cotidiana", indica el Dr. Rábago. El especialista ha realizado la mitad de los 300 trasplantes cardiacos efectuados en la Clínica hasta la fecha.

El cirujano cardiaco destaca la labor y experiencia de todos los departamentos y especialidades médicas de la Clínica y del Complejo Hospitalario que hacen que el operativo de un trasplante cardiaco en Navarra "funcione como una maquinaria perfectamente engrasada de principio a fin".

Los trasplantes realizados por la Clínica forman parte del Programa conjunto de Trasplantes de Navarra, en colaboración con el CHN.

Los resultados de supervivencia en trasplante cardiaco de la Clínica son equiparables a las mejores tasas del mundo.

EL PROCESO DEL TRASPLANTE.

El operativo para el 300 trasplante cardiaco se puso en marcha el 10 de mayo, cuando la coordinadora de trasplantes de la Clínica, Montse Lorente, recibió la noticia de la existencia de un donante. El Dr. Rábago se desplazó al hospital del donante donde efectuó la extracción del órgano, mientras el resto del equipo sanitario permanecía en quirófano con el paciente preparado para la intervención. Tras la cirugía, se trasladó al paciente receptor a la UCI de la Clínica, donde horas más tarde fue extubado y se recuperó muy satisfactoriamente, según el equipo médico que lo atendió.

Juan Ramón Marín "Ahora que tengo un nuevo corazón, me despediré de la Comparsa bailando en fiestas del año que viene"

Vecino de Tudela de 62 años. ha sido el trasplantado cardiaco número 300 de la Clínica y de Navarra

CUN ■ Juan Ramón Marín Aguirre, vecino de Tudela de 62 años, posee el título de Tudelano Popular del año 2013. Y como para no. Fuerza viva de su ciudad, ha sido alma mater de la Comparsa de Gigantes y Cabezudos a la que tuvo que decir adiós hace ya unos años con motivo de su grave enfermedad cardiaca, una cardiomiopatía dilatada en fase terminal. Un adiós sin despedida. "Tengo esa espinita clavada en el corazón. Así que ahora que tengo un nuevo corazón, en el momento que esté recuperado del todo, me despediré de la comparsa bailando el año que viene en fiestas de Santa Ana. Este año es pronto, pero espero que sea el que viene", anuncia.

En el momento de la entrevista todavía no había hecho un mes de su intervención. Tres semanas largas de una recuperación espectacular. Tras la intervención, Juan Ramón permaneció cinco días en la UCI y, después, otros seis días hospitalizado en planta. En total, once días de ingreso en la Clínica y los especialistas que le atendían lo mandaron a casa, junto a su hijo Asier, su nuera Laura, su hermana Amalín y sus dos nietas, Carla (2 años y medio) y Aitana (de 7 años).

Hoy, 27 días después del trasplante de corazón que le devolvió la

vida, llega a pie con el mínimo apoyo de un bastón del que prescinde si su nieta Carla, con dos años y medio de ojos, rizos y sonrisa, se lo requiere.

Es que me encuentro fenomenal. No me duele nada, ni incluso inmediatamente después de la operación me dolió nada. La gente no se lo cree pero es verdad.

Hasta los médicos están sorprendidos de una recuperación tan rápida como la suya.

Tener ánimo, ganas de vivir, ganas de recuperarme. Eso es lo que tengo yo. Eso es lo que me da mi familia, mis amigos y mi ciudad, Tudela. Porque aunque nací en Pamplona, vivo en la capital ribera desde mi más tierna infancia v me siento tudelano del todo. A mí esta ciudad me da vida, me da cariño.

Supongo que los tudelanos tendrán mucho que ver.

Mucho, incluso todo. Voy por la calle y me cuentan lo que han llorado y sufrido por mí. Y todo lo que han rezado y lo que se alegran de verme bien. Y eso se agradece muchísimo. Así que cuando estoy en mi ciudad vivo prácticamente en la calle, en los bares, donde me junto con mis amigos, hablamos y jugamos al mus. Hay veces que casi no voy a casa ni a comer ni a descansar al mediodía.

Pero ese ritmo sería el de antes de la enfermedad. ¿Cómo va ahora con la recuperación?

Ese es el ritmo que ya llevo ahora, cuando todavía no he hecho ni un mes del trasplante de corazón. He empezado, incluso, a ir a las clases que damos a niños que quieren aprender a bailar los gigantes. De momento, voy y me siento a mirar. Pero mi ilusión será poder despedirme de la Comparsa bailando y seguir transmitiendo esta tradición a los niños con las clases de los viernes a las 8 de la tarde.

Sin duda, una recuperación meteórica la suya.

Lo cierto es que los médicos están muy contentos con mi restablecimiento.

Ahora que se encuentra bien todo es alegría, pero ¿cómo fue el antes del trasplante?

La coordinadora de trasplantes de la Clínica, Montse Llorente, me llamó a casa y me dijo que era posible que hubiese un corazón para mí. Me quedé tranquilo y salimos hacia Pamplona con lo puesto.

¿Y cuando le confirmaron que el corazón recibido sí era el órgano adecuado para usted?

Para entonces ya estaba en quirófano. Me estaban preparando para la intervención. Me lo dijeron y seguí tranquilo. Pensé: Ahora que sea lo que Dios quiera.

¿Al despertar cómo se encontra-

Me encontraba bien, a pesar de estar lleno de cables v de tubos. No me dolía nada. A las 7 de la tarde ya estaba sentado en la cama bebiendo un caldo. Cuando vino mi familia no se lo podían creer. Una alegría.

Los tres meses que transcurrió en lista de espera, ¿cómo los vivió?

La mayor parte de ellos o casi la totalidad de ese tiempo la pasé hospitalizado. Lo pasé muy mal, no sólo físicamente, sino también anímicamente. Me sentía encerrado, sin poder salir a pasear por mi ciudad, sin poder estar en la calle, con mis amigos. Fue mucho tiempo hospitalizado, y me sentía fatal. Me tenían ingresado porque no había manera de subirme el sodio. Al final me dieron el alta, pude ir a Tudela y volví con otra cara, otro ánimo y el sodio restablecido. Me lo dijo hasta mi cardiólogo de la Clínica, el doctor Gavira. Ahora es cuando empiezo a sentirme como antes de la enfermedad. Porque ahora, después del trasplante, es cuando me he enterado de que hubo un momento en el que nadie daba nada por mí de lo mal que estaba.

De todos modos, aunque se le hiciera penosa, usted no pasó mucho tiempo en lista de espera.

No estuve casi tiempo. Para mí fue un milagro que no se encontrase un paciente compatible con el corazón más cercano que yo. Es como si todos los astros se hubiesen alineado para que ese corazón me eligiese a mí.

La alegría, además de suya y del equipo sanitario que le ha atendido, será, sobre todo, de su familia. Ellos están felices.

Y así lo cuenta su nuera, Laura Martínez Valenzuela: "A nosotros, la familia del donante no sólo le ha dado un corazón



Amalín Marín Aguirre (hermana), junto a Juan Ramón Marín Aguirre (paciente), Carla Marín Martínez (nieta) y Laura Martínez Valenzuela (nuera) posan ante la Clínica tres semanas después del trasplante de Juan Ramón.

nuevo a mi suegro, a mí me ha dado mucho más que eso. Porque le han dado un abuelo a mis hijas que le quieren con locura. No quiero ni pensar qué le hubiese ocurrido a mi familia si no llega ese corazón. Han conseguido hacernos feliz. Les estaremos agradecidos para siempre porque nos han vuelto a dar la felicidad. Y siempre estaremos dispuestos, nosotros también, a ser donantes".

De ahí el mensaje unívoco de Juan Ramón y de Laura: "Es necesario donar porque a la persona fallecida, lamentablemente, ya no le sirve para nada, pero da felicidad al que le da oportunidad de seguir viviendo y a su entorno". Y destacan además la buena calidad de vida en ese corazón le concede a su nuevo receptor. "Como les digo a mis hijas -apunta Laura-, ahora tenéis abuelo para rato". Ellas cuentan orgullosas a sus amigos de Tudela que a su abuelo "le han puesto un corazón muy fuerte de oro".

En su larga lista de menciones, Juan Ramón no quiso olvidar al equipo médico-sanitario que le atendió, para quien, dijo, "no tengo más que palabras de agradecimiento. Quiero destacar el trato tan cercano, tan afectuoso que han tenido todos los profesionales de la Clínica conmigo. Se nota que es algo que llevan muy dentro. Y destacar a mis dos médicos. el Dr. Juanjo Gavira, cardiólogo que consiguió recuperarme durante los meses anteriores para poder enfrentarme a una operación de trasplante, y el Dr. Rábago, que fue quien me trasplantó y se quedó, no sólo a dar hasta la última puntada de la cirugía, que se quedó, sino que tras pasar toda la noche operándome, esperó hasta el mediodía del día siguiente hasta comprobar que mi estado era bueno. No tengo palabras suficientes para agradecer su labor a todo el equipo".

TC de cuerpo entero, eficaz en la detección precoz de tumores y de enfermedades cardiacas

Especialistas en Radiodiagnóstico han desarrollado uno de los estudios más exhaustivos realizados sobre los resultados de este método diagnóstico

CUN ■ La TC (tomografía computarizada) –popularmente conocida como TAC o escáner de cuerpo entero- es una herramienta de diagnóstico precoz de determinados cánceres v de relevantes enfermedades cardiacas y abdominales. Así lo certifican las doctoras Maite Millor e Isabel Vivas, especialistas en Radiodiagnóstico, tras los resultados que han obtenido después de revisar las TC realizadas a 6.516 pacientes, por indicación previa de la Unidad de Chequeos de la Clínica.

La TC de cuerpo entero forma parte de un protocolo de imagen establecido de manera conjunta por la Unidad de TC del Servicio de Radiología y la Unidad de Chequeos. Como antecedente y ejemplo contrastado de la eficacia de esta prueba diagnóstica, las facultativas recuerdan los resultados obtenidos por el plan internacional de detección precoz de cáncer de pulmón llevado a cabo me-

diante TC de baja dosis de radiación en población de riesgo. Se tradujo en la supervivencia de más del 80% de los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón, la mayoría de ellos en fases tempranas en más de 70.000 pacientes fumadores y exfumadores. Fue la primera constatación científica de que la realización selectiva de esta prueba de diagnóstica precoz







Las especialistas en Radiodiagnóstico, las doctoras Isabel Vivas y Maite Millor, autoras del estudio, junto al director de la Unidad de Chequeos de la Clínica, Dr. Óscar Beloqui.

podía salvar muchas vidas.

La TC de cuerpo entero, además, revela otros índices destacados como la detección de calcio en las arterias coronarias en adultos asintomáticos "ya que el calcio coronario constituye un predictor contrastado de problemas cardiovasculares", la detección de tumores abdominales en estadios precoces y de otras enfermedades impor-

tantes, apuntan las especialistas.

Con estos antecedentes ambas radiólogas revisaron exhaustivamente los resultados del TC de cuerpo entero en 6.516 pacientes de la Unidad de Chequeos. El objetivo:

determinar la frecuencia y el tipo de hallazgos encontrados en esa prueba, y establecer el número y tipo de recomendaciones de los radiólogos.

TC NORMAL: 1,6% DE CASOS. El análisis de los resultados reveló que tan sólo en un 1,6% de los casos la TC de cuerpo entero fue totalmente normal. En el resto, un 98,4%, se observó al

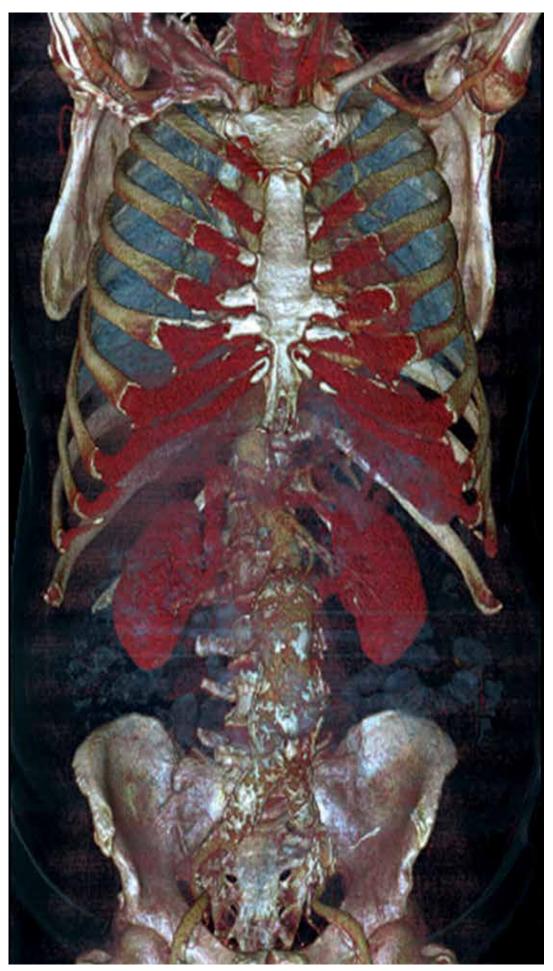


Imagen radiológica tridimensional de una TC de cuerpo entero.

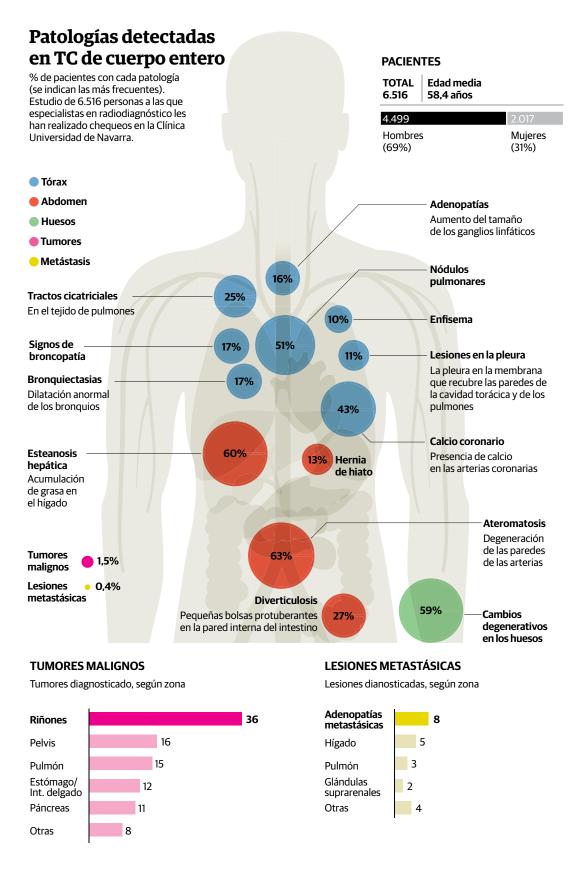
menos una alteración en una de las regiones estudiadas: tórax, abdomen y hueso. En concreto, el 81% mostró alguna anomalía en tórax, un 93% en la zona abdominopélvica y un 65,3% en hueso.

TUMORES EN UN 1.5%. De los 6.516 pacientes estudiados se observó afectación tumoral en 97 casos, un 1,49% del total. De ellos, en 18 pacientes se detectaron tumores malignos en tórax, casi todos cáncer primario de pulmón. Un 1,21% (79 casos) correspondió a tumores primarios en el abdomen: 35 cánceres renales, 16 pélvicos, 14 en el tracto gastrointestinal y 12 en el páncreas. "Lo más notable fue que en la mayoría de estos tumores el diagnóstico se obtuvo en una fase preclínica, permitiendo un tratamiento precoz y, con ello, un mejor pronóstico de la enfermedad".

EVENTOS EN TORAX. Casi un 20% de los pacientes obtuvieron una TC totalmente normal en la región del tórax. El 80% restante ofreció alguna alteración. En más del 50% de los pacientes se vieron nódulos pulmonares, de los que más de un 7% eran sólidos y mayores de 6 mm de tamaño, susceptibles de revisar.

A su vez, se detectó calcio en las arterias coronarias (que irrigan el corazón) en más de un 40%, un índice elevado de pacientes con diferente grado de riesgo cardiovascular.

ABDOMEN Y PELVIS. En la región del abdomen y de la pelvis se observó normalidad en un 7% de los pacientes. En el 93% restante, el hallazgo más frecuente fue la ateromatosis (degeneración de paredes arteriales con placas de colesterol) en más de un 62%; esteatosis (depósitos grasos en el hígado) en un 60% y divertículos en colon, en un 27%. Se advirtieron aneurismas (dilataciones) aórticos torácicos o abdominales en casi un 4% de pacientes.



<< VIENE DE LA PÁG.9

EN HUESOS. En el estudio óseo incluido en la TC de cuerpo entero se evidenció una imagen normal en casi un 35% de las pruebas. Los hallazgos más frecuentes fueron cambios de-

generativos en el tejido óseo, localizados en un 60% de los casos

Por otra parte, un 5,5% de las mujeres a las que se cuantificó la densidad mineral ósea, presentaba valores de osteopenia (disminución de la densidad mineral ósea) u osteoporosis.

ENFERMEDADES SÍNTOMAS.

"El principal valor de la TC de cuerpo entero es el diagnóstico precoz de enfermedades, entre las que figuran diferentes tipos de cáncer, alteraciones cardíacas y toracoabdominales", indicaron. Esta detección temprana "permitió en la mayoría de los casos un cambio en los hábitos de vida del paciente, además de instaurar un tratamiento precoz que redujese o evitase consecuencias más graves". A pesar de esta evidencia, es candente la discusión sobre la radiación recibida por los pacientes al practicarles esta prueba radiológica. En este sentido las facultativas remarcaron que el bajo riesgo teórico de la radiación debido a la TC, realizada con baja dosis, "se compensa en gran medida por la detección precoz de una neoplasia (cáncer) a nivel individual y por el beneficio en cuanto a supervivencia resultante de un tratamiento precoz". No obstante, recordaron que la radiación está aceptada como método de screening de determinadas enfermedades como la TC de tórax para cáncer de pulmón, el calcio coronario y la colonografía.

Las radiólogas reconocieron que es posible que esta técnica no pueda considerarse como una exploración general de cribado en sentido estricto, "pues no sería asumible para el gasto sanitario de un sistema público de salud".

En un análisis global de los resultados, revelaron que la TC constituye una herramienta útil para identificar estas enfermedades "cuando todavía son asintomáticas" siempre y cuando se lleve a cabo en el contexto de una Unidad de Chequeos, "donde es un médico quién evalúa a cada paciente y determina la necesidad de indicar o no la prueba".

Destacaron además "el importante papel" que juegan los radiólogos en la determinación de "cuándo y cómo ha de aplicarse la técnica de TC en los pacientes de chequeos y en el manejo de los hallazgos detectados".



Reservas: 948 180 020
lasidreria@martintxo.com
C/ Irunbidea, 1 - 31190 Cizur Menor - Navarra
www.martintxo.com

Una gastronomía basada en un *profundo respeto por el producto* y una delicada manipulación en cocina, potenciando los sabores puros que nos ofrecen la huerta, el mar y la montaña.

Indagamos hasta encontrar los mejores pescados y mariscos, las mejores carnes, personalmente, sin intermediarios.

Cultivamos nuestras verduras y legumbres y criamos corderos y cabritos para que disfrutes de todo su sabor.

Así alcanzamos nuestra plena satisfacción: ver cómo nuestros clientes nos despiden con una sonrisa y un "hasta pronto".







CELEBRACIONES

EN BODEGA Y TRUJAL LA PERDIGANA

Le invitamos a celebrar cualquier evento extraordinario, reuniones de empresa, celebraciones familiares, etc. que requieran discreción, exclusividad o privacidad, en nuestra nueva Bodega y Trujal, a tan sólo 5 minutos de Pamplona, con la comodidad, calidad y garantía que siempre ofrece Asador y Sidrería Martintxo, en un ambiente único y personal, como si lo hiciera en una extensión de su propia casa.

contacto: lasidreria@martintxo.com

Las obras de la Clínica en Madrid afrontan su última fase

Tras haber concluido la fase de edificación de su estructura, la Clínica se encuentra ya en la última etapa de construcción del nuevo hospital de Madrid, cuya apertura está prevista para el otoño de 2017

LA CLÍNICA EN MADRID Ubicación de la nueva Clínica C. Marquesado de Santa Marta M-30 Calle de Aicala M-40 Zkm





CUN ■ La edificación de la nueva sede de la Clínica en Madrid afronta ya la tercera y última fase de las obras. El nuevo hospital se asienta sobre una superficie total aproximada de 46.000m², 35.000 de los cuales son de uso hospitalario y el resto para instalaciones y parking. Como se sabe, está ubicado al Este de la capital, en el kilómetro 7 de la A2, entre el Puente Felipe Juvara y la calle Marquesado de Santa Marta.

El nuevo hospital se levanta sobre el campus de la Universidad de Navarra en Madrid donde también habrá un edificio para la oferta de posgrado, cuya actividad está prevista para el curso 2017-2018.

UN HOSPITAL CON DOS SEDES.

Para el director general de la Clínica, el nuevo hospital supondrá una oportunidad para crecer tanto en Madrid como en Pamplona. "Vamos a ser un único hospital con dos sedes, con una elevada especialización en ambos centros, que se complementarán y trabajarán de forma coordinada en beneficio del paciente", afirma el director general, José Andrés Gómez Cantero.

"Ambas sedes de Pamplona y Madrid tendrán una misma estructura de departamentos únicos y trabajo integrado de todos los profesionales. Tendremos un modelo asistencial idéntico", sostiene.

Sobre el nuevo centro, Gómez Cantero afirma que la Clínica desde sus orígenes aspira a ser un hospital que investiga y genera conocimiento. "Y hoy en día, la investigación demanda la apertura a nuevos espacios donde desarrollar un mayor volumen de actividad", precisa.

"Madrid va a ser una oportunidad para establecer nuevos

El nuevo hospital estará dotado de 7 quirófanos para cirugía mayor, 58 camas para ingreso hospitalario y 7 camas de UCI.



vínculos con la industria y otros centros, fortalecer nuestra investigación biomédica y, sobre todo, beneficiar a los pacientes para poder acceder a tratamientos innovadores. La innovación nos ayudará a crecer", apunta.

INSTALACIONES. El nuevo hospital dispone de 35.000m² construidos de superficie hospitalaria, con gran capacidad de crecimiento en el futuro. Además, en esta fase se construirá un parking y un edificio de instalaciones exentos en la misma parcela. Estará dotado de siete quirófanos para cirugía mayor, 58 camas para ingreso hospitalario, siete camas de UCI y otras siete para neonatos.

Además dispondrá de equipamiento clínico de última generación, incluido un PET-TAC para diagnóstico por imagen propio de Medicina Nuclear y aceleradores para tratamientos oncológicos. Está previsto que la Clínica se desarrolle en posteriores fases en función del ritmo de su actividad.



Avda. Pío XII, 34, 31008 Pamplona | T 948 278 008 | www.ninesflorista.com | Avda. Pío XII, 13. 31008 Pamplona | T 948 277 916 M 679 440 103

Situación de las obras





FACHADA PRINCIPAL. Aspecto que presentará la fachada de la entrada principal de la nueva sede de la Clínica en Madrid con acceso por la calle Marquesado de Santa Marta y su actual estado de obras.





FACHADA NORTE. Imagen de la que será la fachada norte de la edificación donde se observa la estructura completa del inmueble desde el futuro edificio de posgrado de la Universidad de Navarra en Madrid.





ENTRADA DE URGENCIAS. Recreación aproximada de la que será la entrada de Urgencias de la sede de la Clínica en Madrid. En la parte más baja del edificio en obras se observa la que será la zona de los aceleradores lineales para radioterapia. A la derecha, obras actuales correspondientes a la misma zona.

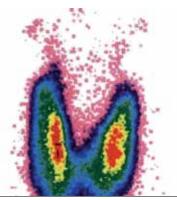


Popular

Con paso firme

Para formar parte de Tenemos un Plan será necesario ser titular de una cuenta corriente o de ahorro en Popular y cumplir las condiciones establecidas en las bases de la promoción, que se encuentran depositadas ante notario y a disposición del cliente en cualquier oficina de Popular y en www.bancopopular.es

Abordaje inmediato de nódulos tiroideos: diagnóstico y tratamiento en 24h



El Comité multidisciplinar de Cáncer de Tiroides de la Clínica ha puesto en marcha un procedimiento que consigue ofrecer en 4 horas el diagnóstico

CUN ■ Paciente con nódulos en la glándula tiroides. Es remitido inmediatamente a la consulta de Endocrinología. En ese momento se activa protocolo Fast Track (vía rápida) por el que especialistas del Área multidisciplinar de Patología Tiroidea de la Clínica realizan el diagnóstico y tratamiento completo de los nódulos tiroideos en 24 horas. "En estos casos, la actuación rápida y en equipo es muy importante porque evita que el paciente sufra una incertidumbre y una angustia innecesarias", apunta el Dr. Juan Carlos Galofré, especialista en Endocrinología de la

Clínica y coordinador del Comité de Cáncer de Tiroides y del Área de Conocimiento del Tiroides de la SEEN (Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición).

El especialista argumenta además la especial importancia de la rapidez y precisión diagnóstica —en 4 horas se ofrece el dictamen médico—de cara a "administrar a cada paciente el tratamiento exacto que necesita". Este protocolo ha sido posible gracias a la existencia en la Clínica de un Comité de Cáncer de Tiroides que aúna el trabajo de especialistas de diferentes disciplinas: endocrinólogos,

Se trata de evitar
o minimizar la angustia
del paciente con nódulos
tiroideos ante la
posibilidad de padecer
un cáncer de tiroides al
mantenerse a la espera
del diagnóstico

oncólogos, patólogos, otorrinolaringólogos, enfermeras especializadas, radiólogos, medicina nuclear, bioquímicos y cirujanos.

ALTA PREVALENCIA. La prevalencia del nódulo tiroideo es muy elevada. Se sabe que, aproximadamente, el porcentaje de nódulos tiroideos se calcula restando un 10% a la franja de edad en la que se esté calculando su prevalencia. Así, en la década de población de 70 años, la prevalencia de nódulos tiroideos se situará en torno a un 60% de las personas. Es, por tanto, un índice











DIAGNÓSTICO EN 4 HORAS

(cronograma aproximado)

9.00. El paciente llega a la consulta de Endocrinología, donde se le realiza una exploración.

10.00. Acude al Laboratorio de Extracciones para obtener una muestra de sangre para la analítica necesaria.

10.30. Se le hace una ecografía con estudio tiroideo mediante punción con una aguja muy fina.

11.30. El material obtenido es procesado rápidamente por el Laboratorio de Anatomía Patológica.

13.00. Salen los resultados que indican si el nódulo es maligno o no.

<< VIENE DE LA PÁG.18

que aumenta con la edad, advierte el Dr. Galofré.

Sin embargo, el porcentaje de nódulos tiroideos malignos es bajo, alrededor de un 5% del total. "El problema surge de que el diagnóstico de un nódulo en la glándula tiroides lo traducimos enseguida en nuestra mente por cáncer. Y raramente se trata de un cáncer, aunque el paciente no lo sabrá con certeza hasta que no se le haga el estudio adecuado y se le ofrezca el resultado", subraya.

Para aportar una valoración apropiada, debe realizarse una ecografía con punción, técnica de alta sensibilidad para la determinación del carácter de los nódulos. "La angustia está presente cuando el paciente tiene un nódulo y además tardan días o semanas en hacerle la punción y darle el resultado. Es importante reducir al máximo ese tiempo de espera", alega el facultativo.

DIAGNÓSTICO EN 4 HORAS

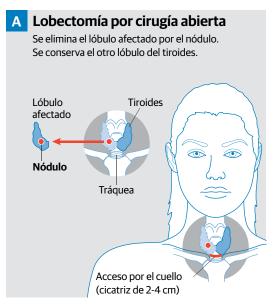
Con tal motivo, la Clínica ha puesto en marcha un sistema de diagnóstico de nódulo tiroideo en 4 horas. El paciente llega a las 9 de la mañana a la consulta de Endocrinología, donde se le realiza una exploración. A las 10 se le hace la ecografía con estudio tiroideo mediante punción con una aguja muy fina. "El material obtenido es procesado rápidamente por el Laboratorio de Anatomía Patológica. Y hacia las 13 h. nos dan el diagnóstico de si ese nódulo es maligno o no", precisa.

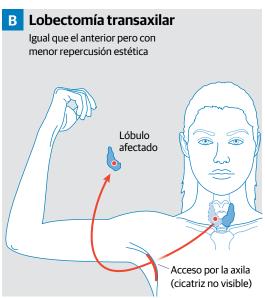
Cuando ocurre uno de estos procedimientos, un técnico de citopatología del Departamento de de Anatomía Patológica acude a la sala de ecografías a recoger personalmente la muestra de este paciente. "Ese técnico es el que se encarga del procesamiento de esa muestra ya que se tra-

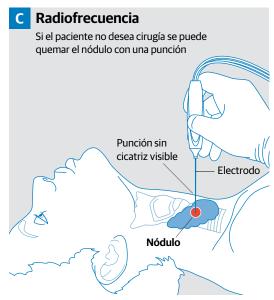
Tratamientos según los resultados

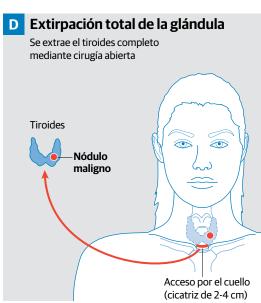
El paciente puede tener varios tratamientos a su elección

Tipo de nódulo	Tamaño	Tratamientos			os	
Benigno	Menor de 4 cm	-	-	-	-	No se requiere tratamiento, revisión en un año
	Mayor de 4 cm	Α	В	С	-	Tratamientos opcionales
Sospechoso	Cualquier tamaño	Α	В	-	-	Tratamientos recomendados
Maligno	Cualquier tamaño	-	-	-	D	Tratamiento recomendado









ta de un proceso más rápido e individualizado, separado del resto. Una vez preparada la muestra, será analizada al microscopio por el patólogo, quien tendrá que decir si esa lesión es benigna o maligna", apunta la Dra. Ma Dolores Lozano, directora de Anatomía Patológica de la Clínica.

Para una valoración apropiada, debe realizarse una ecografía con punción, técnica de alta sensibilidad para la determinación del carácter de los nódulos.

En un plazo aproximado de dos horas la muestra ya está procesada, teñida, y el informe del patólogo emitido, de modo que para las 13 h o 13:30 horas ese informe ya está en la historia clínica informatizada del paciente, para que sea visto y comunicado por el especialista correspondiente.

Abanico de terapias

■ En caso de que el nódulo sea benigno y menor de 4 cm, el paciente podrá irse a su casa y se le orientará sobre su seguimiento. Si el nódulo es mayor de 4 cm las opciones se concretan en tratamiento quirúrgico y, si además cumple las condiciones de que se trate de un nódulo sólido, sin quistes ni líquido, "entonces se puede plantear la ablación por radiofrecuencia, prescindiendo de la cirugía", describe el Dr. Galofré. Esta técnica consiste en la introducción de un electrodo en el nódulo tiroideo por un especialista en radiología tiroidea. Así se logra "quemar el nódulo, reduciendo entre un 40 y un 90% su tamaño al año del tratamiento", describe el Dr. Javier Larrache, especialista del Servicio de Radiodiagnóstico de la Clínica. En caso de que los nódulos sean malignos se puede recomendar al paciente el tratamiento quirúrgico, "normalmente esa misma tarde o al día siguiente, de manera que en 24 horas está operado", asegura el Dr. Galofré. Destaca así la importancia de una medicina de precisión: tratar al paciente justo en la medida que necesita ni sobretratarlo, ni tratarlo menos. "Esa medicina de precisión va de la mano de una medicina rápida con soluciones inmediatas, que eviten la angustia de un paciente".

No obstante, este manejo multidisciplinar del cáncer de tiroides es complejo, advierte. "Ofrecer en 24 horas el diagnóstico y el tratamiento sólo se consigue porque hay detrás



Equipo de Patología Tiroidea: De izda. a dcha. los doctores José Mª López Picazo, Miguel Ángel Idoate, Laura Álvarez Gómez, José Ignacio Echeveste, Marta Abengozar, Juan Carlos Galofré, Mª Dolores Lozano, Mikel San Julián, Juan Alcalde, Amparo Calleja, Marta Moreno y Javier Arbizu.

una serie de profesionales especializados que nos reunimos periódicamente en un comité de cáncer de tiroides".

Actualmente, la técnica quirúrgica más novedosa en cirugía de tiroides es el abordaje transaxilar (a través de la axila). Se realiza mediante procedimiento endoscópico o robótico. La principal ventaja de esta técnica radica en evitar la cicatriz y las molestias en el cuello", indica el Dr. Juan Alcalde, especialista en Otorrinolaringología.



abba Reino de Navarra hotel ****S Pamplona











Menú Diario 22€ PERSONA (Postre y bebidas incluidas

Laparoscopia en hernias inguinales, mejor técnica quirúrgica para casos bilaterales

Se recomienda para el tratamiento de pacientes con más de una hernia, así como de jóvenes y deportistas, por su recuperación más rápida

CUN ■ Pacientes con hernias bilaterales y aquellos de condición joven y muy deportista son las principales indicaciones de la técnica laparoscópica en el tratamiento de hernias inguinales. El principal motivo reside en que este procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo reduce el dolor postoperatorio y el periodo de recuperación. Además posibilita el acceso a ambos lados anatómicos a través de las mismas incisiones, necesario en los casos de las hernias inguinales bilaterales. recuerdan los doctores Pablo Martí y Gabriel Zozaya, especialistas del Departamento de Cirugía General de la Clínica. Este servicio médico cuenta con la experiencia de más de un millar de las mencionadas intervenciones.

"En estos casos, la recuperación del paciente es más rápida, ya que, según se describe en la literatura científica, bastaría que dejasen de realizar actividad física durante 2 o 3 semanas", indica el Dr. Martí. En la comparativa, la cirugía abierta convencional requiere aproximadamente un mes y medio de recuperación postoperatoria para poder volver a realizar ejercicio físico, coinciden ambos especialistas.

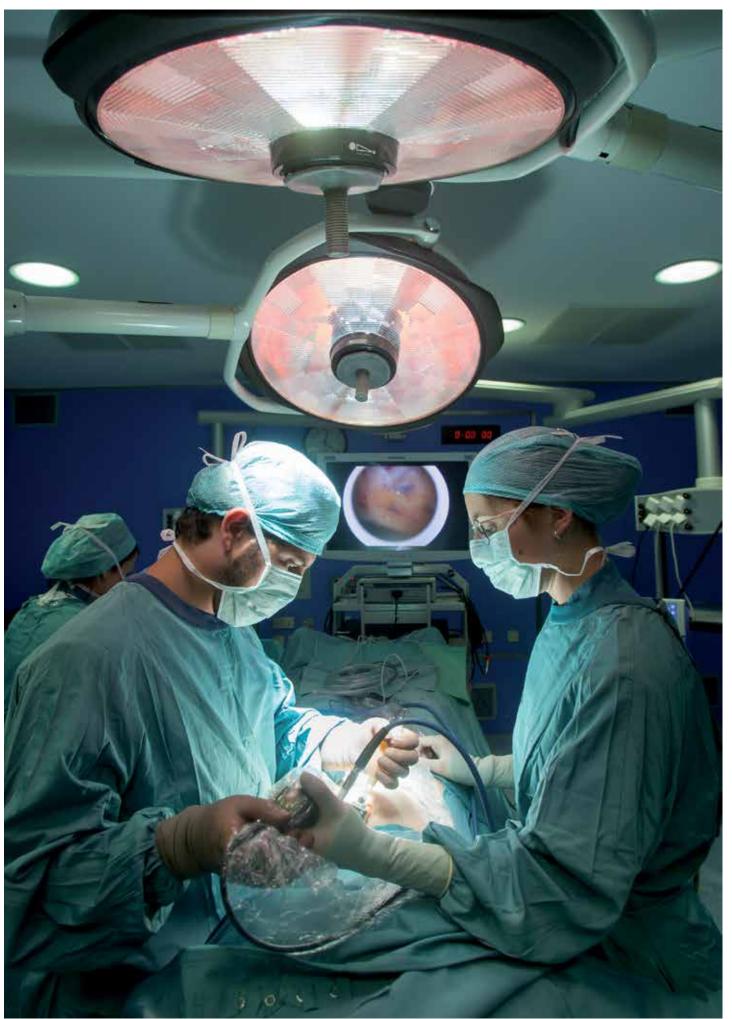
A estos casos, el Dr. Martí añade, en general, que la laparoscopia es una técnica recomendable en todos aquellos pacientes con más de una Este equipo médico
cuenta con la experiencia
de más de un millar
de intervenciones de
hernias inguinales por
laparoscopia.

Este procedimiento
quirúrgico mínimamente
invasivo reduce el dolor
postoperatorio y el
periodo de recuperación.

hernia "como por ejemplo una persona que presente una inguinal y otra crural".

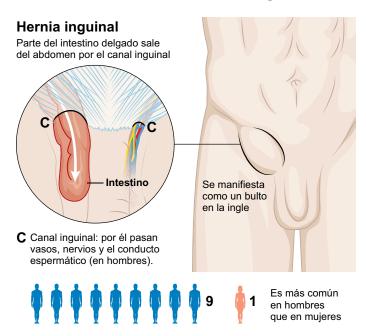
Además, la cirugía laparoscópica también está indicada en "casos de deportistas con dolores inguinales pero sin una hernia clara en exploración ni en ecografía", afirman. Otros casos indicados son las hernias inguinales bilaterales (en ambos lados) y las recidivadas, derivadas de hernias tratadas por cirugía convencional que han vuelto a aparecer. Otras indicaciones son las hernias crurales (por el conducto crural) y las obturatrices (por el orificio obturador de la cavidad pélvica).

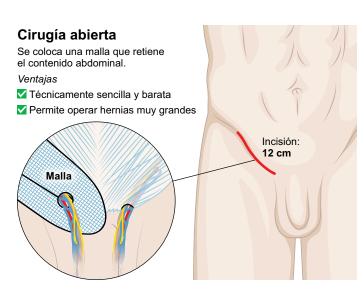
Algunos estudios científicos PASA A LA PÁG. 22 >>

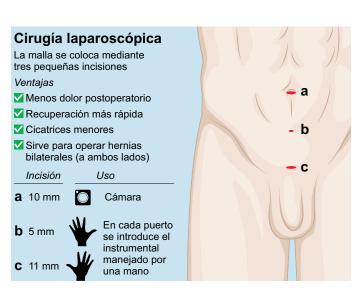


El Dr. Pablo Martí durante una laparoscopia de hernia inguinal junto a la Dra. Carlota Tuero.

Tratamiento de las hernias inguinales









Equipo quirúrgico. El Dr. Pablo Martí, las enfermeras Almudena Zudaire y Miriam Carolina Fernández, la Dra. Patricia Ahechu y el Dr. Gabriel Zozaya.

<< VIENE DE LA PÁG.20

cifran la prevalencia global de las hernias en un 5% de la población adulta. De ese total. alrededor del 75% de todas las hernias se presentan en la región inguinal. Así, una hernia inguinal es la salida al exterior del contenido de la cavidad abdominal (generalmente asas de intestino) a nivel de la región inguinal.

UNA CIRUGÍA POCO EXTENDI-

DA. A pesar de los beneficios que se obtienen para los casos antes descritos, la técnica laparoscópica para el tratamiento de hernias inguinales no está muy extendida. La primera causa de la limitación de su uso radica "en la complejidad de la técnica, que requiere de cirujanos habituados a esta espacio anatómico y a esta técnica quirúrgica". Además, es un procedimiento que se hace "bajo anestesia general frente a la anestesia raquídea que suele emplearse en la cirugía convencional abierta de este tipo de hernias", apunta el Dr. Zozaya.

La laparoscopia presenta, no obstante, algunas contraindicaciones para otros tipos de hernias, como las incarceradas o las estranguladas.

LA TÉCNICA. Para la intervención laparoscópica de una hernia inguinal, los cirujanos emplean un total de tres trocares. que son los tubos a través de los cuales se introduce el instrumental quirúrgico en la zona que se va a intervenir, mediante una incisión mínima. De este modo, se habilitan -a través de tres pequeñas incisiones- tres puertos de acceso por los que el cirujano operará, evitando la herida quirúrgica propia de la cirugía abierta convencional. Los tres trocares permiten acceder a ambos lados, "por lo que no son necesarias más incisiones para operar una hernia inguinal bilateral", apuntan los cirujanos.

La técnica concreta que utilizan los laparoscopistas de la Clínica es la denominada TEP (totalmente extra peritoneal). "Con este procedimiento evitamos entrar en la cavidad abdominal y los problemas de adherencia que pudieran derivarse", destacan. Entre las principales novedades que presenta este procedimiento destaca la utilización actual de una malla anatómica -fijada mediante material reabsorbible- que consigue un cierre más eficaz del orificio, por lo que presenta menos tasa de recidiva.

Estudian los beneficios de la dieta mediterránea y del ejercicio físico en 220 niños con obesidad

El estudio analizará si un cambio en el estilo de vida provoca alteraciones genéticas que modifican el riesgo de sufrir diabetes

CUN ■ Con el fin de evaluar los efectos de una intervención integral basada en una dieta mediterránea y en el ejercicio físico programado, se ha puesto en marcha un ensayo clínico multicéntrico en niños con obesidad central. El estudio tendrá una duración de un año y valorará un total de 220 pacientes de entre 7 y 16 años.

Este proyecto, impulsado por todos los pediatras de la Comunidad foral de Navarra, ha sido seleccionado por la Fundación Merck Salud, entidad dedicada a promover la investigación biomédica, como uno de los estudios que recibirán las ayudas Merck de Investigación 2016. Los especialistas, integrados en el Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), recibirán un total de 25.000 euros para hacer frente a una parte del ensayo.

LA OBESIDAD INFANTIL, UNA EPIDEMIA. La obesidad infantil es una epidemia presente en la mayoría de países desarrollados. Se calcula que la prevalencia del síndrome cardiometabólico en la población infantil afecta al 12% de niños con sobrepeso y al 29% de niños obesos. Como consecuencia, cada vez más niños padecen síndrome metabólico, un problema de salud serio en la infancia que continúa en la etapa adulta con la presencia



Especialistas de la Clínica y del Complejo Hospitalario de Navarra colaboran en la investigación.

de algunos factores de riesgo cardiovascular como la obesidad central, la resistencia a la insulina, hipertensión y dislipidemia (alteración de los niveles de lípidos o grasas en sangre).

Según apunta la Dra. Cristina Azcona, investigadora principal del proyecto, especialista en Pediatría y experta en endocrinología pediátrica de la Clínica Universidad de Navarra, "la intención de este ensayo es demostrar que una intervención intensiva sobre

Se calcula que la prevalencia del síndrome cardio metabólico en la población infantil afecta al 12% de niños con sobrepeso y al 29% de niños obesos

el estilo de vida de los niños con estos indicadores de riesgo posibilita una pérdida de grasa, un aumento de la musculatura, mejora la sensibilidad a la insulina y reduce su riesgo cardiovascular". Este estudio investigará además nuevos marcadores biológicos (genéticos y epigenéticos) que puedan estar asociados con la dificultad para controlar la grasa corporal y una mavor sensibilidad a la insulina. De este modo, los especialistas podrán adaptar mejor las recomendaciones para tratar la obesidad y sus complicaciones a cada paciente.

ESTRATEGIAS CONTRA LA OBESIDAD INFANTIL. Se estima que uno de cada tres niños nacidos en el año 2000 estará afectado de diabetes tipo 2 en el futuro, lo que reducirá de

forma significativa su esperanza de vida, ocasionando importantes costes sanitarios. "Por eso, la mejor estrategia para luchar contra la obesidad y prevenir sus complicaciones, especialmente la diabetes, se basa en programas intensivos que modifiquen el estilo de vida de los niños v sus familias, e incluyan orientaciones personalizadas sobre la dieta, la actividad física y modificaciones conductuales", asegura. La especialista subraya que este tipo de intervenciones requieren de equipos multidisciplinares de profesionales sanitarios que incluyan pediatras, médicos de familia (dado que el estudio abarca a niños hasta los 16 años), nutricionistas, psicopedagogos y enfermeras, y destaca que "el apoyo familiar es imprescindible".

Inmunoterapia, una solución al cáncer de pulmón

Un fármaco inmunoterápico ha conseguido detener el cáncer de pulmón en fase avanzada que sufría David Fernández García tras dos años de tratamiento.



Equipo de Oncología que ha asistido al paciente: de izda a dcha, Dr. Diego Salas, la enfermera Mapi Andueza, el Dr. José Luis Pérez Gracia, la auxiliar Pili Gueracenea, el Dr. Alfondo Gúrpide y la enfermera Lourdes Soria.



CUN ■ David Fernández, capitán de la Marina Mercante, trabaja como director de Seguridad, Personal, Riesgos y Gestión en Naviera Murueta, en Bilbao. En 2012 le dieron la peor noticia: sufría cáncer de pulmón. Acostumbrado a fumar cuatro paquetes de tabaco diarios, este asturiano, afincado en Bilbao, que entonces tenía 53 años, tuvo que abandonar el tabaco y, lo que era más complicado: buscar un tratamiento para su enfermedad, ya extendida a otros órganos de su cuerpo.

Las seis sesiones de quimioterapia que recibió en un hospital de su entorno no sirvieron para combatir la enfermedad. Por este motivo, su oncólogo le propuso consultar su caso en la Clínica, centro pionero en el desarrollo de ensayos clínicos. El doctor Alfonso Gúrpide, especialista en Oncología, describe el estado en el que David llegó a la Clínica: "se encontraba en una situación muy delicada porque los tratamientos clási-

cos no estaban funcionando. Pero disponíamos de un ensayo con un fármaco inmunoterápico de última generación, que se llama Pembrolizumab, y que ya está aprobado para esta indicación. Así que se lo propusimos".

David, que para entonces ya había perdido el 60% de su voz, no lo pensó dos veces. A los días fue a Pamplona y le confirmaron que podía entrar en la investigación. Según el doctor Gúrpide, "para entrar en el ensayo, de dos años de duración, tenían que ser pacientes con la enfermedad en estadio más avanzado, el IV".

Meses después, David comenzó el tratamiento. Cada 21 días, este capitán de barcos debía recibir en el Hospital de Día de la Clínica, vía intravenosa, el fármaco Pembrolizumab. "Lo que le ha ocurrido a David, después de dos años de tratamiento, es que su cáncer de pulmón se ha quedado reducido a unas pequeñas cicatrices, se ha cronificado". David se



encuentra ahora "perfectamente", ha vuelto a trabajar "con una mayor intensidad que antes, llevando el control de 16 barcos" y "apreciando más la vida".

UN ENSAYO INTERNACIONAL.

En el ensavo clínico han participado 202 centros médicos de 24 países de todo el mundo. Con 19 pacientes, la Clínica es el cuarto centro médico del mundo que más personas afectadas por la enfermedad ha reclutado (segundo centro de España). "Los resultados han sido sorprendentes. Los que se benefician del fármaco alcanzan grandes respuestas en la mejora de la enfermedad con una calidad de vida espectacular y sin presentar efectos secundarios".

Los pasos hacia adelante en el campo de la aplicación de la inmunoterapia contra el cáncer avanzan de manera firme. "El pasado mes de abril se publicaban en la revista The Lancet Para entrar en el ensayo, de dos años de duración, tienen que ser pacientes con la enfermedad en estadio más avanzado.

En el estudio han participado 202 centros médicos de 24 países de todo el mundo.

los resultados del ensayo con este medicamento contra el cáncer de pulmón", relata el oncólogo. En definitiva, el uso del medicamento Pembrolizumab prolonga la supervivencia global, por lo que se establece como una nueva opción de tratamiento para las personas que sufren esta patología. Por ello, ahora se está empezando a ensayar para otras enfermedades.



678 537 520

info@hotelApamplona.es

www.hotelApamplona.es

948 272 975



SU CASA JUNTO A LA CLÍNICA



OFERTA ESPECIAL CLIENTES CLÍNICA:

utilice el código "OFERTACUN" al realizar su reserva









De izda. a dcha, la Dra. Merche Egaña de la Unidad Central de Ensayos Clínicos de la Clínica junto David Fernández y al Dr. Alfonso Gúrpide.

David Fernández:

"El nuevo fármaco me ha dado más vida"

Capitán de la Marina Mercante, de 57 años, entró en un ensayo clínico que revirtió su cáncer de pulmón

¿Cómo se enteró de que tenía un cáncer de pulmón avanzado?

Fue en el año 2012, el día 26 de noviembre, cuando de repente me empecé a sentir mal. Fui al médico de cabecera por si se trataba de una gastroenteritis y, al ver mi aspecto, llamó a una ambulancia para que me llevasen directamente a la UCI. Más tarde, me comunicaron que tenía un cáncer extendido por todo el cuerpo. En ese momento se me cayó el mundo.

Cuando le diagnosticaron la enfermedad y le dijeron que no había tratamiento, se le cayó el mundo a los pies.... Pero ¿cómo era su vida? Mi vida siempre ha estado dedicada a la mar, desde pequeño, cuando salía a navegar con mi padre. Con 26 años ya era capitán. Antes del diagnóstico, mis jornadas de trabajo solían ser de 16 ó 17 horas diarias. Aunque sé que no es excusa, la vida del marino conlleva bastante estrés, por lo que fumaba mucho, tres o cuatro paquetes cada día.

¿Cómo se encontraba cuando visitó la Clínica por primera vez?

La primera vez que vine a la Clínica fue el 7 de enero de 2013 y mi estado físico no era malo. Sin embargo, el anímico era bajísimo, incluso habíamos preparado hasta el testamento. Cuando llegué, me hicieron muchísimas pruebas, pero fue el doctor Gúrpide el que me devolvió la esperanza al decirme que se podía tratar. Fue espectacular, una inyección de moral que mi cuerpo empezó a asimilar. Y desde ese día lo vi todo distinto.

A pesar de que otros médicos ya le habían desahuciado...

Sí. Fue en ese momento cuando me agarré a la vida de nuevo.

¿Cómo afrontó el tratamiento?

Empecé la quimioterapia en un hospital cerca del lugar donde vivo. En total, seis sesiones. Después comencé a tomar la pastilla de mantenimiento durante los siguientes diez meses. Sin embargo, un día dejé de hablar. No le di importancia porque pensé que sería un catarro, pero los médicos de ese hospital me dijeron que el tratamiento había dejado de funcionar y que debía empezar con sesiones de radioterapia.

¿Qué problema tuvo con la voz?

Perdí el 60% de mi voz porque una de las cuerdas vocales se había parado. Esto psicológicamente me afectó mucho. Entonces decidí escribirle un email al Dr. Gúrpide para contarle el problema y que iba a iniciar el tratamiento con radioterapia. Sin embargo, el Dr. Gúrpide me dijo que no empezase la radioterapia y que volviese a la Clínica, porque estaban probando un nuevo tratamiento con inmunoterapia perfecto para mí. Comencé

en el ensayo clínico en junio de 2014.

¿Cómo reaccionó al tratamiento?

En la tercera sesión la voz empezó a mejorar y, al poco tiempo, volví a hablar. Un otorrinolaringólogo, que era muy amigo mío y había visto mi cuerda vocal parada, me dijo que era increíble, que nunca había visto que una cuerda vocal volviese a trabajar después de inmovilizarse. Y todo gracias al tratamiento con inmunoterapia, que en solo tres sesiones hizo lo mismo que seis meses de quimio, pero sin ningún efecto negativo secundario.

Y ahora, ¿cómo se encuentra?

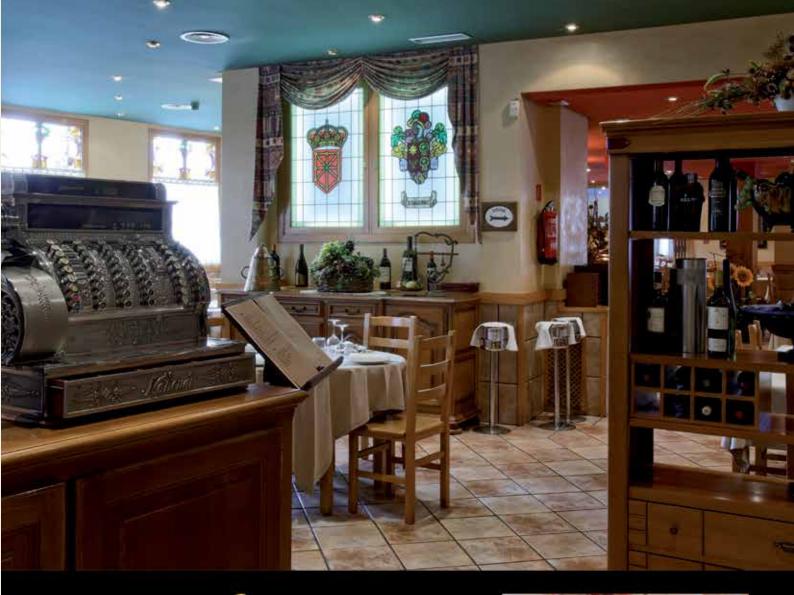
Perfectamente. Estoy incluso mucho mejor que antes. Puedo decir que el paso por la Clínica me ha cambiado la vida. Antes era capitán de un barco y ahora, de 16. Además, al encontrarme tan bien, tengo más ganas de viajar, de trabajar, de estar con los míos... Ahora aprecio hasta el café que me tomo cada mañana.

¿Qué le dicen los médicos después de tantos meses con el tratamiento de inmunoterapia?

Solo me queda una sesión, la 35, y los médicos han notado muchísima mejoría. Además de recuperar la voz, algo que parecía imposible, la inmunoterapia, a diferencia de la quimioterapia, no tiene contraindicaciones porque es el propio sistema inmune el que ataca a las células cancerosas, por lo que no es dañino para el organismo.

¿Cómo valora la atención que recibió en la Clínica?

Nunca me hubiese imaginado que un centro pudiese tener tantas atenciones y tratamientos. Para mí ha sido muy importante también el trato, el cariño que me han dado tanto a mí como a mi familia. Es indescriptible, espectacular.



Asador Maya

El placer del buen comer

Buenos ingredientes, el saber hacer y un trato amable son la base de un merecido reconocimiento en nuestros 40 años de experiencia.

SIEMPRE CERCA

A cinco minutos de de la Clínica Universidad de Navarra. Con un amplio aparcamiento. Sin esperas ni agobios. En un ambiente tranquilo y agradable.



TODOS LOS DÍAS.

Carta y menús ajustados a su economía

iiQUEDAR BIEN CUESTA POCO!!

UBICACIÓN 31191 Esquíroz de Galar (Navarra) T 948 317 339 - 948 317 809 www.asadormaya.com

El éxito de la inmunoterapia en cáncer de hígado avanzado se cifra en más de la mitad de los pacientes

Según resultados preliminares de un ensayo clínico fase I-II, liderado por investigadores de la Clínica y CIMA, en el que se probó la seguridad y eficacia del fármaco

CUN ■ Más de la mitad de los pacientes con cáncer de hígado (hepatocarcinoma) avanzado, evaluados en un ensayo clínico fase I-II, han sobrevivido más de un año tras el tratamiento con el fármaco inmunoterápico nivolumab. El estudio preliminar ha sido liderado por un equipo de especialistas de la Clínica Universidad de Navarra y del CIMA.

Los resultados de la investigación han constatado la seguridad y eficacia del fármaco en dos cohortes de pacientes con hepatocarcinoma. En concreto, el ensayo ha sido dirigido por los doctores Bruno Sangro, director de Hepatología de la Clínica Universidad de Navarra, e Ignacio Melero, codirector del Servicio de Inmunología e Inmunoterapia de la Clínica e investigador del Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) de la



Equipo investigador: De izda a dcha. los doctores Bruno Sangro y Mercedes Iñarrairaegui, la enfermera Carmen Fuertes y el doctor Ignacio Melero.

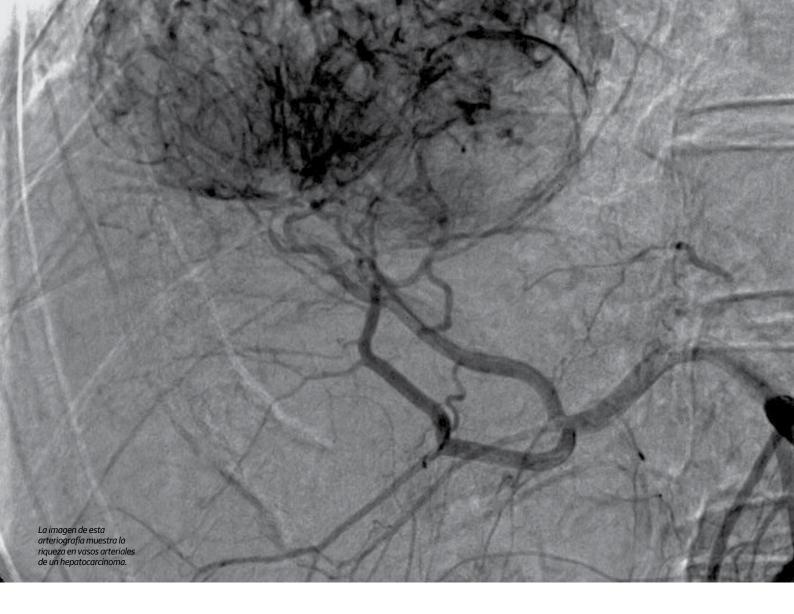
Universidad de Navarra. Las conclusiones se presentaron en el Congreso de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO), celebrado en Chicago el pasado mes de junio. El trabajo ha sido promo-

vido por la compañía Bristol Myers Squibb.

REMISIONES COMPLETAS. Los pacientes estudiados en el ensayo clínico fueron, en su mayoría, personas diagnos-

ticadas de hepatocarcinoma avanzado, más de un 75% de los casos con metástasis. La práctica totalidad de los casos habían sido operados o tratados con terapias loco-regionales. Entre un 70 y un 80% habían recibido tratamiento sistémico con sorafenib (fármaco antiangiogénico) y/o quimioterapia.

En una primera fase de la investigación, con 48 pacientes estudiados, los especialistas de la Clínica evaluaron la seguridad del tratamiento de inmunoterapia y en una segunda, ampliada a 214 pacientes, se valoró la eficacia y se confirmó la seguridad del medicamento. "En ambas fases, la eficacia se ha medido según la capacidad del fármaco de producir respuestas objetivas", describe el Dr. Sangro. Así, los resultados del estudio han revelado una reducción significativa de la enfermedad en



un 15% de pacientes, mientras que en un 5% del total llegó a alcanzarse una remisión completa de la enfermedad.

En un porcentaje mayor, en torno a un 50%, "se ha conseguido la estabilización de la enfermedad que, en más de la mitad de ellos es duradera, con más de 17 meses de supervivencia", apunta el hepatólogo. Efectos adversos sintomáticos e intensos se detectaron sólo en un 1% de los pacientes tratados.

VALOR DE LA INMUNOTERA-

PIA. A la vista de estos datos, el Dr. Melero hace un balance de la relevante posición que actualmente ocupa la inmunoterapia entre los tratamientos oncológicos. "El cáncer de hígado no es una excepción y se añade a la lista de tumores malignos sobre la que la inmunoterapia, mediante el bloqueo de PD-1 (proteína uti-

lizada por las células cancerígenas para repeler la acción inmunitaria), tiene una actividad beneficiosa", apunta.

El investigador destaca cómo "llama poderosamente la atención la aparición de respuestas objetivas por criterios radiológicos y, sobre todo, la frecuencia de casos en los que la enfermedad permanece estable durante muchos meses".

UN NUEVO ESTUDIO. A colación de este primer estudio, los especialistas han presentado también en ASCO el diseño de un ensayo clínico internacional multicéntrico, liderado por el equipo de investigadores de la Clínica, en el que se tratarán un total de 726 pacientes de 125 hospitales de 21 países de todo el mundo. En este estudio se pretende averiguar si el tratamiento con nivolumab produce mejores

LA CIFRA

726

Este grupo de investigadores ha iniciado otro estudio internacional multicéntrico, liderado por el equipo de la Clínica, en el que se tratarán un total de 726 pacientes en 125 hospitales de 21 países de todo el mundo.

resultados que el tratamiento con sorafenib, la única alternativa actual de tratamiento para estos pacientes.

"Después de diez años de fracasos, es probable que podamos contar con un segundo fármaco activo en esta enfermedad, lo que sería un beneficio notable para los pacientes", subraya el Dr. Sangro.

Las investigaciones "se centran ahora en identificar, mediante biomarcadores, aquellos casos en que el tratamiento será eficaz y en establecer combinaciones de tratamientos con nivolumab u otros agentes de la misma clase farmacológica para conseguir efectos sinérgicos", detalla el Dr. Melero. Para ello, concluye, "la integración multidisciplinar de los equipos de Inmunoterapia y Hepatología en la Clínica Universidad de Navarra e investigadores del CIMA está siendo crucial."

Diana Temirova: "Fue un gran shock: dejé de sentir la muñeca y a los dos días no podía andar"

La paciente de 15 años, procedente de Kazajistan, llegó a la Clínica con un trastorno somatomorfo que le había mantenido en silla de ruedas durante 2 años

CUN ■ Tiene sólo 15 años y ya ha terminado su primer cortometraje. Diana Temirova, una joven de Kazajistán, ha conseguido además, gracias a la ayuda de sus nuevas amigas, las fisioterapeutas de la Clínica, grabar el mejor de los finales: el milagro de levantarse de su silla de ruedas y caminar tras dos años incapaz de hacerlo.

En su primera filmación, angustiada, no podía mover ni un solo dedo de sus pies, pero en la última, cuatro meses después, pasea feliz por la playa de la Concha de San Sebastián acompañada de su madre, Dinara. Todo empezó cuando la pequeña, de repente, dejó de sentir la muñeca. La preocupación provocó que la parálisis fuese a peor, con contracturas y atrofia de los músculos. Dos días después, dejó de andar.

Diana padecía un trastorno somatomorfo por el que, tras un problema físico que produce dolor o disfunción, se generan síntomas de ansiedad o depresión que no se expresan como tales, sino como mantenimiento del dolor o de una disfunción que resulta desproporcionada respecto a la causa inicial.

Hace unos meses llegó a Pamplona en silla de ruedas porque no podía andar. ¿Cómo era su vida antes?

Mi vida era totalmente normal, como la de cualquier adolescente, estudiaba en la escuela, iba con mis amigas, con mi familia, soñaba con graduarme en una buena universidad... Mi gran hobby era la natación y me encantaba salir a bailar con mis amigos.

¿Qué le ocurrió entonces?

De repente, en septiembre de 2013, dejé de sentir mi muñeca. Fuimos al hospital de mi ciudad y a los dos días ya no podía andar. Fue un shock muy grande para mí, para mi familia y mis amigas... Mi vida cambió radicalmente, tanto a nivel físico como mental: estaba muy asustada porque no podía andar ni controlar mis piernas y, al mismo tiempo, sentía mucho dolor.

¿Y qué le dijeron los doctores?

En Kazajistán, los médicos no me podían administrar los tratamientos que necesitaba, así que me propusieron trasladarme a la Clínica Universidad de Navarra, porque es una de las mejores de Europa. Por eso, vine con la esperanza de volver a andar.

Cuando pasea por la Clínica, saluda a mucha gente...¿cómo ha sido su experiencia durante el tratamiento?

Sí, he hecho muchos amigos: enfermeras, fisioterapeutas como Ainara y Sandra que me han ayudado un montón desde el primer día, la Dra. Casado, de Reha-



bilitación, la Dra. Sánchez-Carpintero, de Neuropediatría, el Dr. Soutullo, de Psiquiatría, sus equipos...También el Dr. España, de Dermatología, porque tuve un problema con mi acné y mis uñas y él me ayudó a estar más guapa.

Así, durante el tratamiento en la CUN, la experiencia ha sido muy positiva porque el personal médico ha sido muy amable conmigo, estaban muy pendientes y siempre me animaban a seguir luchando.

Ha acudido a la entrevista andando con total normalidad. Parece mentira que hace escasas semanas no pudiera caminar. ¿Recuerda el momento en el que consiguió levantarse de la silla?

Ese momento fue muy emocionante. Al principio me resultaba muy difícil hacer los ejercicios porque llegué a la Clínica en silla de ruedas. Sin embargo, cuando llevaba cuatro meses de tratamiento, las fisioterapeutas me animaron a ponerme de pie, y así lo hice. Ahora puedo andar, correr... Prácticamente puedo hacer todo lo que antes no era posible.

"Desde que llegué a la Clínica he ido grabando en el móvil toda mi evolución: desde que no podía mover ni un dedo de los pies hasta que, poco a poco, conseguí mover mis extremidades".

¿Guarda algún recuerdo gráfico de ese momento?

Desde que llegué a la Clínica he ido grabando en el móvil toda mi evolución: desde que no podía mover ni un dedo de los pies hasta que, poco a poco, conseguí mover mis extremidades. Con esos videos, he hecho un cortometraje dedicado a otras personas que están atravesando un proceso tan duro como el mío. Quiero inspirarles con mi historia y decirles que no tiren nunca la toalla, aunque a veces quieran abandonar y sienta que nadie les entiende. Ante eso,

no deben deprimirse. Me gustaría aconsejarles que sigan creyendo, porque si no lo hacen, nadie lo hará por ellos.

Ahora que tiene de nuevo una movilidad completa y ha vuelto a Kazajistán, ¿cómo es su día a día?

Sinceramente, con el paso de la enfermedad, mi forma de ver la vida ha cambiado mucho. Ahora soy consciente de lo que me rodea y lo disfruto mucho más: paso más tiempo con mi familia y mis amigos, he vuelto a nadar y a bailar, y estoy aprendiendo a montar en bicicleta. Además, he empezado a jugar al fútbol con mi padre.

¿Se lleva un buen recuerdo de la Clínica y de Pamplona? ¿Volverá?

¡Sí! Mi impresión de la Clínica ha sido muy buena porque vine con una esperanza que se ha hecho realidad. Me gustaría estudiar Arquitectura o Periodismo en la Universidad de Navarra. Sin embargo, por ahora, mis planes son terminar el colegio y sacar buenas notas.

DINARA TEMIROVA, MADRE

"Era una niña sana y deportista pero, de un día para otro, dejó de andar"



La Dra. Sánchez-Carpintero (Neuropediatría) conversa con Diana y con su madre Dinara.

■ Dinara Temirova, madre de Diana, escucha con atención a su hija durante la entrevista. Ella es la persona que ha hecho un paréntesis en su vida cotidiana en Kokshetau (Kazajistán) para acompañar, cuidar, animar y apoyar a Diana durante los cuatro meses que han estado en Pamplona.

¿Cómo afrontó la familia la enfermedad?

Fue un choque para toda la familia. Ella era una niña sana y deportista y, de un día para otro, dejó de sentir la mano y en dos días dejó de andar. Fue muy duro porque los médicos en nuestro país nos decían que no podían ofrecerle un buen pronóstico. Vinimos a la Clínica porque creíamos que era lo mejor.

¿Cómo ve a Diana tras haber pasado por la Clínica?

Al principio, cuando llegamos a la Clínica, nos sentíamos un poco escépticos, y Diana estaba muy cerrada y seria... Sin embargo, gracias a todos los profesionales, tanto médicos, enfermeras como fisioterapeutas, ha cambiado completamente. Ahora está más abierta y alegre, y vuelve a tener planes de futuro. Incluso quiere venir a Pamplona a estudiar Arquitectura.

DRA. ROCÍO SÁNCHEZ-CARPINTERO

"El caso de Diana fue un gran reto"

■ ¿Cuál fue el reto más importante al que se enfrentaron en el Departamento de Pediatría?

Para nosotros, el caso de Diana fue un gran reto. Desde el punto de vista neurológico nos enfrentábamos a una patología que había sucedido dos años antes, pero cuyos efectos seguían presentes en la actualidad, ya que le impedía caminar y tenía que ir en silla de ruedas.

¿Cómo afrontaron el tratamiento?

La clave del éxito estaba en lograr diagnosticar si había algún problema físico que le impidiera caminar. Hicimos exploraciones muy detalladas, comprobaciones con distintas pruebas y exámenes de laboratorio complejos. Necesitábamos un diagnóstico certero de que no había un fallo neurológico que le impidiera caminar. Cuando lo supimos, el reto se centró en transmitir a una persona que lleva dos años en silla de ruedas que iba a poder caminar de nuevo.

DR. CÉSAR SOUTULLO

"La clave ha sido el trabajo en equipo"

■ ¿Cuál cree que ha sido la clave del éxito en la recuperación de Diana?

La esencia de la mejoría ha sido la colaboración entre varias Unidades y Departamentos. Este abordaje multidisciplinar ha permitido que no hubiese ninguna fisura entre nosotros, lo que muchas veces provoca que el tratamiento falle.

¿Fue importante el papel que desempeñó el Departamento de Psiquiatría?

Nos ocupamos de un aspecto fundamental: conseguir que Diana no tuviera ansiedad a la hora de poner los pies en el suelo porque el trastorno somatomorfo y el dolor le provocaron fobia a andar. Gracias a los buenos resultados de la rehabilitación y las sesiones de relajación, Diana empezó a grabar vídeos que se convirtieron poco a poco en un objetivo: enviárselos a su padre en Kazajstán para hacerle partícipe de su mejoría. Fue un catalizador para ella.

DRA. MILAGROS CASADO

"Diana ha sido un ejemplo de superación"

■ ¿Cómo fue el proceso de rehabilitación?

La rehabilitación de Diana fue dura. Cuando llegó por primera vez a la consulta era incapaz de desplazarse, solo podía moverse en silla de ruedas. Tenía una situación de rigidez motora, que le imposibilitaba mover las piernas y sufría muchísimo dolor.

¿Cómo lograron que Diana volviese a caminar?

Diana ha sido un ejemplo de superación día a día. Gracias a su firme voluntad y al abordaje multidisciplinar terapéutico de la Clínica consiguió superar su enfermedad. Entre los fisioterapeutas, los facultativos y todo el personal sanitario implicado se consiguió su recuperación: de no poder andar durante dos años, en solo cuatro meses, ha conseguido una autonomía completa.



Cocina permanente

Servicio completo desde las 8 de la mañana hasta las 0.30h, ininterrumpido Servimos desayunos, comidas y cenas Cocina tradicional y platos de temporada Diferentes precios por menús o platos





Irunlarrea 6 • 31008 Pamplona • www.restauranteobas.com

Actualidad

Foro Albert Jovell premia la colección de relatos 'Historias de la Clínica'



Premiados de la Clínica: el Dr. Carlos Centeno (Dir. C.s Paliativos) y Katrin Astiz (Dto. Comunicación), junto a Xavier Gil Mur, rector de la Universitat Internacional de Catalunya y a Manuel Pérez Fernández, presidente de la Fundación Mehuer.

CUN ■ El proyecto 'Historias de la Clínica', una colección de relatos breves basada en testimonios personales de pacientes que superan su enfermedad, ha sido premiado por el Foro Albert Jovell en unos galardones concedidos a proyectos que mejoran los resultados en salud de los pacientes y destacan por su carácter innovador y enfoque humanista. El conjunto de relatos ha sido reconocido como mejor iniciativa de "formación, transformación, información o sensibilización en torno a la salud" por el jurado. En la misma categoría, el trabajo sobre "Transformación de la asistencia en la enfermedad avanzada y el final de la vida a través de la formación sistemática en Cuidados Paliativos", del Dr. Carlos Centeno, director de la Unidad de Medicina Paliativa de la Clínica, también resultó premiado con el accésit.

NUEVE HISTORIAS DE SUPERACIÓN. Este proyecto surge en 2007 con el ánimo de reivindicar la figura del enfermo. Son historias de superación, de grandeza cotidiana en la lucha contra la enfermedad, protagonizadas por personas que sufren y que, paradójicamente, sacan lo mejor de sí mismas. La colección está compuesta por nueve libros, escritos por algunos de los mejores representantes de la narrativa española: Juan Manuel de Prada (2007), Soledad Puértolas (2008), Gustavo Martín Garzo (2009), José Ma Merino (2010), Mercedes Salisachs (2011), Lorenzo Silva (2012), Fernando Aramburu (2013), Marta Rivera de la Cruz (2014) y Bernardo Atxaga (2015).

CON NOMBRE PROPIO



La Dra. María del Mar Carmona especialista del Departamento de Neurología de la Clínica, ha recibido el Premio Joven de Investigación 2016 concedido por la Movement Disorder Society (Sociedad de Trastornos del Movimiento). El acto de entrega del galardón tuvo lugar el pasado 20 de junio en Berlín, durante el "20th International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders".

El Dr. Juan Carlos Galofré, especialista del Departamento de Endocrinología de la Clínica, ha sido nombrado nuevo vicedecano de la Facultad de Medicina por el rector de la Universidad de Navarra, Alfonso Sánchez-Tabernero. El nuevo vicedecano se incorpora a la Junta de la Facultad donde desempeñará su labor en el área de Ordenación Académica.



El Dr. Miguel Ángel Muñoz-Navas, director del Departamento de Digestivo de la Clínica Universidad de Navarra, ha sido galardonado con la Medalla de Oro de la Sociedad Española de Patología Digestiva, un reconocimiento honorífico por todos los méritos contraídos a lo largo de su trayectoria profesional y sus aportaciones en esta especialidad.

ENSAYOS CLÍNICOS

La Clínica tiene abiertos 157 ensayos clínicos y 71 estudios observacionales y posautorización. Entre otros:

- Tumores sólidos. Estudio para evaluar la seguridad y la farmacocinética de MOXRO916 y MPDL3280A en pacientes con tumores sólidos metastásicos o localmente avanzados.
- Cáncer de pulmón. Estudio para comparar la eficacia, seguridad, farmacocinética e inmunogenia de SB8 (biosimilar a bevacizumab que se propone) frente a Avastin® en sujetos con cáncer no microcítico y no epidermoide de pulmón, metastásico o recidivante.
- Mieloma múltiple. Estudio para determinar la dosis recomendada y la pauta posológica de durvalumab en combinación con lenalidomida con o sin dexametasona en sujetos con mieloma múltiple de nuevo diagnóstico.
- Mieloma múltiple. Estudio de pomalidomida v dexametasona con o sin pembrolizumab en el mieloma múltiple resistente o recidivante y resistente (MMrr).
- Glioblastoma recurrente. Estudio de la EORTC Brain Tumor Group. ABT-414 o ABT-414 más temozolomida frente a lomustina o temozolomida para glioblastoma recurrente.
- Glioblastoma. Estudio de ICT-107 más tratamiento de mantenimiento con temozolomida (TMZ) en pacientes con glioblastoma recién diagnosticado, tras la resección del tumor y quimiorradioterapia con TMZ.
- Cáncer hepatocelular. Estudio de ME-DI4736 y tremelimumab administrados en monoterapia y en combinación a pacientes con carcinoma hepatocelular no resecable.



ENSAYOS CUN Más información en: http://www.cun.es/investigacion/ ensayos-clinicos.html

Osasuna 'ficha' la atención sanitaria de la Clínica

Entre las ventajas más destacadas, figura la obtención de una póliza gratuita con cobertura de segunda opinión médica en la Clínica

CUN ■ Con la firma del convenio el pasado 20 de mayo, el Club Atlético Osasuna ha confiado a la Clínica Universidad de Navarra la asistencia sanitaria de sus jugadores, tanto del primer equipo como del segundo, así como de su cuerpo técnico. La prestación de dichos servicios médicos comenzó el 1 de julio y se prolongará al menos durante tres años, con posibilidad de renovación para futuras temporadas. El club de fútbol se compromete, por su parte, al patrocinio tanto de la Clínica como de la aseguradora ACUNSA y a realizar determi-



Iñigo Goenaga (Clínica), Luis Sabalza (Osasuna) y Javier Morán (ACUNSA) escenifican el acuerdo.

nadas acciones de publicidad y marketing en las condiciones acordadas.

Más en detalle, el acuerdo suscrito por ambas partes determina que la Clínica Universidad de Navarra prestará a Osasuna los servicios médicos especializados necesarios en los entrenamientos y partidos del primer equipo así como en los entrenamientos del segundo equipo y de las categorías inferiores, en coordinación con el jefe de los Servicios Médicos de Osasuna. Además, disfruta-

rán del seguro de salud ACUN-SA Confort Platino todos los jugadores del primer equipo y su cuerpo técnico.

VENTAJAS PARA LOS SOCIOS DE OSASUNA. Entre las ventajas más destacadas del acuerdo, figura la obtención para todos los socios de Osasuna de una póliza gratuita con cobertura de segunda opinión médica en la Clínica. Además, aquellos socios que decidan contratar un seguro médico privado obtendrán un 50% de descuento en el coste de la póliza del primer año, durante el plazo de tiempo que continúe vigente el actual acuerdo.

Todos los socios de Osasuna pueden también recibir un 25% de descuento en pruebas y honorarios médicos de las atenciones que se les dispensen en la Clínica, presentando su carnet de socio.



Actualidad

Redescubrir la misericordia en la asistencia a los que sufren

La Clínica ha organizado un ciclo de seis conferencias con motivo del Año de la Misericordia para resaltar la labor de aquellas personas dedicadas al cuidado de enfermos y desfavorecidos



(De izda. a dcha.) Alfredo Úriz, Haritz Berri, Teresa Azqueta, Rubén Unanua, José Andrés Gómez Cantero y Conchi Igea.

■ Coincidiendo con la llegada a Navarra de los refugiados procedentes de Siria e Irak, la Clínica ha celebrado la última mesa redonda del ciclo de conferencias organizado con motivo del Año de la Misericordia. En ella han participado varias entidades locales que desarrollan iniciativas para paliar situaciones de exclusión social que se producen actualmente.

Así, en esta última jornada, bajo el título "La acogida de Navarra a los descartados", se trataron ejemplos reales que los ponentes habían vivido en primera persona en su labor asistencial. Entre ellos, se refirieron a la historia de un refugiado que busca un hogar lejos de los horrores de su país. También narraron la experiencia de un joven sin apenas recursos pero con gran vinculaHan participado profesionales del mundo sanitario, periodistas, voluntarios v distintas instituciones comprometidas con los más desfavorecidos

ción con el mundo de la droga y del alcohol. Una mujer obligada a prostituirse para poder mantener a sus hijos, al igual que el de un hombre errante en busca de un techo donde resguardarse fueron algunos de las vivencias expuestas. "Son colectivos que pasan muy desapercibidos, no les prestamos atención, aunque los vemos todos los días. Por eso estas jornadas son necesarias, porque hablan en favor de los más necesitados", subraya Conchi Igea, del Área de Intervención Social de Cruz Roja.

UN CICLO PARA REDESCUBRIR LA MISERICORDIA. Esta jornada cierra un ciclo de conferencias organizado por la Clínica. El objetivo de estas sesiones se ha centrado en resaltar la labor de los profesionales de la sanidad, voluntarios y organizaciones que se vuelcan en el cuidado de los enfermos y de

La conferencia inaugural, en el mes de enero, corrió a cargo de Mons. Ignacio Carrasco, presidente de la Pontificia Academia para la Vida que en su intervención abordó la comprensión integral de la persona desde la Medicina.

las personas que sufren.

En total, seis sesiones en las que han participado profesionales del mundo sanitario, periodistas, voluntarios y distintas instituciones comprometidas con los más desfavorecidos.

CANAL CLÍNICA

La Clínica cuenta con un canal propio en Youtube donde publica sus vídeos divulgativos desde diciembre de 2007. Los vídeos de la Clínica publicados más recientemente son los siguientes:



Diagnóstico de un nódulo tiroideo en 4 horas

En apenas 4 horas, los especialistas del Área de Patología Tiroidea de la Clínica diagnostican posibles nódulos tiroideos. El tratamiento quirúrgico se realiza a continuación.



'Tecnoestrés'

La hipercomunicación, o estar permanentemente conectados a la tecnología, está provocando el ya denominado 'tecnoestrés'. El doctor Enrique Aubá explica qué hacer ante esta nueva manifestación del estrés.



Cáncer detectado en un chequeo

De los 25.000 pacientes que han sido atendidos por la Unidad de Chequeos en sus 15 años de funcionamiento, entre el 1,5 y 2%, presentaba algún tipo de tumor maligno que, en la mayoría de los casos, se detectó a tiempo.



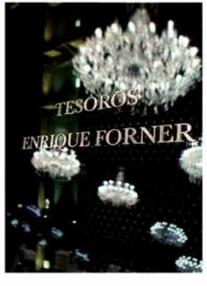








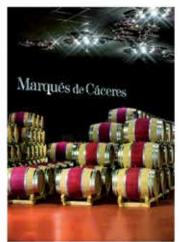








ENOTURISMO





RESERVAS
TIf: 941 454 744 - 626 653 782 comunicacion@marquesdecaceres.com

| Tisitanos:

ADÉNTRATE EN EL MUNDO

DEL VINO...
EN EL CORAZÓN DE RIDJA ALTA

FIRMA INVITADA

Jack Copeland



El trasplante cardiaco, la última solución

N 1965, "Ralphie", un pequeño receptor canino de trasplante cardiaco sobrevivió un año. Fue un perro milagroso que fue paseado por toda la Facultad de Medicina portando su jersey con la inicial "S" a manos de una enfermera con uniforme blanco y una de esas anticuadas cofias almidonadas. Norman Shumway y Richard Lower fueron los cirujanos responsables

de Stanford. Durante esa época con Shumway en Stanford y Lower en el Medical College de Virginia se sentaron las bases de la práctica en laboratorio para trasplante cardiaco. La preservación cardiaca mediante enfriamiento, la técnica de trasplante, la prueba de funcionamiento de los trasplantes ortotópicos denervados, el diagnóstico de rechazo por descenso de voltaje de ECG y más adelante mediante biopsia cardiaca, la inmunosupresión controlada con globulina antitimocito de conejo, la prednisona y la azatioprina, la supervisión de células T, la terapia con bolo de esteroides para episodios de rechazo... todo ello procedió del laboratorio. Como estudiante de medicina que pasó 5 años trabajando en el laboratorio de trasplante cardiaco de Stanford entre 1965 y 1969, no podía creer que el mundo estuviera preparado para el trasplante de corazón humano. Quedaba tanto por aprender.

Christian Barnard fue el primer cirujano en realizar un trasplante cardiaco humano en diciembre de 1967. Kantrowitz en Nueva York y Shumway en Stanford le siguieron poco después. A continuación se desató un frenesí internacional con 100 trasplantes cardiacos en 1968. Casi todos los pacientes murieron poco después del trasplante.

En los 15 años siguientes hubo relativamente pocos trasplantes cardiacos. Persistieron los programas de París (Cabrol), Richmond (Lower), Ciudad del Cabo (Barnard), Tucson (Copeland) además de Stanford. La selección de pacientes mejorada representó un factor decisivo en los mejores resultados. Los donantes se hicieron más disponibles cuando la muerte cerebral fue reconocida ampliamente a mediados de la década de 1970. Las supervivencias a un año rondaban el 65% y la estancia hospitalaria tras el trasplante oscilaba entre 1 y 3 meses.

La inmunosupresión con ciclosporina cambió las reglas del juego. Antes de que el uso de la ciclosporina se extendiera en la comunidad cardiaca a mediados de la década de 1980, el rechazo cardiaco era un evento precipitante caracterizado por inflamación, obstrucción microvascular y muerte en un plazo de 24 a 48 horas. Era necesario un diagnóstico rápido mediante reducción de voltaje de ECG y biopsia cardiaca positiva seguida de tratamiento inmediato para rescatar el injerto y salvar la vida del paciente. Después de que aprendiéramos a utilizar la ciclos-

porina, el rechazo se hizo menos frecuente y rara vez amenazaba la vida de los pacientes. La patofisiología menos aguda estaba caracterizada por infiltración de células T en el miocardio, lo que provocaba diversos grados de daño del miocito. Los pacientes recibían en alta 2 semanas después del trasplante, y las tasas de supervivencia a 1 año aumentaron hasta el 80% o más. En cuestión de unos años, el incremento del número de programas propició un máximo de 4.000 trasplantes cardiacos aproximadamente al año en todo el mundo. Cerca del 20% de los pacientes desde la era de la ciclosporina sobrevivieron más de 20 años.

En 1981, un pequeño grupo que me incluía a mí fundó la Sociedad Internacional de Trasplante Cardiaco. Esta Sociedad ha pasado de tener 10 cirujanos y cardiólogos a contar con más de 4.000 miembros incluyendo cardiólogos, patólogos, inmunólogos, pulmonólogos, anestesiólogos, intensivistas, enfermeras de trasplante, coordinadores de trasplante, farmacólogos y cirujanos cardiacos y pulmonares. Los encuentros anuales y la conocida publicación Journal of Heart and Lung Transplantation han servido como foro para hacer avanzar el trasplante cardiaco y pulmonar, así como la terapia con dispositivos mecánicos circulatorios.

Se han realizado más de 130.000 trasplantes cardiacos. Las mejoras progresivas en la selección de pacientes y donantes, la terapia inmunosupresora y la gestión de pacientes han mejorado la supervivencia y han acortado las estancias hospitalarias de los pacientes. La terapia de elección para pacientes seleccionados con insuficiencia cardiaca es el trasplante de corazón, pero solo los candidatos más enfermos reciben trasplantes cardiacos. Lamentablemente, el número de órganos donantes disponibles siempre ha sido un factor limitante.

En el futuro, la asistencia mecánica circulatoria podría entrar en competencia con el trasplante cardiaco. Actualmente esto no ocurre con los dispositivos de asistencia para el ventrículo izquierdo (en inglés, LVAD) debido a la creciente mortalidad y morbilidad combinadas del 90% a los 30 meses. Respecto al corazón totalmente artificial, aunque es superior a los LVAD en el puente para trasplante por insuficiencia biventricular aguda, la indicación a largo plazo continúa en fase de investigación. Casi todos los pacientes asistidos por dispositivos preferirían un trasplante. Puede que los xenoinjertos y la asistencia mecánica ayuden en el futuro, pero por ahora la principal esperanza para millones de pacientes con insuficiencia cardiaca crónica sigue siendo el tratamiento médico. El trasplante cardiaco es una gran paliación limitada por la disponibilidad de donantes a solo cuatro o cinco mil pacientes al año.

Jack Copeland, MD Endowed Chair of Cardiothoracic Surgery, The University of Arizona.



HOTEL MUGA DE BELOSO

Rodeado de robles, encinas, abedules y un gran prado, encontrará un hotel tranquilo y único en Pamplona.

Podrá disfrutar de este entorno y utilizar nuestro servicio de *transfer* entre la clínica y el hotel.

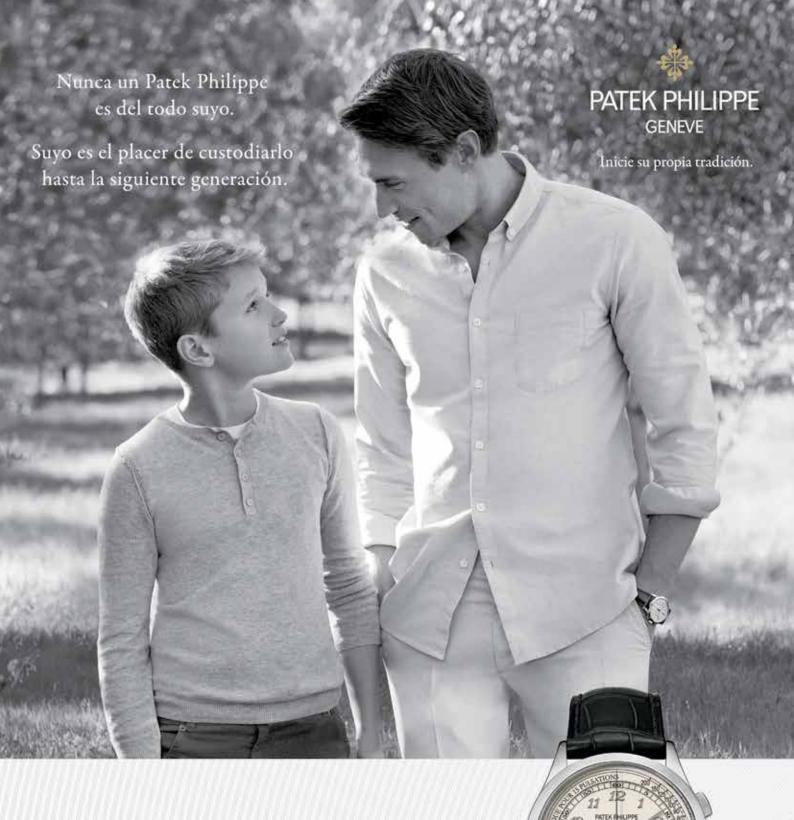
Ideal para descansar y cuidarse.





Adriana García: +34 948 293 380 directora@almapamplona.com

Reservas con tarifas especiales para los clientes de la Clínica Universidad de Navarra.





PAMPLONA · Avda. Carlos III, 50 · Tel. 948 23 30 99

