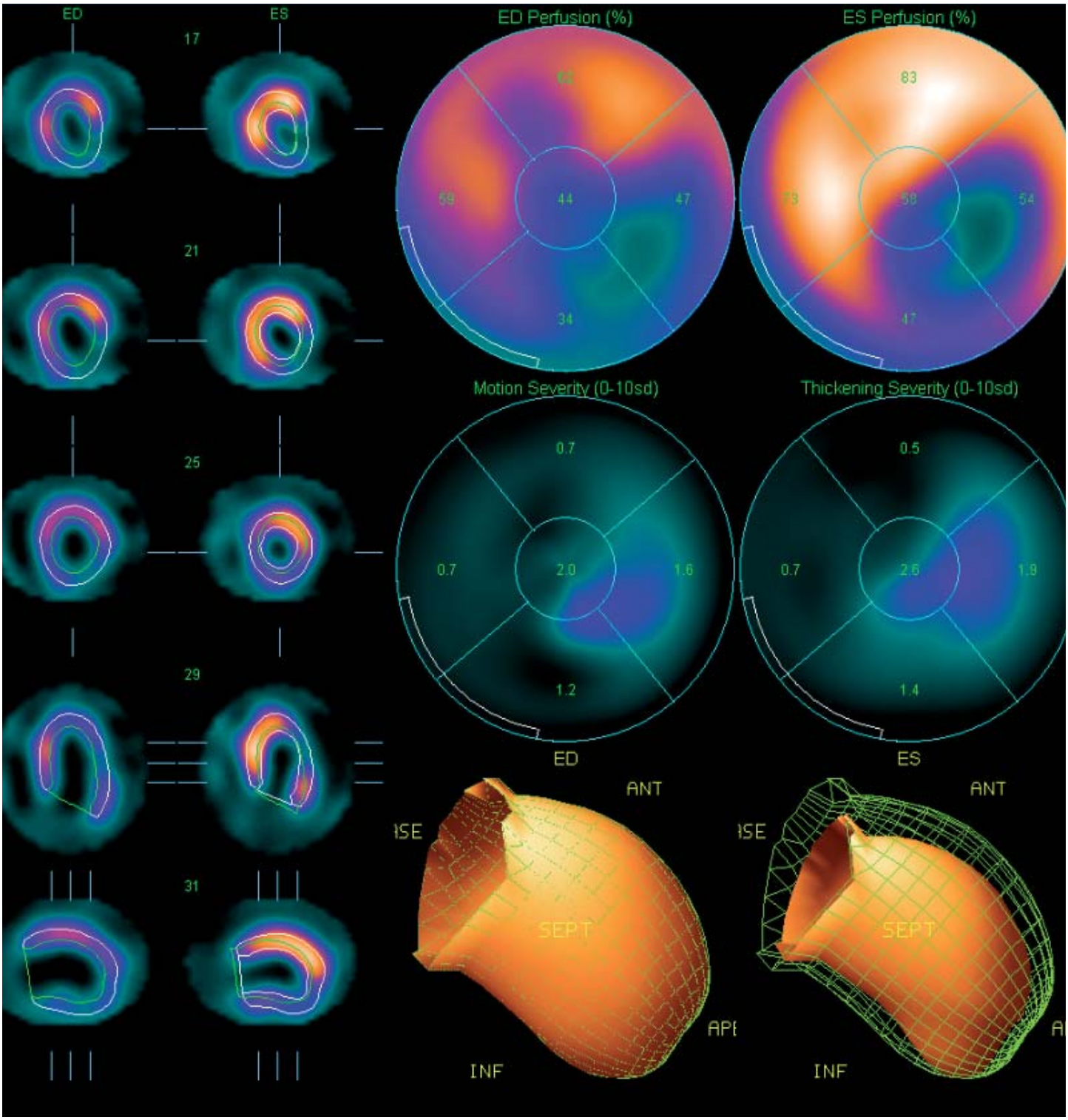
noticias.cun
REVISTA DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA JULIO - SEPTIEMBRE 2006 NÚMERO 057



Reparación de la válvula mitral, una técnica segura. Págs. 14-15

Imagen diagnóstica. Análisis de las 4 técnicas principales. Págs. 4-12

Hiperhidrosis, un problema médico y social con solución. Págs. 18-19

HOSTAL ABODI

SU CASA JUNTO A LA CLÍNICA

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

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

GRUPO HOSTELET
ALOJAMIENTOS

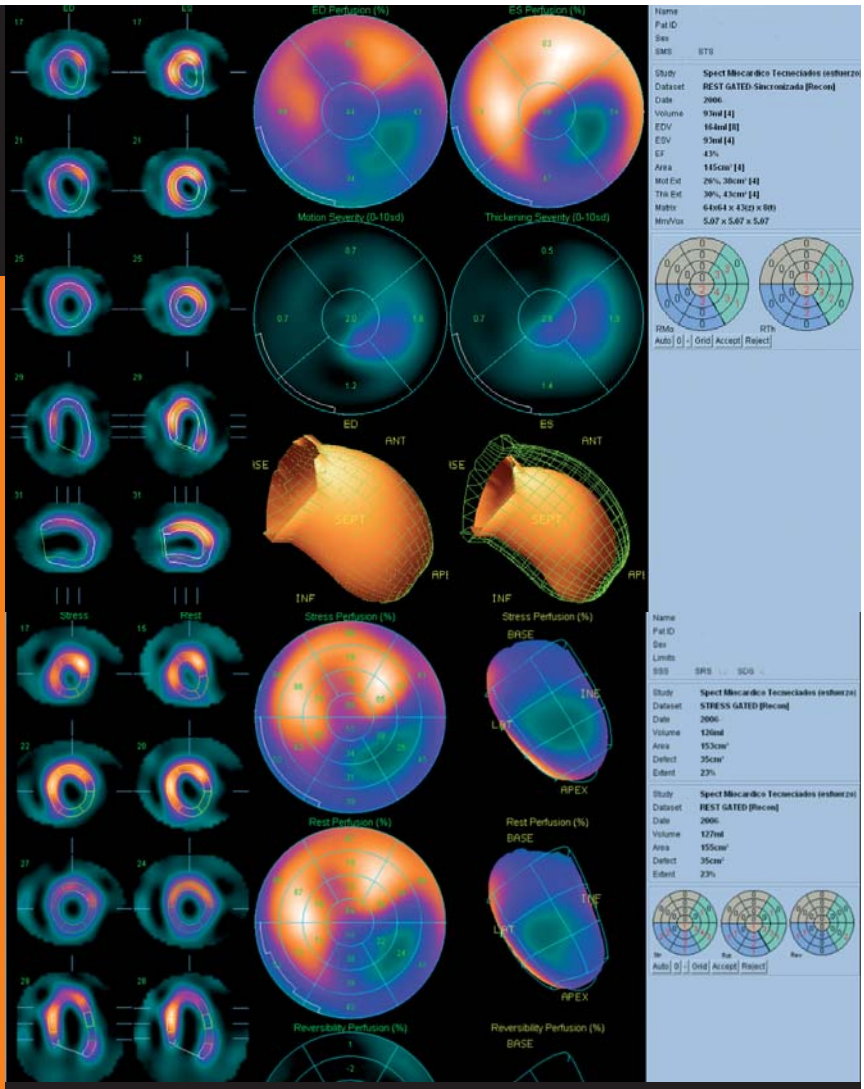
Información y recepción
Travesía de Acella 2, bajo
31008, Pamplona
T. 948 272 975
www.hostelet.com
info@hostelet.com

057
Jul-sept 2006
Universidad
de Navarra

LA FOTO
DE PORTADA>>

4-12 Especial imagen diagnóstica. TAC, Resonancia Magnética, Ecocardiografía, y Medicina Nuclear.
14-15 Reparación de válvula mitral, una técnica segura.
17 Metástasis hepáticas de cáncer colorrectal: cifras históricas en la supervivencia.
18-19 Hiperhidrosis, un problema médico y social con solución.
21 Estomas. Consejos útiles para llevar una vida normal.
22-23 Historias de la Clínica. Implantes cocleares: adiós a los sonidos del silencio.
24-25 La inmunotolerancia en tumores y embarazos, un campo abierto a la esperanza.
26-27 El departamento. La Unidad del Sueño
28-29 Actualidad. Las noticias de la Clínica, en corto.
30-31 Libros & webs. Recomendaciones para estar bien informado en temas de salud.
32-33 Agenda. Los cursos y congresos del trimestre.
26 Firma invitada. Oleh Hornykiewicz, neurofarmacólogo.

>> Si desea ampliar información o solicitar una consulta, por favor, llame al 948 255 400 o escriba a **atpaceinte@unav.es**



Imágenes obtenidas con el SPECT y GATED-SPECT de Medicina Nuclear.

EDITORIAL

DR. JAVIER ÁLVAREZ-CIENFUEGOS
DIRECTOR MÉDICO

Inventarnos el deber

Recientemente tuvo lugar en la Clínica el Primer Encuentro Interprofesional con participación de casi todos los Departamentos y Áreas de la Clínica. A la amplia participación se sumaron las aportaciones de la Clínica Universitaria de Navarra en Madrid.

Sin duda fue una ocasión para celebrar y comprobar el desarrollo de la Institución en todas sus facetas y el compromiso de todos los empleados con la misión de la Clínica. Es una buena oportunidad para agradecer a todos los profesionales su dedicación, disponibilidad y entrega. Los retos que nos hemos marcado suponen generosidad y especialmente "huir del anonimato" en el desempeño de lo ordinario, de lo cotidiano. Todos somos responsables de la Clínica.

Para que se hagan realidad todos los proyectos que hemos iniciado, tendremos que adaptarnos a nuevas formas de hacer, nuevos criterios y nuevas estructuras organizativas que permitan un desarrollo armónico de la atención médica, la investigación y la formación de profesionales. Sin duda alguna -como ha sido siempre en la CUN- deberemos "inventarnos el deber" o "la tarea" aprendiendo a desprendernos de "apegamientos" personales que impidan el crecimiento y desarrollo de la Clínica.

Noticias de la Clínica Universitaria de Navarra. Número 57. Tercer trimestre 2006. www.cun.es. Director General: José Andrés Gómez Cantero. **Director Médico:** Dr. F. Javier Álvarez-Cienfuegos. **Director de Comunicación:** Jesús Zorrilla (jzorrilla@unav.es). **Redacción:** Marta González y Luis Álvarez. **Diseño:** Errea Comunicación. **Infografía:** Carlos Crespo. **Fotografía:** Manuel Castells. **Secretaria de redacción:** Asun Guezuraga (aguezuraga@unav.es) 948 296 497. **Impresión:** Ipar. **Edita:** Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra. **Depósito Legal:** NA-1200/1996. **ISSN:** 1139-8892.

CUATRO TÉCNICAS DE IMAGEN DIAGNÓSTICA

Nuevo TAC de 64 cortes, mayor calidad, detalle y rapidez diagnóstica

1. Tomografía Axial Computarizada

La Clínica Universitaria incorpora un nuevo TAC que amplía la posibilidad de realizar estudios cardiacos y permite mejorar los diagnósticos

CUN ■ La Tomografía Axial Computarizada (TAC o TC) es una técnica radiológica que lleva más de 30 años en funcionamiento con importantes avances en el desarrollo de la adquisición de imágenes y con diversas aplicaciones clínicas. La última innovación en este campo es el TAC de 64 cortes (coronas). La Clínica Universitaria de Navarra incorporó a finales del pasado mes de abril un equipo de estas características por el que han pasado ya más de 750 pacientes.

Las principales ventajas del nuevo TAC de 64 coronas se resumen en que las imágenes tienen mayor calidad y definición y que la prueba se realiza en menos tiempo. El incremento de la velocidad de corte hace posible la realización de colonoscopias virtuales y mejora la posibilidad de hacer estudios cardiacos y vasculares con exquisito detalle.

La mejor calidad de las imágenes proviene de un mayor número de emisores y receptores de la radiación, que realizan múltiples cortes. El detector único de equipos anteriores es sustituido en el nuevo TAC por múltiples filas de detectores que permiten el registro de más de un canal. Así, el grosor de corte es más fino, y la misma imagen posee más definición. Si en los equipos TAC primitivos el corte que se podía obtener era de aproximadamente un centímetro, con el nuevo aparato se alcanza una definición de hasta 0,4 milímetros. Igualmente, el otro gran avance que ofrece el nuevo TAC de 64 coronas es el de una mayor velocidad de la exploración. Un escáner cardiaco se puede llevar a cabo en aproximadamente ocho segundos; uno de cuerpo completo no tarda más de 12 segundos, frente a los 25 segundos de equipos anteriores. Esta mayor rapidez es una ventaja especialmente útil en las exploraciones pediátricas.

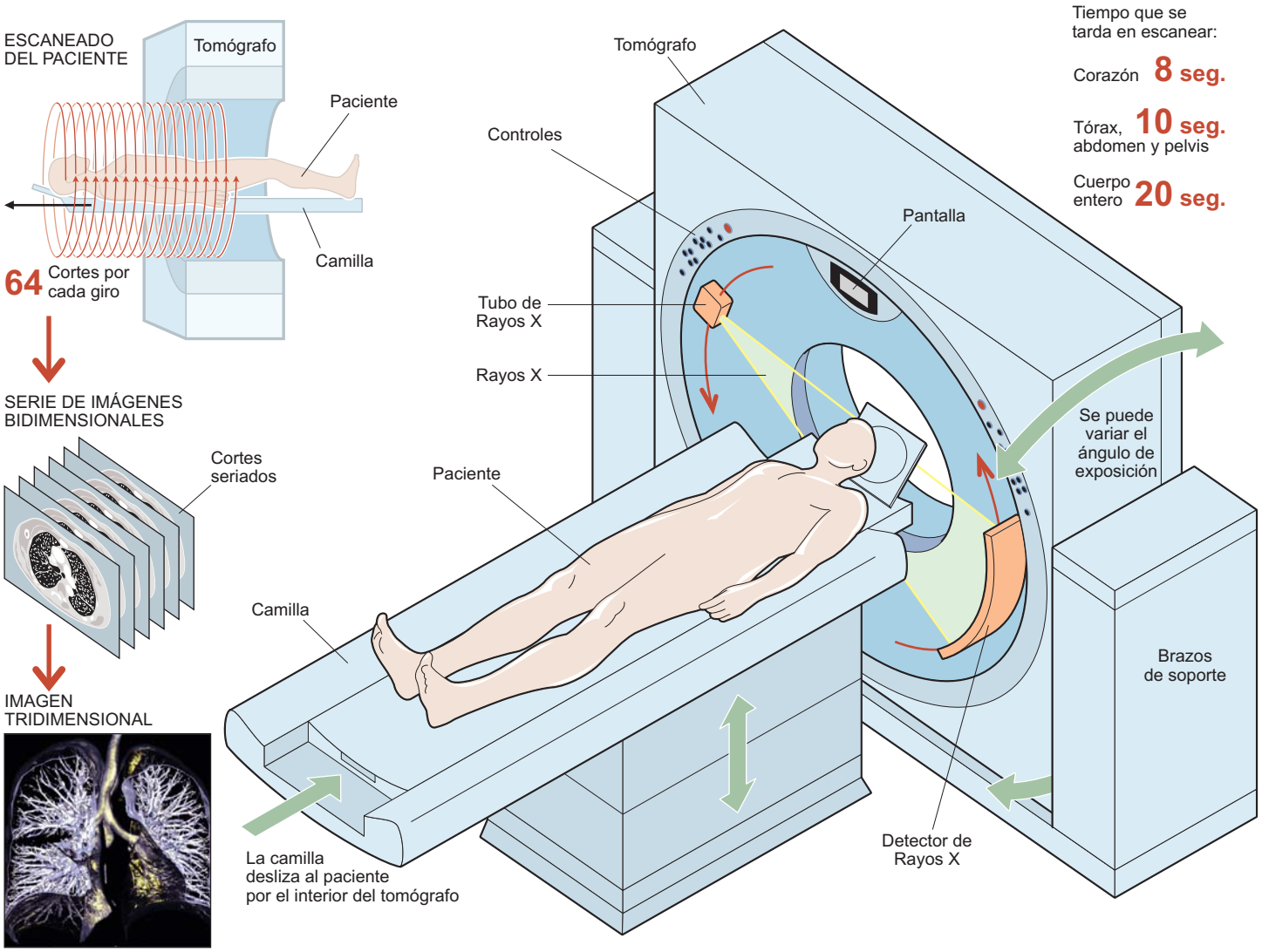
Otro aspecto ventajoso del nuevo equipo es la mayor capacidad que tiene de adaptación automática al tamaño y forma anatómica del paciente, modulando en función del peso la cantidad de radiación emitida. De esta manera, la dosis se reduce de manera importante.

Un escaner de cuerpo entero no tarda más de 12 segundos, frente a los 25 de equipos anteriores

APLICACIÓN CARDIACA. La principal aplicación clínica del nuevo TAC son los estudios vasculares y cardiacos. La posibilidad de adquirir imágenes en tiempos muy cortos permite tomar una fotografía del corazón en un instante de congelación: entre la sístole (contracción) y la diástole (relajación), el corazón sufre un momento de mayor quietud, que se puede captar con total definición y sin movimiento, algo impensable con equipos anteriores. Asimismo, con el nuevo aparato se alcanza a ver

FUNCIONAMIENTO DEL TAC DE 64 CORONAS

La Tomografía Axial Computerizada (TAC) podría entenderse como una radiografía tridimensional del paciente. El tomógrafo (básicamente, un emisor y un receptor de rayos X) gira en torno al paciente mientras éste avanza por su interior. Un sistema informático procesa toda la información recibida y crea imágenes tridimensionales de gran precisión de los órganos internos.



con detalle vasos de muy pequeño calibre. De este modo, se puede llegar a decir que la angiografía diagnóstica puede ser sustituida por esta prueba exploratoria. La principal ventaja es que evita la invasión del cateterismo convencional y aunque no tiene la misma resolución que se obtiene con éste, sí es suficientemente buena. De entrada, la idea de sustituir la angiografía y el cateterismo está indicado para pacientes con un riesgo bajo de padecer una enfermedad coronaria. También en pacientes con riesgo intermedio se está estudiando la posibilidad de emplearla como técnica de despistaje.

El principal inconveniente del TAC reside en que las lesiones se pueden diagnosticar, pero no tratar. Por el momento, esta técnica no sustituye al tratamiento invasivo.

TUBO STRATON. Una de las características especiales de este nuevo TAC de 64 coronas es el tubo Straton que incluye el equipo. El nuevo tubo crea dos focos de proyección, lo que duplica los rayos X que llegan al receptor. Esto supone doblar la información sin aumentar la dosis de radiación. Además, los tiempos de enfriamiento son menores, lo que permite un mayor número de exploraciones y análisis de zonas más amplias sin que se caliente el tubo.

+

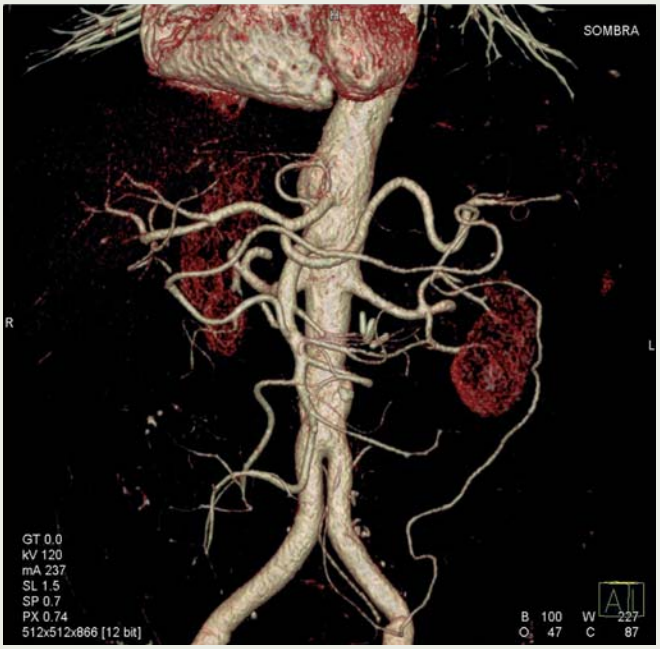
www.insideinspace.com

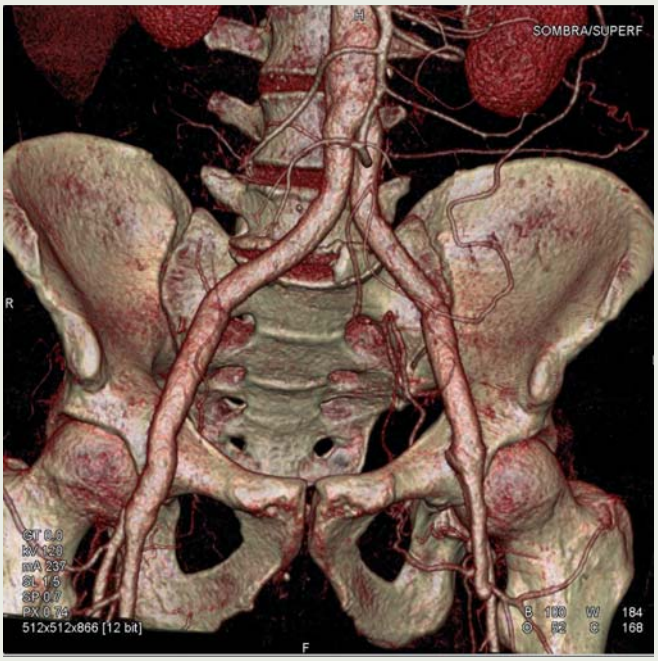
www.ctisus.org

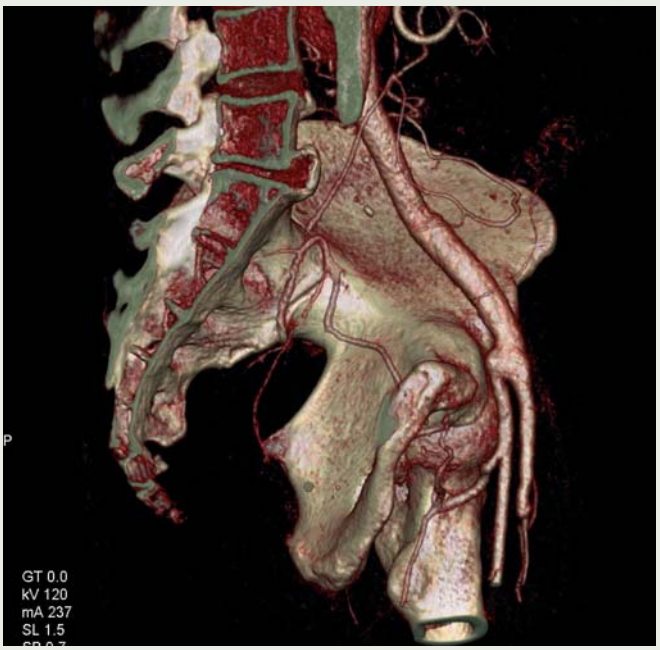
LA HISTORIA

Una evolución de 30 años

En sus más de tres décadas de vida, el TAC ha sufrido una importante evolución tecnológica. El TAC secuencial primitivo tan sólo era útil para identificar lesiones concretas o explorar algunas zonas anatómicas. Fue el TAC helicoidal, a principios de la década de los 90, el que dio el gran paso adelante. Éste introdujo el desplazamiento constante de la mesa donde se coloca al paciente, la realización de múltiples rotaciones de 360 grados de gantry que contiene el tubo de rayos X y un nuevo sistema de detección. Su principal ventaja era la exploración del paciente en el tiempo que dura un ciclo de respiración, la mejor calidad de imagen y la visualización tridimensional. Tras este importante avance, la innovación en el TAC se centró en los sistemas de detección. El resultado fueron los equipos con sistemas multicorte, a finales de los 90. Con éstos se obtiene una mayor exploración y eficiencia del corte. El siguiente paso fueron los TAC de cuatro, 16 y 40 cortes. Hasta alcanzar el último hito incorporado en la CUN: los 64 cortes.



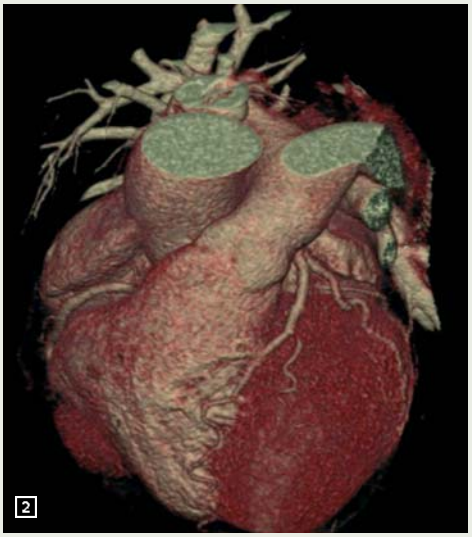


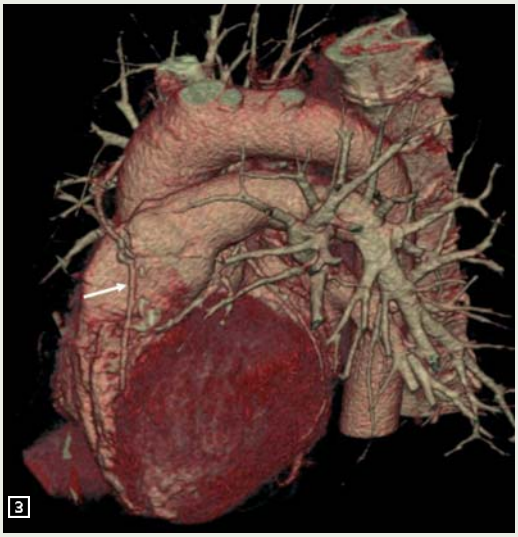


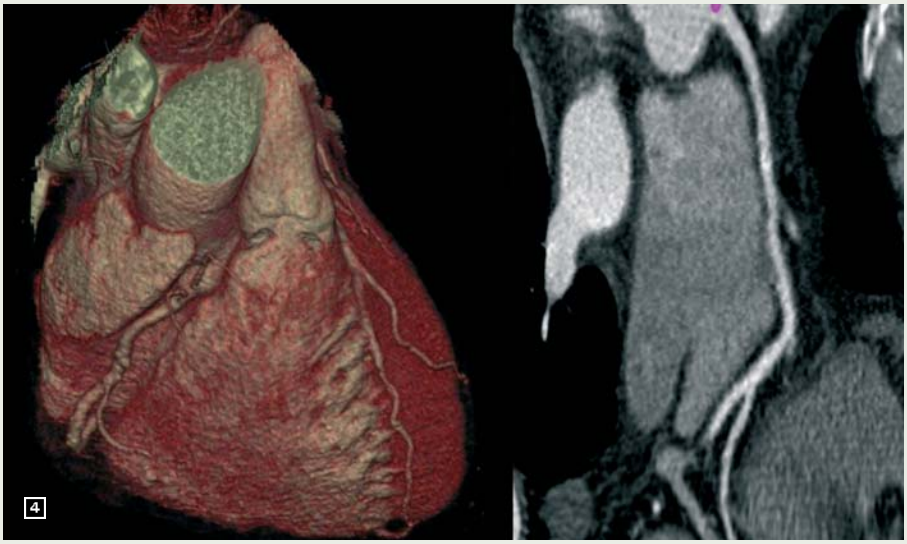
< Arcada de Riolano Estudio vascular mediante angiografía-TC. Las imágenes 3D muestran el resultado tras la realización de un by-pass aorto-bifemoral.

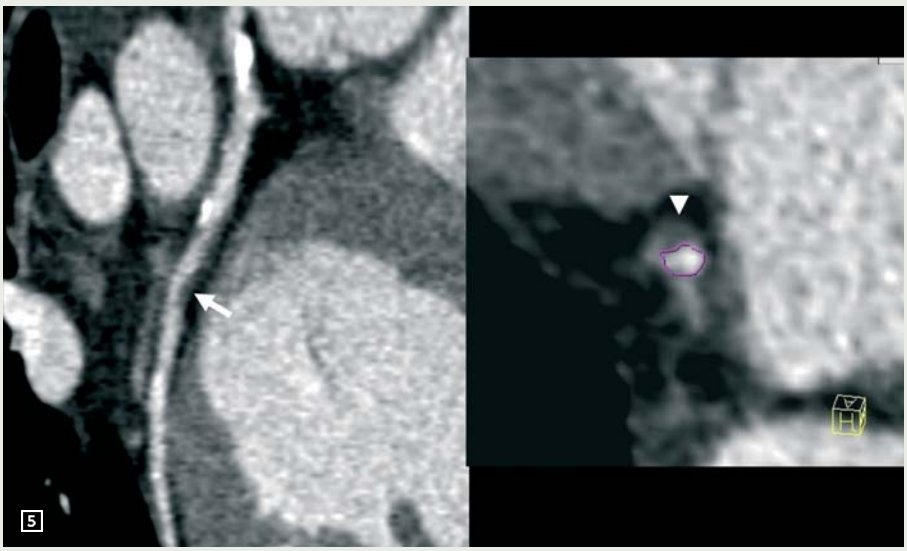
El TAC multicorte en el diagnóstico de las cardiopatías

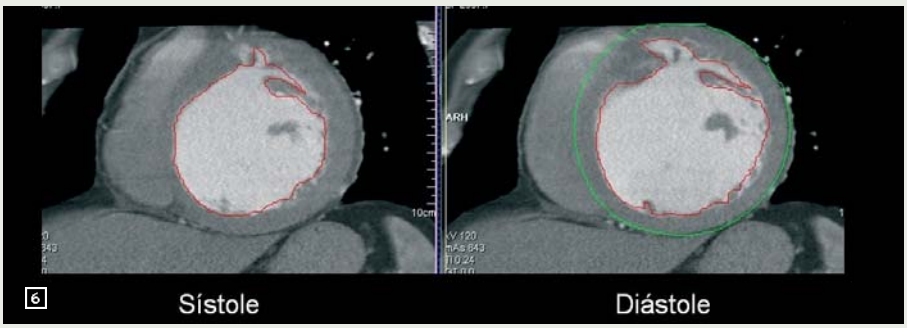
CUN ■ Probablemente la aplicación clínica más relevante de los equipos de TC multicorte (TCMC) de última generación sea la posibilidad de realizar estudios vasculares diagnósticos en general, (Fig. 1), y estudios cardiacos, en particular (Fig. 2). La sincronización de la adquisición de las imágenes con el registro electrocardiográfico, la modulación de la dosis de radiación, la elevada resolución espacial y temporal de los equipos, y los programas de reconstrucción y postprocesamiento permiten estudiar la patología coronaria y cardiaca con gran exactitud, sin un incremento significativo de la dosis de radiación. Actualmente el estudio de las arterias coronarias por TCMC se puede realizar en cualquier paciente sin arritmias cardiacas significativas en el que no existan contraindicaciones para la administración de contraste yodado como antecedentes alérgicos o nefropatía. En pacientes con frecuencia cardiaca elevada suele ser preciso administrar fármacos beta-bloqueantes. El estudio se realiza en una única apnea de aproximadamente 10-15 segundos y es bien tolerado. La indicación clínica principal de la coronariografía por TCMC es el despistaje de enfermedad coronaria. Dado su alto valor predictivo negativo, mediante esta técnica es posible descartar enfermedad coronaria en pacientes con riesgo cardiovascular bajo o moderado (Fig. 4). Se considera una técnica idónea para el estudio pre y postquirúrgico de los pacientes adultos con cardiopatías congénitas y para la valoración de la permeabilidad de los injertos aortocoronarios (by-pass) (Fig. 3). Aunque existen limitaciones, con la coronariografía por TCMC también se pueden estudiar los stent colocados en territorios arteriales proximales. Es una indicación aceptada la detección y cuantificación de la calcificación de las arterias coronarias en un determinado grupo de pacientes. Indicaciones que se encuentran en desarrollo e investigación son la cuantificación de enfermedad coronaria, la caracterización (morfología y composición) de las placas de ateroma para la estratificación de riesgo cardiovascular (Fig. 5) y el análisis de la función ventricular (Fig. 6). La TCMC cardiaca es una técnica en continua evolución y las posibilidades que ofrece para estudiar la patología cardiovascular son múltiples. Las aplicaciones clínicas concretas se establecerán en los próximos años.











1
Angiografía por TC multicorte (TCMC) en un paciente intervenido de aneurisma de aorta ascedente mediante la colocación de injerto (flecha).

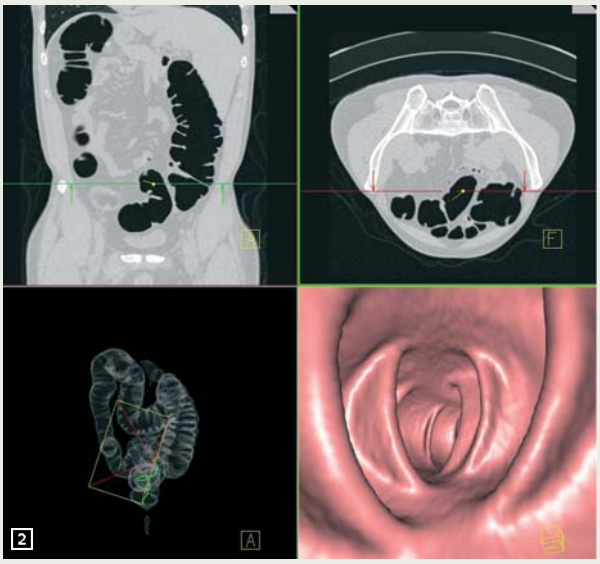
2
Coronariografía por TCMC normal en una paciente joven con dolor torácico atípico y riesgo cardiovascular bajo.

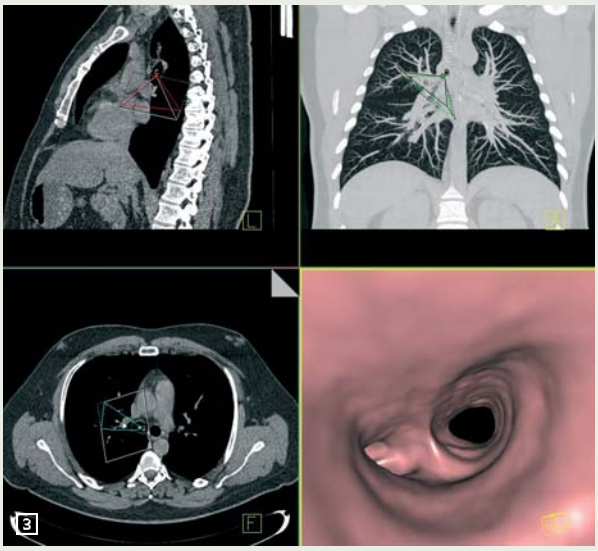
3
Estudio de injerto aortocoronario en un paciente intervenido por lesión de la arteria coronaria descendente anterior. Se observa permeabilidad del injerto de mamaria interna, oclusión de la porción distal de la arteria nativa y repermeabilización retrógrada de su porción media (flecha).

4
Coronariografía por TCMC. Arteria coronaria derecha normal en un paciente con riesgo cardiovascular moderado y prueba de esfuerzo positiva.

5
Coronariografía por TCMC. Placa no calcificada (flecha y punta de flecha) con remodelado positivo localizada en la arteria coronaria circunfleja en un paciente con riesgo cardiovascular moderado y prueba de esfuerzo positiva.

6
Estudio cardíaco por TCMC. Mediante esta técnica se pueden estudiar parámetros de función cardiaca.





1
Cuerpo entero El tac de 64 coronas permite evaluar de forma completa al paciente en el mínimo tiempo de exploración (alrededor de 15 seg) y optimizando la dosis de radiación y la cantidad de contraste yodado empleado (se reduce en un 20 % aproximadamente con respecto a otros TACs).

2
Colonoscopia Imágenes obtenidas durante la navegación en una colonoscopia virtual. La imagen inferior derecha muestra la reconstrucción tridimensional de la luz del colon que se correlaciona con las imágenes axiales y coronales del estudio (imagenes superiores).

3 4
Tórax Los estudios torácicos permiten tanto la evaluación del parénquima pulmonar como la realización de broncoscopia virtual durante la misma exploración.

Este reportaje ha sido elaborado con la información proporcionada por la **Dra. Vivas** *y los* **Dres. Bastarrika, González, Cano** *y* **Villanueva.**

2. Resonancia cardiaca una técnica en auge

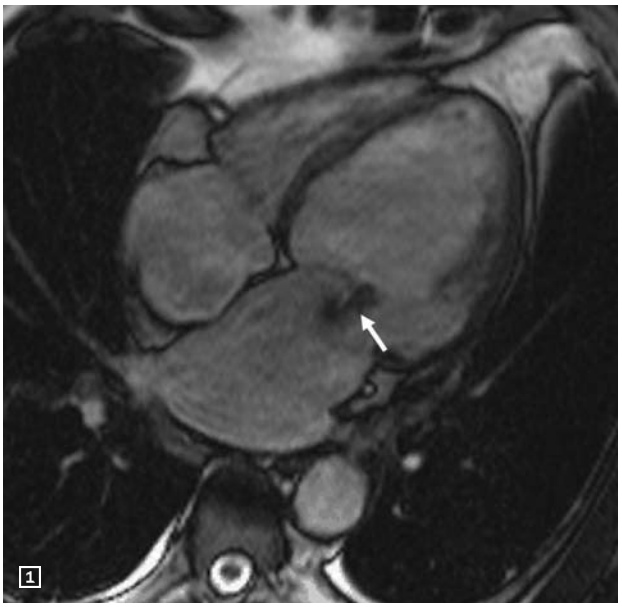
Una técnica de exploración eficaz para diagnosticar y manejar las enfermedades cardiovasculares

CUN ■ Las enfermedades cardiovasculares, especialmente la enfermedad coronaria, constituyen la primera causa de muerte en adultos. Las indicaciones clínicas de la resonancia magnética cardiaca (RMC) son múltiples y entre ellas que se incluyen la cardiopatía isquémica, las miocardiopatías y las cardiopatías congénitas. La resonancia magnética cardiaca (RMC) es una técnica considerada por especialistas de la Clínica Universitaria como la idónea para el diagnóstico de las enfermedades del sistema cardiovascular, ya que además de aportar información anatómica permite estudiar la función cardiaca. La prueba presenta como gran ventaja su inocuidad, dado que el paciente no se expone a radiación ionizante. Hoy en día la RMC se considera una técnica con grandes aplicaciones clínicas, principalmente como prueba complementaria o de confirmación.

TC + RMC. La conjunción entre TC y una RMC supone importantes beneficios para el especialista responsable y el propio paciente, ya que facilita el diagnóstico, permite planificar el tratamiento y realizar el control evolutivo de la enfermedad cardiovascular de forma no invasiva, exacta y reproducible. A pesar de que existen otras pruebas que se realizan con mayor frecuencia, la RMC y TC cardiaca, cada una con sus indicaciones concretas, constituyen progresivamente las técnicas de primera elección para el diagnóstico final de un número cada vez mayor de enfermedades cardiovasculares.

INDICACIONES

- **cardiopatías congénitas**
- **enfermedades vasculares adquiridas**
- **valvulopatías**
- **enfermedad coronaria**
- **miocardiopatías**
- **transplante cardiaco**
- **enfermedades del pericardio y masa cardiacas**

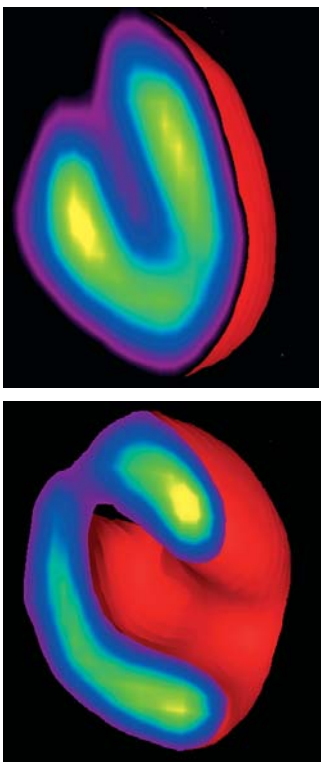


1 **Imagen de RMC** en la que se observa dilatación del ventrículo y aurícula izquierdos e insuficiencia mitral (flecha).

2 Paciente con **infarto de miocardio.** La extensión del realce tardío (flechas) permite conocer la viabilidad del miocardio afecto.

3 **Angiografía por RMC** en un paciente con coartación de aorta intervenida y recoartación (flecha).

3. Medicina nuclear al servicio del paciente cardiaco



El **Micropet** obtiene imagenes tridimensionales de corazón en animales pequeños. Arriba, un corazón sano de rata. Abajo, la ausencia de metabolismo de FDG en una rata con infarto de miocardio.

La PET, SPECT y GATED-SPECT del servicio de Medicina Nuclear ayudan a conocer el riego del corazón y a sanarlo

CUN ■ La medicina nuclear ofrece sus posibilidades tecnológicas al servicio de la cardiología desde comienzos de la década de los 80. Así, lo que se conoce como Cardiología Nuclear lo componen técnicas de imagen no invasivas que permiten explorar la perfusión (riego) miocárdica tanto en situaciones de estrés como de reposo, la función ventricular, el metabolismo y la inervación cardíacos.

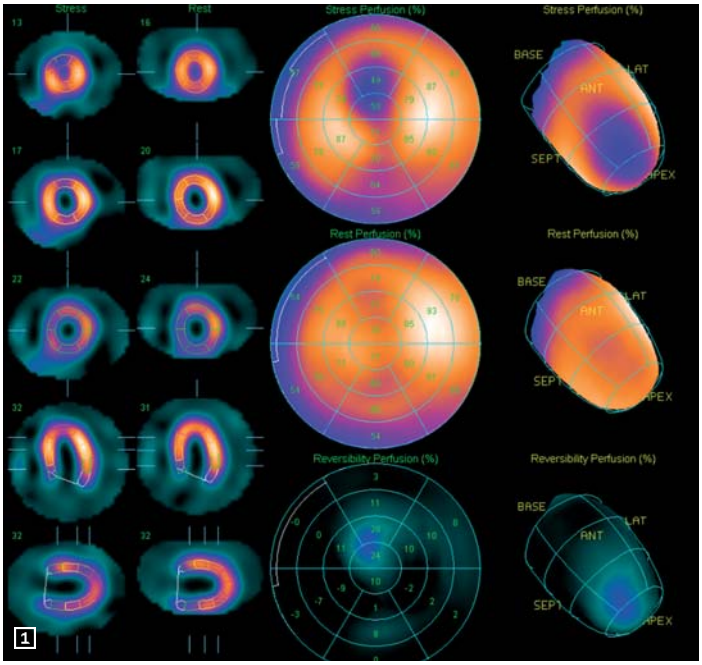
La perfusión miocárdica se estudia mediante radiofármacos emisores de fotones que se incorporan a las células del corazón. Las imágenes que se obtienen permiten observar "si el músculo cardíaco está bien perfundido o si tiene isquemia, si no le llega sangre y si esa es la causa de que el corazón no funcione bien", explica la doctora María José García Velloso, especialista del servicio de Medicina Nuclear de la Clínica Universitaria de Navarra.

La técnica tomográfica con la que se lleva a cabo este estudio es el SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography). Con la tomocámara (en la Clínica existen dos equipos de estas características) se obtienen imágenes tridimensionales que permiten analizar las zonas miocárdicas en múltiples cortes. No obstante, en la Clínica se realiza de rutina el GATED-SPECT que, además de la perfusión cardiaca, permite determinar la función ventricular. Para llevar a cabo este estudio se realiza al mismo tiempo un electrocardiograma: "Es igual que un SPECT pero se adquiere sincronizado con el electrocardiograma para analizar no sólo cómo ha llegado al corazón sino cómo se mueve y funciona: cómo se contrae, cuánta sangre lanza en cada latido...". De este modo se determina si tiene isquemia o no. El paciente típico en estos casos es el que consulta por un dolor en el pecho.

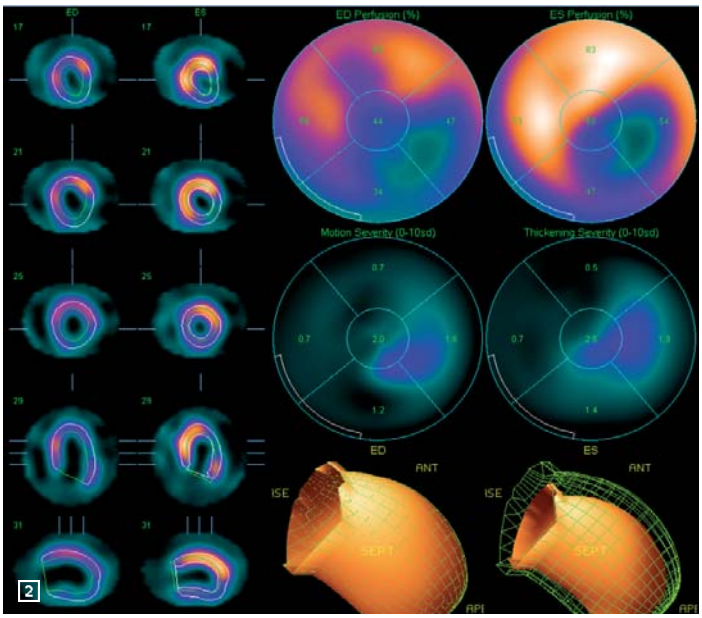
VIABILIDAD. "Otra aplicación clínica es la valoración de la viabilidad miocárdica en regiones con alteración de la contractilidad, mediante la combinación de estudios de perfusión y de metabolismo". Así explica la doctora García Velloso cómo analizar la mejor forma de atajar los casos de pacientes infartados que, después de haber sido tratados, regresan al cardiólogo porque su corazón vuelve a fallar, personas que se cansan

con esfuerzos moderados y tienen una mala calidad de vida. Las posibilidades con que cuentan estos pacientes con fallos cardiacos repetidos son dos: "si el corazón está funcionando mal porque llega poca sangre se puede realizar un by-pass, puenteando las arterias cerradas con vasos nuevos. Pero si se demuestra que no hay viabilidad no se puede hacer cirugía, ya que por muchos puentes que se hagan no se soluciona el problema", argumenta la especialista en Medicina Nuclear de la Clínica.

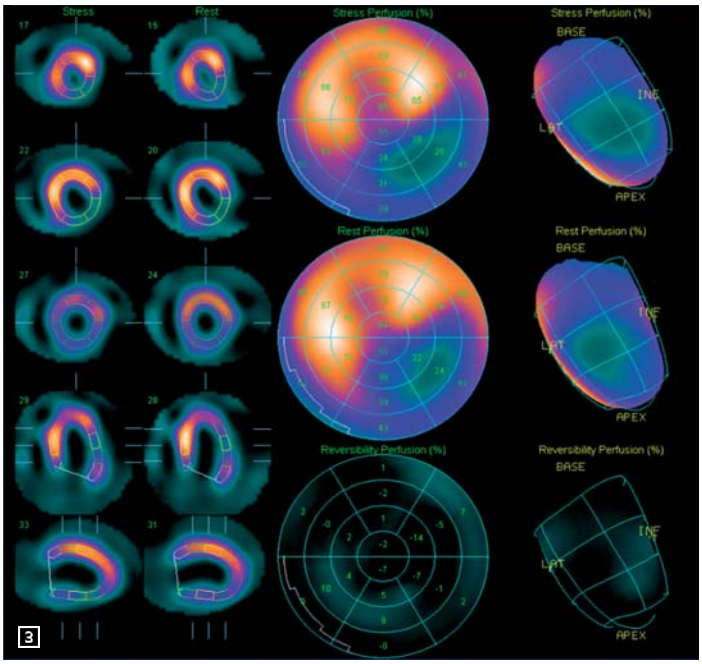
La PET (Positron Emission Tomography) es la técnica tomográfica que se emplea en estos casos. Actualmente existen en la Clínica dos equipos de estas características. En los pacientes con enfermedad arterial coronaria crónica y mala función ventricular se realizan dos estudios: uno de perfusión para analizar cuánta sangre llega y otro de metabolismo de glucosa para estudiar si las células del corazón están vivas. La PET proporciona la cuantificación del flujo coronario y del consumo miocárdico de glucosa de forma no invasiva. Los estudios se realizan inyectando glucosa marcada con flúor-18 (FDG). Ésta ha demostrado ser un buen indicador de viabilidad en las zonas que no funcionan bien. Por tanto, la PET permite seleccionar de forma precisa los pacientes que, aunque presentan un elevado riesgo quirúrgico, se van a beneficiar de la revascularización miocárdica, tanto en los síntomas como en la función ventricular. Además, "de este modo se evita cirugía innecesaria en pacientes que no van a mejorar", apunta la doctora García Velloso.



1



2



3

+

www.brighamrad.harvard.edu/education/online/Cardiac/Cardiac.html

www.crump.ucla.edu/software/lpp.adp

INVESTIGACIÓN

La amplia disponibilidad de radiofármacos permite realizar estudios de investigación clínica con la PET. Así, se puede estudiar el metabolismo de los ácidos grasos en el miocardio. También, los estudios pueden estimar de forma no invasiva la hipoxia cardiaca y la inervarción cardíaca autonómica. Además, con el microPET se lleva a cabo investigación traslacional en modelos animales de enfermedades cardíacas. "Están modificados para tener una enfermedad determinada y sobre ellos se trabaja con nuevas terapias para ver si son eficaces".

LAS TÉCNICAS

1

Spect de isquemia. El SPECT cardíaco pone de manifiesto un defecto de perfusión en la cara anterior y en el ápex durante el estrés con perfusión nomal en reposo.

2

Gated rest. El GATED-SPECT se realiza sincronizando la adquisición del estudio de perfusión miocárdica con el ECG. Permite la valoración simultánea de la perfusión miocárdica, de la función ventricular izquierda y el cálculo de volúmenes ventriculares, no sólo en pacientes con sospecha de enfermedad coronaria, sino también en pacientes con infarto de miocardio previo.

3

QPS. El programa de cuantificación de la perfusión miocárdica QPS asigna una puntuación a cada uno de los segmentos miocárdicos en función de la distribución del radiofármaco y de la severidad del defecto de captación en este paciente con infarto inferior extenso.

El Dr. Joaquín Barba realizando un ecocardiograma.

ÚLTIMA GENERACIÓN

Los últimos ecógrafos presentan nuevas mejoras: "Incorporan sistemas de reconocimiento automático del borde endocárdico, sistemas muy finos para medir el doppler del tejido miocárdico, análisis de la deformación del miocardio, sistemas de cuantificación acústica, sistemas de caracterización del tejido miocárdico...", enumera el Dr. Barba. Todas estas herramientas permiten estudiar el corazón "desde prácticamente todos los puntos de vista. Ahora mismo están apareciendo nuevos sistemas que examinan los vectores de velocidad del miocardio, lo que da una información muy precisa del movimiento del corazón".

4. Ecocardiografía, latidos en directo

Anualmente se realizan más de 6.500 ecocardiogramas, un estudio que ofrece una imagen tridimensional del corazón casi en tiempo real

CUN ■ Medio siglo lleva en funcionamiento esta técnica de obtención de imágenes aplicada a la cardiología, que ofrece imágenes prácticamente en tiempo real. A parte de la inocuidad, la ecocardiografía tiene otras ventajas, como su accesibilidad y bajo coste, por lo que es una técnica muy extendida: "Hay equipos de muy pequeño tamaño y fácilmente desplazables. Es previsible que en los próximos años la ecocardiografía se extienda al resto de especialidades", explica el cardiólogo.

En la Clínica se realizan anualmente más de 6.500 estudios ecocardiográficos, que pueden ser de tres tipos claramente diferenciados. Los más numerosos son los estudios convencionales, de los que se llevan a cabo alrededor de 6.000. Además, se efectúan aproximadamente 350 estudios de ecoestrés. En cuanto a la ecocardiografía transesofágica, se realizan unas 250 pruebas. Con todo, el número de pacientes que se somete a estas pruebas es de unos 4.500, ya que, en numerosos casos se les repiten para confirmar diagnósticos o seguir la evolución de determinadas enfermedades. La ecocardiografía es la técnica de referencia para el estudio de la enfermedad valvular porque con ella "podemos apreciar si cierra bien o si sufre algún grado de estrechamiento. También es idónea para el análisis de la función del miocardio porque trabaja más rápido, y es el sistema que más información aporta en el momento en el que obtiene la imagen", explica el Dr. Barba. En los últimos años se ha logrado una importante mejora en la calidad de las imágenes, en parte gracias a la posibilidad de utilizar contrastes y estudiar la perfusión del miocardio con imagen armónica.

EN TIEMPO REAL. La captación del movimiento cardiaco dada la alta resolución temporal de la técnica supone una ventaja: "Las demás técnicas utilizan sistemas de reconstrucción para obtener un ciclo cardiaco, pero nosotros estamos viendo el corazón en tiempo real". Así pues, aunque la reconstrucción tridimensional de otros equipos permite prácticamente obtener la reproducción del movimiento, ésta es la técnica que proporciona de forma más inmediata la información, "prácticamente en directo". De este modo, se puede estudiar qué está ocurriendo en el latido cardiaco y en cualquier parte del corazón: "Podemos estudiar el flujo de la sangre, qué parte del miocardio se contrae y qué parte no... todo en tres dimensiones".

En Iberia, usted es lo más importante.

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

iberia.com

IBERIA oneworld

AVANCES CLÍNICOS

Reparar la válvula mitral, una técnica segura

El equipo de Cirugía Cardiaca de la Clínica Universitaria tiene una amplia experiencia en las técnicas de reparación de la válvula mitral

CUN ■ Un equipo compuesto por especialistas en Cirugía Cardiaca, Anestesia y Cardiología trabaja en cada intervención para corregir el daño de la válvula mitral (válvula de 'entrada' del lado izquierdo del corazón) o, si esto no es posible, para sustituirla por una prótesis valvular. La reparación valvular mitral es una técnica "segura cuando está bien indicada y se realiza correctamente", es una cirugía "bonita y limpia", resume el Dr. Alejandro Martín Trenor, con 4.500 operaciones cardiovasculares a sus espaldas.

Precisamente fue la Clínica Universitaria uno de los primeros Hospitales del mundo en aplicar las técnicas de reconstrucción de la válvula mitral en los primeros años de la década de los 70.

Según explica este especialista en Cirugía Cardiovascular, la misión de la válvula mitral es la de abrirse para dejar pasar hacia el ventrículo izquierdo la sangre oxigenada que viene de los pulmones. Cuando late el corazón, el ventrículo expulsa la sangre y la válvula se cierra e impide el reflujo hacia la aurícula.

Sin embargo, por diversas enfermedades (prolapso, alteraciones isquémicas, infecciones, dilatación del ventrículo izquierdo, etc) se puede originar una insuficiencia de esta válvula, es decir, que no cierra bien, razón por la cual la sangre que tenía que pasar hacia la aorta vuelve hacia la aurícula izquierda, sobrecargando al corazón. Si es muy aguda, el corazón puede fallar, y en los casos en los que es crónica se va produciendo una dilatación de éste y un aumento de la insuficiencia, por lo que llega un momento en el que el músculo cardíaco pierde fuerza y el daño puede ser irreversible.

UNA OPERACIÓN LARGA. **La intervención dura entre 4 ó 5 horas. Se utiliza el sistema de circulación ex tracorpórea**

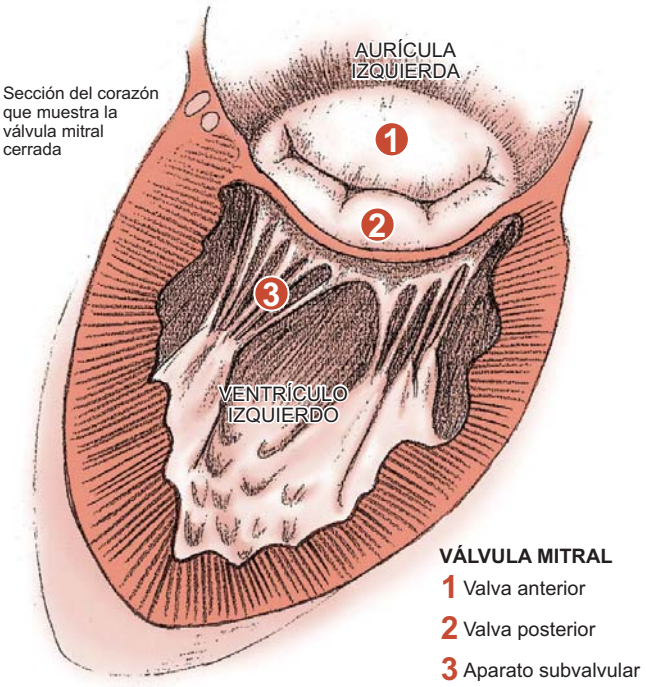
BUENOS RESULTADOS. **Un 80% de los pacientes vive bien con la válvula corregida y sobrepasan los diez años después de la intervención**

MUY DESTACABLE. **La mortalidad se ha reducido de forma importante. Si la enfermedad no ha evolucionado mucho, este índice está por debajo del 2%**

DIVERSAS CAUSAS. El prolapso se produce por la degeneración de esta válvula: los velos valvulares pierden resistencia, aumentan en diámetro y volumen y se levantan. Hay otras causas de insuficiencia mitral, como cualquier dilatación del ventrículo izquierdo o la rotura de las

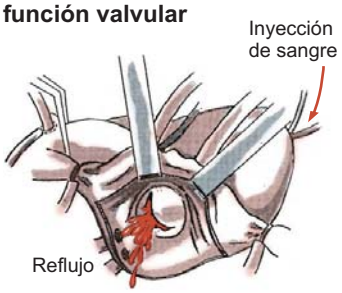
cuerdas tendinosas. La estructura de la válvula se asemeja a la de un paracaídas, detalla Martín Trenor, por lo que si se rompen las cuerdas que sujetan el borde, éste se levanta provocando una insuficiencia. También las alteraciones isquémicas, producidas por enfermedad coronaria, pueden afectar a la pared del ventrículo izquierdo o a las cuerdas tendinosas y producir una insuficiencia mitral, que puede ser aguda. Las infecciones de la válvula, conocidas como endocarditis, en ocasiones causan perforaciones de los velos valvulares provocando también una insuficiencia. Se produce principalmente porque ya existe una zona con un pequeño defecto en la válvula.

CIRUGÍA CONSERVADORA DE LA VÁLVULA MITRAL

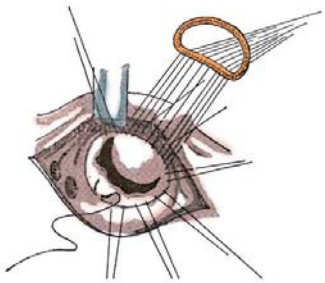


CAUSAS DE LA INSUFICIENCIA DE LA VÁLVULA MITRAL

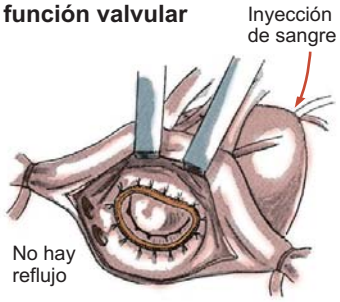
Prueba de la función valvular



Colocación del anillo protésico



Verificación de la función valvular



ILUSTRACIONES: Dr. Alejandro Martín Trenor

SINTOMATOLOGÍA Y CORRECCIÓN. Los pacientes con insuficiencia mitral presentan fundamentalmente fatiga y, en los casos más avanzados, limitación importante de la actividad física, e incluso aparición de cuadros de insuficiencia cardiaca por descompensación o arritmias por dilatación del corazón. El cardiólogo lo estudia y, según la repercusión, le plantea la cirugía, dado que si no se opera lo más probable es que la enfermedad siga progresando. Si tiene más de 45 ó 50 años, se le indica un cateterismo para comprobar si hay enfermedad coronaria asociada.

El Dr. Martín Trenor señala que la técnica principal para corregir la insuficiencia mitral en las válvulas que tienen prolapso por degeneración cambió radicalmente con la introducción en los años 70 de un anillo más o menos rígido que proporciona un soporte al anillo mitral. Tiende a juntar las dos partes de la válvula, evitando que se produzca la insuficiencia. La ventaja de la corrección, apunta este experto, es que se deja material valvular natural funcionando como una válvula normal, y si el enfermo conserva su ritmo regular no necesita tratamiento anticoagulante.

La otra posibilidad es colocar al enfermo una prótesis, que puede ser mecánica o biológica, y que se emplea cuando no es posible arreglar la válvula porque está muy dañada. Las prótesis mecánicas son totalmente artificiales y el paciente necesita un tratamiento anticoagulante de por vida ante el riesgo de que se produzcan embolias o que se trombose la prótesis. En el caso de las prótesis biológicas, algunos pacientes también requieren anticoagulación porque tienen arritmias auriculares.

EL DATO

Mayoría de varones

Los 36 años de experiencia del doctor Martín Trenor le han hecho comprobar que el prolapso de la válvula mitral es "un poco más frecuente en los hombres". Se producen comúnmente entre los 40 y los 60 años, y generalmente no se puede prevenir, pero sí retrasar su evolución con un tratamiento adecuado de la hipertensión. La enfermedad por otro tipo de alteraciones de la válvula mitral, como una endocarditis, puede ocurrir en cualquier época de la vida. Asimismo, la enfermedad valvular mitral por infarto aparece entre los 55 y los 70 años. En el caso de la endocarditis, señala este especialista, lo ideal es prevenir con antibióticos en los casos que se sabe que pasan microbios a la sangre, como los procedimientos dentales que producen sangrado: endodoncias o extracciones.

Ablación por radiofrecuencia

Permite el tratamiento curativo de la fibrilación auricular. Se realiza con anestesia general y de forma percutánea, lo que reduce el tiempo de hospitalización a 48 horas en la mayoría de los casos

Los doctores Ignacio García Bolao y Alfonso Macías.

CUN ■ La fibrilación auricular es la arritmia que se atiende con más frecuencia en una consulta de Cardiología. "Al aumentar la frecuencia del corazón los síntomas que produce son palpitaciones, disnea o insuficiencia cardiaca. Estos síntomas se ven agravados si el paciente además tiene una patología cardiaca subyacente", explica el Dr. Alfonso Macías, especialista del departamento de Cardiología de la Clínica Universitaria de Navarra. Tradicionalmente, el abordaje terapéutico de esta patología consistía en el tratamiento farmacológico de sus síntomas. Recientemente se puso en marcha una técnica de ablación por radiofrecuencia, un procedimiento utilizado hasta ahora para otros tipos de arritmias. Se trata del primer tratamiento curativo de esta patología. "En concreto, se ha aplicado en aquellos pacientes que presentan síntomas derivados de la enfermedad. En un primer momento se trató a pacientes con fibrilación auricular paroxística, si bien las indicaciones se han ampliado a pacientes con fibrilación auricular permanente y otros tipos más complejos de cardiopatía (valvulopatías, cardiopatía isquémica, etc.)".

PROCEDIMIENTO. La ablación de la fibrilación auricular consiste en realizar una punción transeptal para acceder, alrededor de las cuatro venas pulmonares, a la aurícula izquierda. Este procedimiento se apoya en un sistema de navegación no fluoroscópica que reconstruye de forma tridimensional la aurícula izquierda.

Según el especialista de la Clínica Universitaria de Navarra, "esta técnica requiere cierta complejidad técnica y la especialización del personal médico y de enfermería, tanto en el procedimiento en sí como en el manejo del sistema de navegación no fluoroscópica".

La ablación de la fibrilación auricular se realiza con anestesia general y de forma percutánea, lo que reduce el tiempo de hospitalización a 48 horas en la mayoría de los casos.

RESULTADOS E INDICACIONES

Desde que inició el protocolo en noviembre de 2005 la Clínica Universitaria ha realizado una veintena de intervenciones, en las que se han obtenido buenos resultados. "El porcentaje actual de éxito ronda el 80%", asegura el Dr. Macías.

En la actualidad el tratamiento de la fibrilación auricular mediante ablación está indicada a menores de setenta años, en función de las características de cada paciente. "Se trata de una técnica en constante evolución, por lo que en el futuro se ampliarán las indicaciones y se podrá ofrecer a la mayoría de los pacientes con fibrilación auricular", concluye el Dr. Ignacio García Bolao, especialista del departamento de Cardiología.

Cifras históricas en la curación de metástasis hepáticas

En los últimos 15 años la supervivencia ha pasado del 25 al 50%

CUN ■ La supervivencia global de los enfermos con metástasis hepáticas de cáncer colorrectal es del 50% pasados cinco años, periodo tras el cual "habitualmente decimos que el paciente está curado", asevera el doctor Fernando Pardo, especialista del departamento de Cirugía General y Digestiva. Este porcentaje es una 'cifras histórica' muy similares a las que presenta el Registro Europeo de Metástasis Hepáticas de Cáncer Colorrectal. Hasta el momento se ha operado en la Clínica a más de 280 pacientes. La enfermedad se consideraba mortal hasta hace poco tiempo, pero en los últimos 15 años la supervivencia ha pasado del 25 al 50%. "Ahora hay quimioterapias y fármacos que están consiguiendo unas respuestas espectaculares en metástasis de colon".

Las expectativas de cara al futuro presentan la posibilidad de llegar "a cifras en torno al 60% ó 70% en 10 años". En cualquier caso, el modo de mejorar los resultados y la supervivencia "vendrá dado por la combinación de la cirugía con la quimioterapia y nuevos fármacos", destaca el doctor Pardo. Asimismo, el doctor Jesús García-Foncillas, director del departamento de Oncología de la Clínica, confirma esta teoría a la vez que resalta la importancia del trabajo multidisciplinar: "lo que es especial en nuestro caso es la capacidad de tratar al paciente de forma tan combinada, con un abanico tan amplio de posibilidades como las que tenemos aquí. En función de cómo está la metástasis hay una amplia gama de posibilidades". La evaluación se realiza siempre por oncólogos, cirujanos y radiólogos.

El Dr. Pardo, a la derecha, en el quirófano.

Ahora hay quimioterapias y fármacos que están consiguiendo unas respuesta espectaculares en metástasis de colon

MEJORA DE TRATAMIENTO. La mejora de los resultados radican más en los fármacos y en nuevas líneas terapéuticas de quimioterapia. "Hemos llegado al tope con la cirugía en dos tiempos, las embolizaciones portales y la radiofrecuencia", indica el cirujano, quien apunta que ahora se está intentando conseguir hipertrofiar y proteger el parénquima que queda, de manera que éste sea suficiente para mantener con vida al paciente. A los pacientes se les puede tratar con quimioterapia antes de la intervención quirúrgica. Si responden al tratamiento positivamente las metástasis se van disminuyendo para, posteriormente, ser intervenidos. "No hay que esperar siempre a que las lesiones vayan reduciéndose más; en cuanto se puede hay que operar", afirma el doctor Pardo.

En cualquier caso, y dado que no se puede curar a todos los pacientes, el objetivo se centra en "convertir las metástasis hepáticas de cáncer colorrectal en una enfermedad crónica, de forma que operamos al paciente y se le puede dar o no quimioterapia, y si reaparece la enfermedad se vuelve a tratar u operar", expone el doctor Pardo.

Esta mejora del pronóstico es importante porque, como asegura del doctor García-Foncillas, "de las personas con cáncer, aproximadamente el 35% sufre lesiones hepáticas en algún momento".

+

www.gastro.org
www.ssat.com
www.facs.org
www.aecirujanos.es

La hiperhidrosis, un problema médico (y social) con solución

Las inyecciones selectivas de toxina botulínica en axilas y manos son muy eficaces para frenar la sudoración excesiva

UN ■ La sudoración acompaña a una persona durante toda su vida. En condiciones normales, su función es termorreguladora, sin embargo, en algunos casos, la cantidad de sudor que se produce es muchísimo mayor en áreas anatómicas concretas, lo que supone un problema para algunos pacientes. Se trata de la hiperhidrosis, un proceso que hoy en día puede solucionarse con un tratamiento personalizado que, en muchas ocasiones, "les cambia la vida a las personas que lo padecen", explica el doctor Agustín España, director del departamento de Dermatología de la Clínica Universitaria.

De forma fisiológica, la sudoración se produce por las glándulas sudoríparas (también denominadas glándulas ecrinas), y se secreta en la piel a través de unos canalículos que emergen a la superficie cutánea. En condiciones normales, varios estímulos favorecen la producción y posterior secreción del sudor a la piel, siendo el más importante la temperatura ambiente o la temperatura corporal. De esta manera, la sudoración es un proceso fisiológico que permite en condiciones normales regular nuestra temperatura interna. Habitualmente, el sudor se produce continuamente, sobre todo en axilas, manos y pies.

En ocasiones, ante ciertos estímulos, bien térmicos o emocionales, la sudoración puede incrementarse de forma importante, algo que, en muchos casos puede condicionar la vida de algunas personas, al tener la sensación los pacientes "de mojar su ropa constantemente" o incluso llegar a ocasionar un temor constante y permanente al pensar en el momento de encontrarse con otras personas y tener que saludar o dar la mano.

La hiperhidrosis puede llegar a constituir una enfermedad en los casos en los que "condiciona de forma importante la vida del paciente, sus relaciones sociales o su profesión", señala el Dr. España. El límite entre la enfermedad y lo fisiológico "es difícil de establecer", y depende de cómo perciba el paciente esa situación, señala el especialista, quien recalca que a las perso-

nas cada vez les incomoda más la hipersudoración, y por eso es hoy en día un motivo de consulta frecuente.

TIPOS Y CAUSAS. Existen tres tipos de hiperhidrosis. En un primer grupo se encuentran las hiperhidrosis esenciales o idiopáticas, conocidas también como tensionales. En estos casos, las personas que la padecen -fundamentalmente jóvenes- presentan un aumento importante en la sudoración coincidiendo con una situación estresante o emocional importante, o también en momentos de mayor angustia. Este tipo de hipersudoración casi siempre se localiza en manos, pies y axilas y se sufre durante todo el año, no sólo cuando aumenta la temperatura externa ambiental. Este hecho condiciona tanto la vida del paciente que "puede llegar a sufrir auténtica fobia social, con miedo a encontrarse con la gente, porque le van a sudar las manos y no va a poder saludar", precisa este especialista. En ocasiones este fenómeno es conocido también como "sudor frío". Muchas veces esta situación tensional es tan relevante "que a algunos pacientes se les debe indicar un tratamiento antidepresivo o ansiolítico durante un tiempo. No obstante, esta posibilidad debe individualizarse en cada caso".

La segunda forma de hiperhidrosis no se asocia a un componente emocional tan grande ni tampoco es tan selectiva de unas áreas anatómicas concretas. En estos casos aparece un incremento en la producción del sudor ante unos estímulos normales, como es el aumento de temperatura, pero la producción de sudor es superior a la de lapoblación general ante estímulos similares.

Por último, existe una tercera forma de hiperhidrosis, asociada a diferentes enfermedades -neurológicas, metabólicas,...-, y que solamente una detallada historia médica y una exploración física podrán identificar. En estos casos deberán realizarse pruebas diagnósticas para poder llegar a la causa desencadenante de la hipersudoración.

Así pues, según explica el Dr. España, "si bien en la mayoría de casos la hiperhidrosis obedece a un origen nuerógeno o tensional, o bien puede considerarse como un proceso fisiológico magnificado, siempre hay que hacer un despistaje de otros procesos asociados que pueden ser la causa del aumento de la sudoración", asegura.

A las personas cada vez les incomoda más la hipersudoración y por eso es motivo de consulta frecuente

Puede llegar a ser una enfermedad en los casos en los que condiciona de forma importante la vida del paciente

Tras el tratamiento individualizado los pacientes superan la fobia social y el miedo a encontrarse con la gente

El Dr. Agustín España trata una hiperhidrosis palmar.

REPERCUSIÓN SOCIAL. La hiperhidrosis no es cada vez más frecuente, sino que cada vez se consulta más. Quizá, hace unos años este problema no tenía ninguna repercusión en la vida social y de relación entre las personas. Sin embargo, hoy en día se percibe como un factor limitante, hasta el punto de condicionar la actuación en muchos casos. El doctor Agustín España ha constatado que hay pacientes a los que les ha cambiado la vida, porque con el tratamiento superan la fobia social y el miedo a encontrarse con la gente. "No se soluciona sólo el problema, sino que se le da calidad de vida al paciente".

LA TOXINA BOTULÍNICA. La hiperhidrosis tiene hoy tratamiento, por lo que la principal recomendación es "acudir al dermatólogo". En la Clínica Universitaria se estudia a cada paciente de forma individualizada, y se comprueba cuál es el mejor tratamiento para cada caso. En el manejo de este tipo de pacientes intervienen los departamentos de Dermatología, Neurocirugía, Endocrinología y Psiquiatría.

Inicialmente, en los pacientes con hiperhidrosis suelen instaurarse tratamientos como antitranspirantes locales, o también la iontoforesis, sistema por el que al paciente se le aplica una solución salina con una corriente eléctrica, en el caso de manos. Para pies o axilas hay aparatos especiales.

"En aquellos casos en los que el tratamiento convencional falla o no tiene los efectos deseados, y además la hipersudoración aparece en zonas circunscritas, se está utilizando con éxito la toxina botulínica. Este fármaco se obtiene del Clostrydium botulinum, el agente causal del botulismo, una infección adquirida por la ingesta de alimentos enlatados en mal estado", indica Agustín España. "Esta toxina bloquea el efecto estimulador de la fibra nerviosa sobre la glándula sudorípara, consiguiendo de esta manera una disminución de su función y por tanto de la producción de sudor".El fármaco se aplica mediante inyecciones selectivas en el área anatómica que se desea tratar, y se ha demostrado de gran eficacia en el tratamiento de hiperhidrosis localizadas, como axilas y palmas de manos. Este tratamiento lo tolera perfectamente el paciente. En los casos de hiperhidrosis axilar se administra sin anestesia local. Para los pacientes que desean tratarse con este medicamento mediante toxina botulínica, se puede realizar anestesia troncular en ambas manos, o únicamente crioanestesia en cada punto de inyección. En ambos casos se puede repetir periódicamente, y no hay ninguna contraindicación que impida realizar este procedimiento.

+

www.viatusalud.com

En la Clínica Universitaria de Navarra creemos que lo último en tecnología e investigación tiene que estar al alcance de todos.

acunsa

Por eso, sólo cuesta 61 céntimos al día.

Porque queremos poner a su alcance la tecnología médica más avanzada. Porque nos preocupa su salud y la de los suyos. Y porque con ACUNSA, nuestro seguro de hospitalización, queremos ofrecerle toda la atención médica que usted y su familia necesiten en las mejores condiciones posibles.

Con la tecnología más innovadora.
Porque su salud y la de los suyos se merece los mejores medios humanos y tecnológicos.

Y en la Clínica Universitaria de Navarra, **centro hospitalario galardonado con el premio a la mejor institución sanitaria de la década**, los ponemos a su alcance.

Con las técnicas terapéuticas y de diagnóstico más avanzadas, y con tratamientos médicos exclusivos en muchos casos. Y, por supuesto, con una atención personalizada e inmediata. Sin listas de espera, porque su salud es lo primero.

Además se lo ponemos fácil. Porque no necesita realizar un examen médico para beneficiarse de nuestro seguro. Basta con contestar a un sencillo cuestionario. Y, para ingresar en la Clínica, sólo necesita que un médico colegiado indique su hospitalización.

Reciba las últimas novedades médicas de la Clínica Universitaria de Navarra GRATIS en su hogar.

¿Quiere conocer la Clínica Universitaria de Navarra por dentro?

¿Quiere ver lo último en tecnología médica?

Rellenando el cupón recibirá gratuitamente y sin compromiso un ***DVD*** informativo sobre la Clínica Universitaria de Navarra.

e-Boletín
CLÍNICA UNIVERSITARIA

Noticias on line

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

¿Cuáles son las coberturas?

El seguro de hospitalización de ACUNSA incluye las siguientes coberturas:

- Hospitalización quirúrgica, médica, psiquiátrica, pediátrica y hospital de día en quimioterapia, radioterapia, ORL, oftalmología, cirugía ortopédica...
- Estancia en la Clínica, honorarios médicos, gastos de quirófano y medicación.
- Exploraciones, análisis y todas las pruebas necesarias para la confirmación del diagnóstico y tratamiento.
- Además, si lo desea, disfrutará de una habitación individual con todas las comodidades y la posibilidad de tener cubiertos todos los gastos de desplazamiento a Pamplona.
- Sin ningún límite en el coste del tratamiento.

Clínica Universitaria de Navarra.
Premio a la mejor institución sanitaria de la década.

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

Si deseas recibir, sin compromiso, más información rellena y envíanos por correo o fax este cupón.
Y recuerda que además recibirás GRATIS las últimas novedades médicas de la Clínica Universitaria de Navarra.

Nombre _____ Apellidos _____

Dirección _____ Población _____ C. Postal _____

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

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

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

Para suscribir este seguro de hospitalización es necesario ser menor de 60 años (en caso de empresas y colectivos, menor de 65).

Los datos personales que puedas suministrarnos, son totalmente confidenciales y podrán ser utilizados para comunicarte las diferentes ofertas y servicios de Acunsa, salvo que nos indiques lo contrario. Tu también puedes acceder a ellos, rectificarlos o cancelarlos siempre que lo desees.

02260094

Por favor, envía este cupón a ACUNSA:

Avda. Pío XII, 57
31008 PAMPLONA, ESPAÑA
Fax. 948 177 658
Tel.: 902 364 360
e-mail: info@acunsa.es

Cómo hacer vida normal con un estoma

El estomaterapeuta es fundamental para que el paciente comprenda cómo vivir con 'la bolsa'

CUN ■ El estomaterapeuta es un experto en el cuidado de las personas portadoras de un estoma, una intervención quirúrgica por la que al paciente se le aboca una parte interna del organismo al exterior. A simple vista, la cuestión es de lo más habitual, pero sorprende gratamente comprobar cómo paciente y enfermera se mantienen unidos por un vínculo afectivo años después de la operación.

Así lo vive y lo cuenta Carmen Fuertes, enfermera de Cirugía de la Clínica Universitaria, experta en Estomaterapia que cursa en la actualidad Cuarto de Pedagogía en la Universidad de Navarra. A sus espaldas lleva 25 años de profesión y más de 15 en este campo como experta, y para ella la clave tras colocar a un paciente lo que comúnmente se conoce como 'bolsa' es la relación que se origina entre él y el especialista, ya que, después de la intervención, la persona necesita unos cuidados y un seguimiento que se prolongarán durante toda su vida. Ayudarles a aceptar qué es lo que les ha ocurrido y formarles para que comprendan, no el porqué, sino el cómo vivir con ello, es la tarea que Carmen Fuertes aborda todos los días. Las causas son diversas: procesos tumorales, traumatismos, enfermedades inflamatorias o malformaciones, y la consecuencia que de ello se deriva es que "hoy, gracias a un estoma, puedo vivir", reconocen algunos pacientes.

UNA DEPENDENCIA POSITIVA. Carmen Fuertes asegura al hablar de su relación con los pacientes que al final se crea "una dependencia positiva", ya que ellos saben a qué persona dirigirse, y la enfermera en qué momento derivarle a un profesional u otro.

Pero además del apoyo que presta la Clínica, la familia juega un papel relevante en su nueva situación. "Si la familia no lo acepta, ellos lo pasan mal", apunta. Por ello, Fuertes cree necesario que tanto el especialista como el paciente y sus familiares conozcan en profundidad su caso para tener los cuidados adecuados. "La bolsa, a muchas personas les traumatiza", y es "muy importante" que el paciente sea consciente de que lleva un estoma, pero que no le dé más importancia de la que tiene, indica Carmen Fuertes.

NO HAY UN PERFIL. Hay pacientes de todas las edades con estomas, que pueden ser permanentes o temporales. Tampoco hay un sexo predominante. Sin embargo, sí influye la edad a la hora de una intervención. Fuertes explica que los adolescentes se hacen muchas preguntas del tipo "me querrán si lo saben", o "me lo notarán". En su opinión, para poder orientar a la persona, "todo depende de por qué se lo han hecho y si es temporal o definitivo".

CUIDADOS Y CONSEJOS

- **Elegir un buen dispositivo, ya que el paciente puede rechazarlo por alergia, ulceraciones en la piel o porque no sea el correcto y se le desprenda.**
- **Prestar una atención mayor a la piel y a la higiene.**
- **Cambiar las bolsas, que son de plástico y van recubiertas de una telilla para que no recaliente la piel, cada vez que se usan.**
- **Ducharse sin el dispositivo para que se eliminen todos los restos.**
- **Secar muy bien la piel.**
- **Tener precaución con los movimientos bruscos y evitar prácticas que requieran un gran esfuerzo abdominal.**
- **Con la llegada del calor, los pacientes se obsesionan pensando que se les nota con un tipo de ropa determinada. A los hombres se les recomienda bañadores de pantalón y, a las mujeres, trajes de baño con dibujos o drapeados.**

LA CIFRA

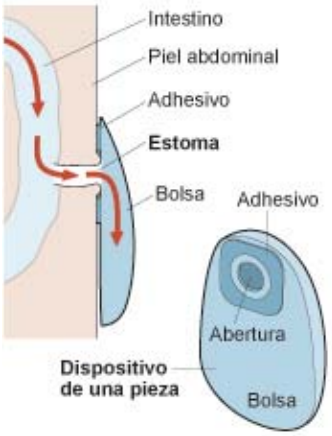
50

En la Clínica se realizan unas 50 **operaciones** al año que necesitan un estoma. El número disminuye gradualmente por el avance de las técnicas quirúrgicas.

LA OSTOMÍA

Cuando la salud del paciente lo exige, puede ser necesario interrumpir los cauces naturales para la excreción de las heces o la orina. Se realiza entonces una abertura artificial (estoma) por la que llevar al exterior los desechos, que se recogen en un dispositivo especial.

EJEMPLO DE OSTOMÍA DIGESTIVA



OSTOMÍAS DIGESTIVAS

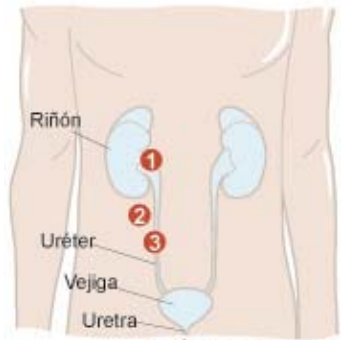
Según su localización

	TIPOS	FLUIDO
1	**Ileostomía**	Líquido
2	**Colonostomía ascendente**	Semilíquido
3	**Colonostomía transversa**	Semisólido
4	**Colonostomía descendente**	Heces formadas
5	**Colonostomía sigmoide**	Heces sólidas

OSTOMÍAS UROLÓGICAS

Según su localización

	TIPOS
1	**Nefrostomía**
2	**Ureterostomía** (en uno o en ambos uréteres)
3	**Vejiga ileal** (se elimina la vejiga)



Yerani Ruiz de Azúa

“Simón ha llevado una vida normal tras el implante coclear”

Simón Garitano Ruiz de Azúa ha vencido la sordera que padecía desde su nacimiento gracias a dos implantes cocleares

CUN ■ Un día antes de que empezasen los Juegos Olímpicos de Barcelona, el 24 de julio de 1992, nacieron en Pamplona Simón y Martín Garitano Ruiz de Azúa. Mellizos. Con bajo peso pero sin complicaciones, su desarrollo durante el primer año de vida fue normal. Entonces surgieron diferencias: Simón no oía. La preocupación de sus padres, Yerani y Ramón, prontó se tornó en esperanza gracias a los consejos del doctor Julio Artieda, amigo y neurólogo de la Clínica Universitaria de Navarra. Simón pasó por las manos del doctor Manuel Manrique, otorrinolaringólogo de la Clínica en 1994, y fue uno de los tres primeros implantados cocleares en Navarra menor de cinco años. En 2002 se le implantó el otro oído. Hoy, Simón ha terminado 2º de la ESO con excelentes calificaciones y disfruta de aficiones como las de cualquier adolescente. Sus padres pasaron de la angustia a la satisfacción.

¿Cómo se dieron cuenta del problema de Simón?
A partir del primer año de vida nos empezamos a dar cuenta de que su hermano gemelo respondía y ya empezaba a obedecer órdenes, cosa que él no. Lo suplía con una eterna sonrisa pero no hacía caso.

¿Cuál fue su reacción?
Una sorpresa y un desconcierto muy grande. Y angustia, porque en nuestra familia no había antecedentes. En nuestro entorno de amigos tampoco conocíamos a nadie con problemas parecidos. La idea que tienes de una persona sorda es que le cuesta comunicarse y entender lo que te quiere decir.

¿Qué hicieron entonces?
Empezamos a consultar: primero con su pediatra, que enseguida se dio cuenta del problema. Inmediatamente fuimos referidos a la realización de unos potenciales evocados que confirmaron la gravedad de la pérdida auditiva que tenía. Él nos puso en contacto con el doctor Manrique.

¿Qué les dijeron los médicos?
Se nos comentó que se estaba empezando a hacer en niños una nueva técnica, el implante coclear, y que se tenía experiencia desde hacía años, pero en personas adultas que habían perdido la audición siendo mayores. Era un acto de fe en los médicos y un poco en la lógica. Era mejor equivocarse por haberlo hecho que por no haberlo hecho. Los médicos nos dijeron que había que asumir el problema y ponernos al asunto: mucha estimulación.

Y se decidieron.
No teníamos más opciones, pero lo tuvimos claro. Con apenas dos años, en agosto de 1994, se le intervino y en noviem-

Simón con su madre Yerani posan delante de la Clínica Universitaria.

bre se le hizo la programación. Recuerdo que el primer ruido que fuimos conscientes que recibió, por la cara de asombro, fue al salir de la Clínica y escuchar el paso de un avión; antes, salvo con ruidos muy potentes, no respondía.

¿Cómo fue la evolución?
Vas viendo con optimismo que va evolucionando. Y ves que puedes comunicarte con él de manera oral, porque antes era mucho espontáneamente. Porque lo más importante es mantener una comunicación con tu hijo, del tipo que sea: física, visual... Que tu hijo sepa que tú le estás intentando transmitir algo y que él, de una manera u otra, entienda lo que le quieres transmitir.

¿Y su desarrollo escolar?
Simón ha llevado una vida normal. Los tres primeros años, como eran los primeros niños pequeños implantados en Navarra fueron a la misma aula. A partir de acabar la educación infantil, Simón cambió a un centro ordinario, no de integración, y cerca de casa, porque entendimos que para la integración del niño también era positivo. Antes utilizaba una emisora de FM en el aula, con un emisor que llevaba el profesor y el niño conectado al implante, para que no hubiera distorsión posible. A medida que con el segundo implante fue encontrándose seguro y recibiendo una información más veraz, dejó de usarla.

¿Tiene algún problema?
El problema lo tiene cuando no lleva los implantes, por la noche o en la piscina. Sus compañeros y amigos saben que cuando no lleva los implantes no oye. Pero todo es normal. Y tiene una lectura labial aceptable y entiende las conversaciones cotidianas.

¿Han sacado alguna conclusión de todo esto?
Algo que en aquel momento no lo vives, pero que hemos ido viendo es que compartirlo con gente que ha pasado o está pasando por la misma situación es una ayuda inestimable. El que te permita saber que no estás solo, que hay padres que han pasado por las mismas circunstancias, y que las cosas tienen solución.

APOYO Y AYUDA

Los padres de Simón pertenecen a la Asociación Eunate de familias y amigos de los niños con deficiencias auditivas y de personas mayores con pérdidas en edad adulta: "Ahora mismo tenemos un programa de ayuda a familias y les ayudamos en el momento de diagnosticar un caso de sordera. Los propios otorrinos les hablan de nuestra existencia, acuden a nosotros para que vean que no están solos, cuáles son los pasos por los que van a tener que pasar y que el futuro es muy gratificante y alentador. Aunque en principio parece que se acaba el mundo ves que hay una solución muy buena y que no estás solo".

La tolerancia inmunológica en embarazos y tumores

Las perspectivas terapéuticas de este proyecto son muy importantes para el tratamiento de tumores y para resolver problemas de abortos espontáneos.

CUN ■ La forma natural de tolerancia inmunológica que se produce durante el embarazo y la forma patológica de tolerancia inmunológica que es el cáncer conforman la base de la investigación que lleva a cabo el doctor de la Clínica Universitaria Álvaro González, junto a su equipo del departamento de Bioquímica.

Según indica el Dr. González, la base de este proyecto es que, cuando una mujer se queda embarazada, la mitad de los genes del feto son del padre y la mitad de la madre, y, por lo tanto, el feto tendría que comportarse como un trasplante semialogénico, porque no todas las proteínas que expresa el feto son de la madre. Ésta, en principio, tendría que rechazar al feto mediante una respuesta inmune, como si fuera un trasplante o un organismo extraño, pero existen mecanismos naturales por los que la madre se hace tolerante al feto. Estos mecanismos, sostiene el Dr. González, pueden ser producidos de forma patológica en algunos tumores.

Así, el sistema inmune debería reconocer las formas aberrantes de las proteínas que expresan los tumores cuando proliferan, y de esta manera retrasar el crecimiento del tumor. Las células cancerosas pueden expresar de forma anómala algunas de estas moléculas que inducen tolerancia inmunológica, lo que hace que el organismo no lo reconozca como extraño por lo que el tumor puede seguir desarrollándose. “El sistema de vigilancia que tiene el organismo a través del sistema inmune es engañado por el tumor”, precisa el miembro del departamento de Bioquí-

Este trabajo se encuentra todavía en fase experimental pero los resultados obtenidos son buenos y esperanzadores

Tiene también aplicación en transplantes, para disminuir los efectos secundarios de los inmunosupresores

mica de la Clínica. Desde hace unos cinco años, el Dr. González y su equipo estudian por un lado los mecanismos en el embarazo para entenderlos y ver cómo interactúan con la madre, y por otra parte ver cómo estos mecanismos se expresan de forma patológica en tumores. Es la misma situación, una natural y otra patológica. Las moléculas en las que el equipo más se está fijando son dos: la enzima indoleamina 2,3-dioxigenasa y la molécula no clásida de histocompatibilidad HLA-G.

Este trabajo se encuentra todavía en fase experimental, y su finalización "no se puede saber" por el momento. Sin embargo, lo que sí se puede constatar es que este equipo de especialistas ha obtenido hasta el momento "resultados buenos y bastante esperanzadores", que tendrán aplicación clínica "de aquí a un futuro no lejano".

ENFOQUES TERAPÉUTICOS. Las perspectivas terapéuticas que se generan con este proyecto son, según este experto, muy importantes para poder ayudar a resolver problemas de abortos espontáneos en los que no se conocen las causas. A veces, el motivo puede ser que la madre reconozca como extraño al feto, y modificando o induciendo la expresión de las moléculas, se ayudaría a la buena marcha de los embarazos y se podría reducir el riesgo de abortos, ya que "entre un 5 y un 10% de los embarazos pueden sufrir un aborto espontáneo en los primeros meses".

Por su parte, en situaciones patológicas, esta investigación puede ayudar a desarrollar terapias más eficaces frente a tumores y que, en principio, podrían ser menos agresivas y más naturales. En tumores que expresan moléculas que producen inmunotolerancia se podría bloquear a estas moléculas y el sistema inmune, al reconocer ahora a las células malignas como extrañas, las atacaría. Con esto se combatiría al tumor desde un aspecto diferente al de la quimioterapia o radioterapia, en la que la posible complementariedad con estos tratamientos sería importante", indica el doctor González. Se ha investigado en melanoma, cáncer de ovario, de mama o de colon. Hipotéticamente, este tratamiento podría ser más eficaz en metástasis, porque el tumor es más indiferenciado y con más mutaciones. Este mecanismo no es específico de tumores concretos, sino que es bastante general. Esta línea de investigación tiene también aplicación en trasplantes, para disminuir los efectos secundarios de los inmunosupresores. Así pues, el estudio de la tolerancia inmunológica es un campo "con grandes posibilidades terapéuticas".

+

www.-dsv.cea.fr

BUENOS RESULTADOS

Una nueva línea de actuación con futuro

Este estudio nació con la idea de estudiar la tolerancia inmunológica fundamentalmente en embarazos, porque "hay un gran desconocimiento en este campo". La Clínica Universitaria ha establecido colaboraciones con equipos franceses, y, hasta el momento, los resultados son "bastante buenos". Asimismo, en la Universidad de Navarra hay además varios grupos que trabajan diferentes aspectos de inmunología en tumores, con los que el equipo del doctor González mantiene un estrecho contacto. "Es una nueva línea de actuación en inmunología que tiene un gran futuro por todas sus implicaciones, porque es un proceso natural que se puede aprovechar para múltiples aspectos", afirma este especialista. Así, explica que en los últimos años se ha comprobado que modulando algunas de estas moléculas, la eficacia de la terapia frente al cáncer "aumenta notablemente". Hasta ahora, se han realizado modelos experimentales, no en humanos, porque hasta llegar a pacientes "hay que tener las cosas muy atadas y conocerlas bien". Sin embargo, en opinión del Dr González, el momento en el que pueda aplicarse en pacientes "no tardará mucho". Actualmente, en el laboratorio de Bioquímica de la Clínica se realizan experimentos in vitro y, sobre todo, en frascos de cultivo. Además, hay una serie de estudios que se realizan en muestras de voluntarios sanos a través de extracciones de sangre. En este equipo dirigido por el doctor González se encuentran además Carmen Mugueta, Estíbaliz Alegre y Ángel Díaz. Desde este departamento colaboran con otros como Ginecología, Oncología o Dermatología, con el CIMA.

Dr. Álvaro González, en primer plano, junto al Dr. Ángel Díaz y la Dra. Estíbaliz Alegre.

Unidad del sueño, dormir bien para vivir mejor

Más de un 40% de la población puede sufrir algún trastorno del sueño

CUN ■ Los trastornos del sueño son un grupo de enfermedades muy frecuentes . Afectan a un porcentaje elevado de la población, a cualquier edad, y provocan tanto síntomas como complicaciones médicas importantes. Se calcula que más de un 40% de la población puede sufrir alguno de estos trastornos y requerir tratamiento en alguna etapa de su vida.

Los tipos y causas de estos trastornos son muy variados. "Hay más de 80 patologías distintas que se incluyen en el amplio abanico de patologías de sueño", apunta el doctor Jorge Iriarte.

Este especialista de la Clínica Universitaria forma parte de la Unidad del Sueño, una línea asistencial creada en 1991 en la que colaboran distintos departamentos clínicos y quirúrgicos con el objetivo de diagnosticar y tratar cada uno de los trastornos posibles. Por esta Unidad, coordinada por el servicio de Neurofisiología, pasan anualmente cerca de 650 personas, que duermen una noche en la Clínica para someterse al estudio polisomnográfico -conocido como prueba del sueño-, consistente en el registro durante toda la noche de diferentes variables fisiológicas, incluyendo el electroencefalograma y movimiento de ojos (para conocer la estructura del sueño), flujo nasal y bandas respiratorias (para detectar las paradas respiratorias también llamadas apneas), saturación de oxígeno en sangre y electrocardiograma (para conocer la repercusión de los problemas respiratorios), movimiento de músculos de las piernas, sensor de posición corporal y otros según sea la sospecha del proceso en cada paciente concreto.

En el caso de los pacientes que duermen excesivamente se lleva a cabo el test de las siestas (test de latencias múltiples de sueño, en nomenclatura técnica), para conocer la latencia de entrada en sueño y si esa entrada en sueño es normal o no, pues hay pacientes afectos de narcolepsia que al dormirse entran directamente en fase REM, la fase de soñar, lo cual es anormal. Según el doctor Iriarte, lo principal es saber cuál es la enfermedad y luego ver la causa, porque "el espectro tanto de trastornos como de sus causas es muy amplio". La patología del sueño tiene "tratamientos eficaces", pero "como estas enfermedades no matan, uno no va al médico, y por ello están infradiagnosticadas, hasta que, en ocasiones, es demasiado tarde, sobre todo en el caso de las apneas del sueño, ya que de esta patología se pueden derivar complicaciones cardiacas o cerebrales.

El doctor Iriarte hace especial hincapié en la relevancia que tienen estas patologías en los niños, ya que pueden complicarse o llevar a trastornos de comportamiento, déficit de crecimiento, hiperactividad, problemas escolares o irritabilidad, entre otros.

PRINCIPALES PATOLOGÍAS. El insomnio es el trastorno del sueño por excelencia -afecta a un 20% de la población-. Lo sufren jóvenes, tanto hombres como mujeres, con ansiedad, estrés o sin ellos, y la gran mayoría de los ancianos. Para solventar este problema hay tratamientos farmacológicos como los hipnóticos, pero también no farmacológicos o terapias psicológicas.

Por su parte, las apneas del sueño afectan a un 3-6% de la población. Se producen por una obstrucción reversible de la vía aérea superior. Son pacientes roncadores, que al día siguiente se levantan cansados y se duermen con facilidad; a medio o largo plazo pueden sufrir complicaciones como la hipertensión, infartos cerebrales o infartos de miocardio. El principal factor predisponente es la obesidad, por lo que primero hay que intentar adelgazar. También pueden favorecerla el hipertiroidismo o malformaciones de la parte posterior de la cavidad oral, faringe, lengua, paladar o nariz, y en estos casos es posible que la cirugía puede estar indicada. Sin embargo, el tratamiento más habitual para las apneas es el CPAP, un aparato que crea una corriente de aire continua que entra a través de una mascarilla nasal y evita el cierre de la vía respiratoria.

Existe un perfil característico para este cuadro: varón entre 40 y 60 años y obeso. También es frecuente en mujeres obesas mayores de 50 años así como en niños con amígdalas grandes, vegetaciones o malformaciones a nivel craneocervical, señala el doctor Iriarte.

En el caso de las parasomnias -los episodios anormales que ocurren durante el sueño, como el sonambulismo, movimientos de piernas, hablar, moverse, migrañas o problemas musculares-, el doctor Iriarte destaca el predominio del síndrome de las piernas inquietas, que ocurre cuando uno está despierto y siente molestias en las piernas y las mueve para calmarlas. Puede producir insomnio de conciliación. Por su parte, los movimientos periódicos de las piernas ocurren durante el sueño y son involuntarios.

En cuanto a la hipersomnia -un grupo de entidades caracterizadas por la presencia de somnolencia excesiva- también es clave conocer el tipo y realizar los estudios necesarios para saber su causa. Muchas enfermedades generales o fármacos la pueden producir, pero a veces es una enfermedad en sí misma, sin origen conocido.

15 AÑOS DE ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR

La Unidad del Sueño se creó hace quince años. Desde entonces, ha mejorado en las instalaciones y en los equipos y se ha trabajado en grupo, incluyendo reuniones y sesiones periódicas, con distintos departamentos implicados en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes, como Neumología, Medicina Interna, Psiquiatría, Otorrinolaringología, Endocrinología, Neurología, Pediatría y Cirugía Maxilofacial. Los síntomas y los tratamientos son muy diversos, algunos de ellos médicos y otros quirúrgicos, y exigen un abordaje multidisciplinar. Es también una Unidad con interés en la investigación. En los últimos años se ha centrado en el estudio de la actividad cerebral, en los movimientos de las piernas, la relevancia de las apneas y los movimientos periódicos en la estructura del sueño, las variables antropométricas predictoras para sufrir apneas del sueño, parasomnias y crisis epilépticas, entre otros.

Juan Ramón Valentí ha sido elegido miembro "at large" de la Sociedad Europea de Rodilla, Artroscopia y Trauma Deportiva (ESSKA). Su función principal es

servir de enlace entre la Sociedad Europea y las regionales de cada país. ESSKA se compone de 1.200 miembros y sólo tiene un miembro "at large" por país.

Actualidad

PREMIOS

El Servicio de Medicina Nuclear ha obtenido, por tercer año consecutivo, el premio a la mejor comunicación en el Congreso de la Sociedad Española de Medicina Nuclear, por el trabajo "Predicción de la localización de recidivas en gliomas de alto grado mediante PET: interés en la planificación radioterápica".

El Servicio de Neurofisiología ha obtenido el premio al mejor trabajo publicado sobre Epilepsia, otorgado por la Sociedad Española de Neurología. El trabajo titulado "Independent Component Analysis Removing Artifacts in Ictal Recordings" fue publicado en la revista Epilepsia, órgano oficial de la Sociedad Americana de Epilepsia y de la Liga Internacional contra la Epilepsia.

Una comunicación desarrollada en colaboración entre la **Clínica Universitaria de Navarra** y el **Centro de Investigación Médica Aplicada** (CIMA) ha sido galardonada con el primer premio de la categoría dentro del XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Arteriosclerosis celebrado en Santander. "Metaloproteasa-10 (Estromelisina-2): un nuevo marcador de aterosclerosis subclínica" es el título del trabajo desarrollado.

BECAS

Pablo Irimia ha obtenido la Beca otorgada por el laboratorio Almirall a un proyecto titulado "Estudio prospectivo sobre los factores involucrados en el desarrollo de migraña crónica (MC) y cefalea por abuso de medicación analgésica (CAM)"

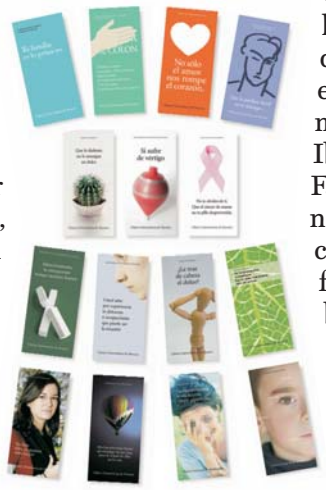
Entender a los médicos tiene premio

La Clínica, galardonada por su comunicación directa al paciente con un premio Aspid de Publicidad sanitaria

Elisa Montserrat, directora de marketing de la Clínica Universitaria, y Luis Garbayo (a la derecha), socio-director de Ken, junto a uno de los miembros del jurado.

CUN ■ La Clínica Universitaria de Navarra ha sido galardonada por su comunicación directa al paciente en la X edición de los Premios Aspid de Publicidad de Salud y Farmacia por su colección de trípticos de producto diseñada por el estudio navarro Ken. El evento de este año, que se ha celebrado bajo el lema "No es fácil entenderles (en alusión a los médicos). Saber hacerlo merece un premio", se ha consolidado como un acontecimiento de referencia para anunciantes y agencias del sector sanitario español e iberoamericano. Los folletos pretenden explicar, con lenguaje sencillo, los factores de riesgo, síntomas, técnicas diagnósticas y tratamientos que ofrece la Clínica Universitaria a las personas afectadas por las patologías que abordan los materiales premiados. Además, destaca el hecho de que la Clínica ha sido el único centro médico que ha sido premiado en esta edición de los Premios Aspid de Publicidad Iberoamericana de Salud y Farmacia. De los 42 galardones concedidos, todos los centros a los que hacen referencia las creaciones publicitarias son laboratorios o instituciones de salud pública excepto los trípticos diseñados para la Clínica diseñados por la Agencia Ken.

Los folletos pretenden explicar los tratamientos que ofrece la Clínica



Jesús Prieto, director del departamento de Medicina Interna de la Clínica Universitaria de Navarra, ha entrado a formar parte del Consejo Editorial de

Gastroenterology **(www.gastrojournal.org/),** la revista oficial de The American Gastroenterological Association Institute.

Carmen Rumeu, nueva Directora de Enfermería

CUN ■ Natural de Cádiz, Carmen Rumeu estudió en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Navarra y posteriormente se incorporó al departamento de Bioquímica. Su inclinación por el trato con el paciente le llevó a realizar la especialidad de Psiquiatría en su tercer año de contratación. Ha realizado estudios de postgrado en la Universidad de Manchester (1996). De regreso a la Clínica trabajó como supervisora en Laboratorios. En 1998 fue nombrada Supervisora General y ha ido desarrollando su actividad especialmente en Servicios Generales de la Clínica y en la reorganización del Área Quirúrgica. En el último año ha combinado la Supervisión General con la supervisión de la Unidad de Psiquiatría.

Carmen Rumeu.

COMUNICACIONES

Portugalia Airlines une a diario Pamplona y Lisboa

CUN ■ La compañía aérea portuguesa Portugalia Airlines enlaza Pamplona y Lisboa a diario. Todos los días a las 17.25 horas despega desde el aeropuerto de Noáin un avión de PGA hacia Lisboa. El trayecto inverso, desde la capital lusa, sale a diario a las 13.45 horas, hora local, una menos que en el resto de la Península Ibérica. La duración del trayecto es de dos horas. La compañía lusa utiliza aviones Beechcraft 1900D con capacidad para 19 pasajeros. Estos aparatos tienen una velocidad máxima de 550 kilómetros por hora y cuentan con una autonomía de 2.600 kilómetros. Más información sobre tarifas y reservas en **www.flypga.com.**

La Clínica mantiene su actividad en verano

CUN ■ La Clínica mantiene su actividad asistencial durante los meses de verano, con lo que la solicitud de consultas, pruebas médicas e ingresos hospitalarios serán atendidos con la misma agilidad. El **departamento de Oncología** realiza un especial esfuerzo de organización interna para continuar atendiendo a todos los pacientes que lo requieran. Tampoco se reducen los servicios de atención al paciente ni los horarios habituales. Todas las personas que soliciten asistencia médica en los meses de julio y agosto, pueden dirigirse a la Clínica por los canales habituales: por teléfono o por e-mail: **atpacientecun@unav.es.**

948 255 400

La Clínica no reduce ni los servicios ni los horarios

INVESTIGACIÓN

Algunos pacientes con deterioro cognitivo ligero padecerán Alzheimer

CUN ■ Una investigación de la Universidad de Navarra concluye que algunos enfermos con deterioro cognitivo ligero (DCL) desarrollarán Alzheimer en el futuro. El estudio, centrado en la detección de las señales precoces de la alteración, se basa en un análisis multidisciplinar con datos extraídos de una muestra de 300 individuos realizada en la Clínica Universitaria.

Este trabajo de doctorado, realizado por Lluís Samaranch, respalda la teoría de que la mayoría de los pacientes con DCL se hallan en una fase intermedia que desembocará en una perturbación aguda. "Sin embargo", aclara el nuevo doctor, "no todos los casos con deterioro ligero desarrollarán la dolencia".

Nueva unidad de Trasplante Hematopoyético

CUN ■ La Clínica acaba de abrir la nueva unidad de Trasplante Hematopoyético situada en la 7ª planta de la V fase. Esta unidad está compuesta por cinco habitaciones, separadas del resto de la planta por lo que se evita que sea zona de paso. Todas ellas tienen un sistema de aire a presión positiva con filtros de alta eficiencia, similar al que hay en quirófano, lo que reduce el riesgo de infecciones en estos pacientes tan inmunosuprimidos. Además, cuenta con un puesto de enfermería propio.

ENLACES DEL TRIMESTRE

www.diabetesjuvenil.com
Ofrece una completa información sobre la diabetes tipo 1. Contiene servicios como foros, chats, recetas, consejos para mejorar el control, asociaciones de apoyo e infográficos.

www.vacunasaep.org
Se puede encontrar el Calendario Vacunal de 2006, información general sobre vacunas, recursos para profesionales y un área específica para padres.

Libros &Webs

EL ENLACE DE LA CLÍNICA

www.cun.es/osteoporosis.html
www.cun.es//html/lineas/lin47.html

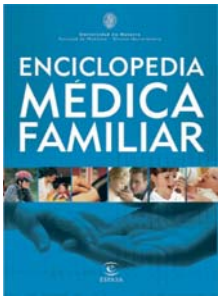
OSTEOPOROSIS, LA ENFERMEDAD SILENCIOSA

Cerca de 1 millón y medio de personas al año en Europa sufre alguna fractura de hueso a causa de la osteoporosis. Y es que esta enfermedad no suele ocasionar molestias en los años en los que se va desarrollando. Se calcula que sólo un 15% de las personas que la padecen son diagnosticadas y tratadas médicamente. El análisis individualizado de cada paciente, la visión multidisciplinar y la prueba de la densitometría ósea permiten descubrir la osteoporosis y abordarla del modo más adecuado para disminuir su evolución y predecir el riesgo de fracturas. La Clínica Universitaria de Navarra cuenta con una Línea Asistencial Especializada en Osteoporosis, compuesta por especialistas en Endocrinología, Nutrición, Ginecología, Medicina Interna, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Bioquímica Clínica, Medicina Nuclear y Radiología.

LA MEDICINA AL ALCANCE DE TODOS

Enciclopedia Médica Familiar, la salud en un volumen

El libro ha sido escrito por especialistas de la Clínica y de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.



Editorial: Espasa
Nº de Páginas: 1.544
Precio: 39,90 euros

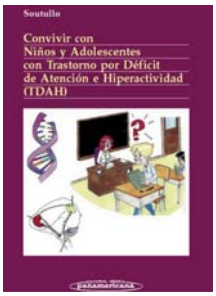
■ La Enciclopedia Médica Familiar ha sido concebida y desarrollada atendiendo esencialmente a los aspectos prácticos que faciliten su consulta por parte de cualquier lector y, en ese sentido, ha sido objeto de una cuidadosa planificación de los contenidos y una graduación de la complejidad de la información, tendiendo siempre a primar la claridad y el rigor en la exposición. El libro lo han escrito especialistas de la Clínica Universitaria y de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.

El contenido de esta enciclopedia ha sido articulado en cuatro partes diferenciadas. En la primera de ellas se examinan los aspectos más generales de la salud y aquellos aspectos de la vida humana que condicionan un estilo de vida saludable o, por el contrario, facilitan la pérdida de la salud. Después, como contrapunto, se examina la pérdida de la salud, la enfermedad y sus posibles causas. En la segunda parte se describe y caracteriza la salud a lo largo de la vida, señalando, en los sucesivos periodos del devenir vital, cómo la edad condiciona y matiza la manera de estar sano y también de enfermar. La tercera parte tiene un contenido mucho más práctico. En ella se examinan las manifestaciones primarias de la enfermedad, es decir, lo que el individuo siente o sufre cuando pierde la salud, y a continuación, cómo se atiende y se cuida al enfermo hoy día, en el ámbito médico y en el propio domicilio, desde el comienzo de la enfermedad. La cuarta y última parte considera, ahora de una manera sistemática, las enfermedades del cuerpo y de la mente, con un enfoque científico pero siempre accesible para todos aquellos que, aunque no son especialistas están interesados en profundizar en los diversos procesos patológicos que pueden afectarle a él o a cualquier persona de su familia. En todos los casos, la explicación se articula a través de preguntas sobre cada enfermedad: ¿en qué consiste?, ¿qué causas la producen?, ¿cómo se diagnostica?, ¿qué pronóstico tiene?, ¿cuál es el tratamiento?. En este último apartado se diferencian las medidas higiénico-dietéticas, el tratamiento farmacológico y el psicológico, pero nunca se propone un plan específico, que sólo es posible tras un tratamiento individualizado.

Finalmente, se incluyen diversos apéndices concebidos para su utilización como material de consulta y referencia: un glosario de términos médicos, valores de referencia de pruebas de laboratorio, programas de ejercicio físico y mantenimiento, tablas de composición de alimentos, guía de uso de medicamentos y, de acuerdo con la actual realidad social y tecnológica, una guía de acceso a la información médica fiable en Internet. La obra va acompañada de miles de fotografías, infografías, dibujos, esquemas, gráficos, cuadros y tablas, que la dotan de un valor iconográfico e informativo extraordinario.

www.todocancer.com/esp
Qué es el cáncer, tipos de cáncer, cáncer en los niños, tratamientos, etc... Explica cómo colaborar con la AECC y ayuda a pacientes y familiares para enfrentarse a esta enfermedad.

www.quiero1embarazo.com/
El objetivo de esta página es utilizar los conocimientos científicos disponibles en la actualidad para aumentar al máximo la probabilidad de embarazo.



Salud infantil

CONVIVIR CON NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TDAH

Autor: Dr. César Soutullo.
Número de Páginas: 458
Edita: Editorial Panamericana
Precio: 15 euros

■ Los padres y profesores de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) probablemente ya son expertos en este problema. Sin embargo, en este libro pueden aprender o reforzar tres conceptos fundamentales sobre los que no debe quedar ninguna duda: es un trastorno de origen biológico con causa, en parte, genética y produce un deterioro importante en la capacidad del niño de desarrollarse en el ámbito académico, familiar y social. Si no se trata puede limitar las posibilidades futuras del niño, porque produce un rendimiento por debajo de su capacidad intelectual y potencial.

Existen tratamientos seguros que pueden combinar medicación, tratamiento conductual y apoyo individual, familiar y escolar. Los riesgos que conlleva el tratamiento son menores que el no tratar este problema.

Discapacidad

SÍNDROME DE DOWN Y EDUCACIÓN

Autores: Jesús Flórez y Maria Victoria Troncoso
Número de Páginas: 288
Edita: Salvat
Precio: 20,75 euros

■ Una buena educación es un bien inapreciable que produce beneficios personales durante toda la vida. Esto no es menos cierto para las personas con síndrome de Down, si bien para ellas y para sus padres tener acceso a programas que les garanticen las oportunidades de un aprendizaje apropiado de forma continuada supone vencer una serie de retos que se van a prolongar a lo largo del período escolar. De la reflexión de un centenar de profesionales nació este libro centrado en el propio escolar con síndrome de Down, en su proceso de maduración y de aprendizaje y que pretende aclarar algunas nociones fundamentales de carácter general, desconocidas todavía por muchas personas responsables de su educación. De interés para psicólogos, médicos, profesores de educación especial, padres y familiares de niños con síndrome de Down.

Endocrinología

COMER BIEN A CUALQUIER EDAD

Autores: J. Alfredo Martínez , Susana Santiago, M. Iosune Zubieta
Número de Páginas: 160
Editorial: Eunsa
Precio: 11 euros

■ No come lo mismo un niño que un anciano o un adolescente. Y tampoco está tan claro qué y cuánto se debe comer en cada etapa de la vida ni los problemas nutricionales más frecuentes que pueden llegar a aparecer en cada una de ellas. "Comer bien a cualquier edad" aborda, de forma rigurosa y fundamentada, aspectos relacionados con las pautas de alimentación más adecuadas que se deben seguir en la infancia, la adolescencia, la madurez y la vejez. El libro aborda también, de manera sintética, las conductas alimentarias que es recomendable seguir en otras circunstancias vitales como el embarazo, la lactancia y la menopausia. Se trata, en definitiva, de un volumen muy adecuado para conocer las diferentes pautas dietéticas y los hábitos alimentarios más recomendables para mantener un buen estado de salud a lo largo de toda nuestra vida.

Formación

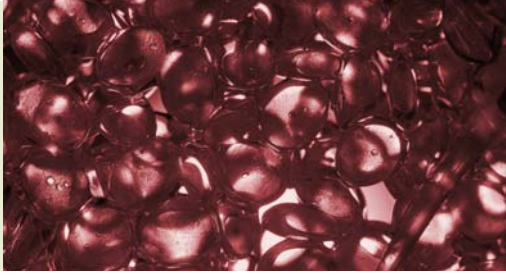
SIN MIEDO. CÓMO AFRONTAR LA ENFERMEDAD Y EL FINAL DE LA VIDA

Autor: Miguel Ángel Monge
Número de Páginas: 180
Editorial: Eunsa
Precio: 12 euros

■ Este libro se propone reflexionar -sin miedo - sobre la enfermedad y la muerte, y sus cuestiones colaterales: la enfermedad terminal, la humanización de la medicina, los cuidados paliativos, la eutanasia, el sentido del sufrimiento, la esperanza y también, ¿por qué no?, el más allá. ¿Qué nos espera después de la muerte? El autor es desde hace veinticinco años capellán en la Clínica Universitaria y ha tratado a miles de pacientes, en algunos casos ayudándoles y acompañándoles en el último momento. Fruto de su experiencia ha hilvanado el libro ayudándose con retazos de buen cine, apoyándose para contar sus reflexiones en un puñado de películas que le sirven de cañamazo para 'bordar' sobre ellas las distintas cuestiones: el proceso de adaptación a la enfermedad, cómo dar las malas noticias, la atención psicológica a los familiares, el duelo...

CURSOS Y CONGRESOS 2006

Frontiers in Hepatology V
Organiza: Departamento de Medicina Interna Clínica Universitaria de Navarra.
Fecha: 5 y 6 de octubre de 2006
Contacto: 948 296734, frontiers@unav.es



Agenda

CONVOCATORIAS

Telemedicina en la Sanidad del Futuro
Organiza: European Society of Telemedicine
Lugar: Salamanca
Fecha: 21-23 de septiembre de 2006.
Contacto: 923 294 746

II Congreso SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica)
Fecha: 5-6 de octubre de 2006
Lugar: Hotel Al-Andalus. Sevilla
Información y secretaría técnica: departamento de Congresos. Sociedad Española de Oncología Médica.
Tel. 91-577.52.81. Fax. 91-436.12.59
E-mail: congresos@seom.org

XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente
Fecha: 12-14 octubre de 2006
Lugar: espacio Cultural Municipal Can Ventosa de Ibiza. Islas Baleares.
Información: SEPYPNA.
Tel. 91-319.24.61
E-mail: secretariatecnica@sepyna.e.telefonica.net

SEC 2006. El congreso de las Enfermedades Cardiovasculares.
Fecha: 18-21 de octubre de 2006
Lugar: Palacio de Ferias y Congresos de Málaga.
Información: Organización de Congresos de la Sociedad Española de Cardiología.
Tel. 902.11.26.29. Fax. 902.11.36.30
E-mail: info@cardiologiacongresos.org
www.secardiologia.es

Imagen tridimensional y navegación virtual

Las nuevas técnicas de imagen diagnóstica facilitan el estudio de la patología vascular

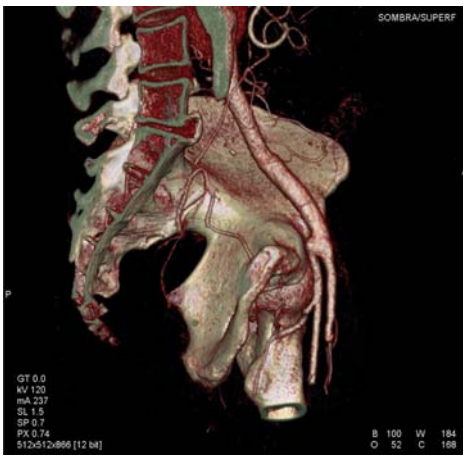


Imagen obtenida con un TAC.

CUN ■ Cerca de un centenar de especialistas y cincuenta técnicos y enfermeras de radiología participaron en el XII Curso de Actualidades en Radiología, celebrado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.

El tema central de este año fue la "Imagen Tridimensional y la Navegación virtual". Se presentaron diversas ponencias y mesas redondas donde ponentes de varios países (Portugal, Alemania, Bélgica, Italia y España) expusieron las técnicas más novedosas y las indicaciones habituales de este tipo de imágenes.

Las mesas redondas abordaron asuntos como las aplicaciones en el abdomen, en el tórax, en el sistema neurológico y en las extremidades.

En todas ellas destacaron las aplicaciones de estas técnicas en el estudio de la patología vascular, lo que facilita no solo la detección de malformaciones o estenosis, sino también la cuantificación de flujos. Las estructuras vasculares han sido unas de las más favorecidas por la aparición de estas técnicas, ya que sus múltiples ramificaciones y su trayecto irregular o tortuoso, hacen que con imágenes seriadas, la información sea en ocasiones incompletas.

La segunda gran aplicación es la reconstrucción de estructuras óseas, tanto para una mejor comprensión de deformidades, como para la planificación de correcciones quirúrgicas o tratamiento de traumatismos en áreas de anatomía compleja, como el macizo facial, la columna o la pelvis. Las reconstrucciones viscerales son de especial importancia en la planificación quirúrgica, si van añadidas al cálculo volumétrico del órgano, como en casos de resecciones tumorales hepáticas o de transplantes.

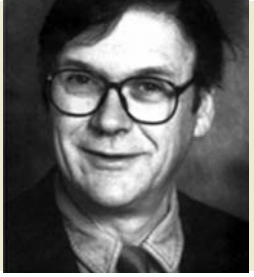
EL FUTURO DE LAS 3D. Una de las charlas estuvo dedicada a la exposición de las aplicaciones de la ecografía 3D, que están revolucionando el diagnóstico prenatal, y que, como algunas otras aplicaciones, ha pasado de ser una manera de "embellecer" la exploración con una imagen del niño, a representar una de las herramientas con más futuro para el diagnóstico prenatal de malformaciones.

Por último, dos de las conferencias estuvieron dedicadas a la navegación virtual por el interior de estructuras internas, como son las vías aéreas y el colon.

La broncoscopia virtual se puede convertir en una herramienta muy útil como complemento al diagnóstico de malformaciones, neoplasias u otras anormalidades bronquiales, mientras que a la colonoscopia virtual se le augura un futuro prometedor en el diagnóstico de pólipos y neoplasias de colon.

Ecocardiografía para Anestesiólogos
Organiza: Clínica Universitaria de Navarra.
Fecha: 26, 27 y 28 de octubre de 2006
Contacto: 948 296493
becheverri@unav.es

VIII Lección Eduardo Ortiz de Landázuri
Prof. Tim Hunt, Nobel de Medicina 2001.
Fecha: 23 de noviembre
Contacto: 948 255400 Ext. 1137
Arantxa Ibarra, aibarra@unav.es



La obesidad infantil, a debate

Los especialistas reunidos en esta jornada, pediatras y dietistas, destacaron la necesidad de prevenir la obesidad infantil desde todos los ámbitos para evitar posteriores repercusiones.

La Jornada tuvo lugar en el salón de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.

CUN ■ Cerca de 200 personas, entre ponentes e invitados, principalmente pediatras, dietistas, así como especialistas en Psiquiatría Infantil y enfermeras, asistieron a la "Jornada sobre Obesidad Infantil", organizada por el departamento de Pediatría de la Clínica Universitaria de Navarra, con el patrocinio de Caja Rural de Navarra.

Se abordaron temas como la epidemiología y factores determinantes de la obesidad en el niño y el adolescente, las repercusiones de la obesidad en la infancia y adolescencia, la obesidad de origen genético y la etiopatogenia de la obesidad infantil. Asimismo, hubo dos mesas redondas sobre el tratamiento multidisciplinar de la obesidad en la infancia y adolescencia y la prevención integral de la obesidad.

CONCLUSIONES

1 La obesidad es una **epidemia** que progresa a un ritmo rápido.

2 Es necesario tomar **medidas preventivas** desde todos los ámbitos: escuela, familia, sanidad y sociedad para conseguir logros reales.

3 Es muy importante que se tomen medidas desde el **ámbito de la industria y marketing** para que la oferta de alimentos y de estilo de vida se pueda mejorar.

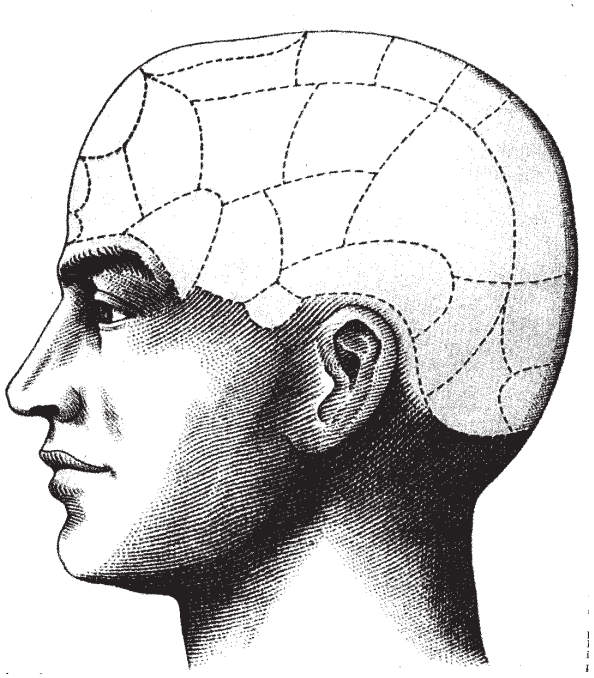
Más de 200 participantes en el IX Curso de Implantes Cocleares

CUN ■ La Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra acogió el "IX curso de Implantes Cocleares", organizado por el departamento de Otorrinolaringología de la Clínica Universitaria. Participaron 180 especialistas en Otorrinolaringología y 24 ponentes procedentes de España, Bélgica, EE.UU. y Qatar. La novena edición del curso, que inició su andadura en 1990, comenzó con una sesión quirúrgica en directo, que dio la oportunidad a los asistentes de observar en tiempo real el procedimiento quirúrgico y los estudios telemétricos realizados intraoperatoriamente.

El segundo día se impartieron una serie de conferencias sobre funcionamiento de un IC, sus indicaciones y los resultados alcanzados a partir de éstas. El segundo bloque del programa estuvo dedicado a presentar nuevos avances que afectan a distintos ámbitos de un programa de IC: selección, cirugía, programación y seguimiento. En la tercera jornada, se profundizó en las implicaciones de una estimulación bilateral. También se impartieron una serie de conferencias de profesores extranjeros. Durante el cuarto día se trató el tema de complicaciones médicas y técnicas de los IC.

FIRMA INVITADA
OLEH HORNYKIEWICZ

Objetivo: detener la progresión del Parkinson



EL siguiente hito dentro de la investigación de la enfermedad de Parkinson será detener su progresión. Para avanzar de manera sustancial lo ideal sería entender la causa de la enfermedad y actuar sobre el mecanismo concreto que pone en marcha la pérdida de las neuronas. Y digo la causa porque creo que hay una, no varias. Sin embargo, hay que ser realistas. Es más probable que se vaya descubriendo cada vez más sobre cómo parar la progresión de la enfermedad que su causa. Por esta razón se trabaja para lograr una neuroprotección, para frenar el proceso degenerativo. Con suerte, se podrán obtener más fármacos para lograr una neuroprotección, como la nemantina que ya está en el mercado. Pero aun en el supuesto de que logremos ese objetivo, lo habremos conseguido sin tener resuelto cómo empieza el proceso y, por tanto, cómo curarlo.

Asimismo, la terapia celular para tratar la enfermedad de Parkinson, como se investiga en el CIMA de la Universidad de Navarra, es una vía prometedora. El problema fundamental es que estas células que producen dopamina lo hacen de una manera no regulable ni regulada. Por tanto, no imitan la función normal del sistema dopaminérgico que está alterado en esta enfermedad. Esto supone que potencialmente hay un riesgo de efectos secundarios permanentes en el paciente. La falta de regulación y de control de lo que se coloca en el cerebro es el principal problema de cualquier autotrasplante.

No obstante, en este sentido la ventaja del autotrasplante es la ausencia de problemas inmunes. Son vías experimentales interesantes pero tiene que quedar claro que, de momento, ni el trasplante de células del cuerpo carotídeo ni otras terapias celulares se pueden recomendar a pacientes con enfermedad de Parkinson de forma rutinaria porque no han pasado de la fase experimental.

Nuestra investigación con el CIMA de la Universidad de Navarra va dirigida a entender cómo se compensa la falta de dopamina en el cerebro para ver si conseguimos prolongar ese efecto compensatorio. Estamos buscando los mecanismos compensatorios que emplea el cerebro cuando empieza a sufrir la pérdida de neuronas. No es una forma directa de hacer neuroprotección, porque para eso habría que conseguir primero que las neuronas no se mueran y entender después por qué se mueren.

En cualquier caso, las expectativas de la gente alrededor de las investigaciones con células madre u otras técnicas no son falsas. Pero es muy prematuro hablar de resultados. Eso presiona a los investigadores. Y la investigación tiene que llevar su propio ritmo por cuestiones de seguridad y veracidad de los datos. Los resultados ya llegarán. De hecho, no hay ninguna prueba de que las células madre, a día de hoy, vayan a reponer el déficit de dopamina. Por eso tenemos que ser cautos.

Para finalizar, me gustaría referirme a la prevención. El Parkinson es un trastorno motor, del movimiento, y, por tanto, todo lo que sea mantener una actividad física es razonablemente bueno. Sin embargo, creo que no hay una relación directa entre un estilo de vida sano y la progresión de la enfermedad.

Oleh Hornykiewicz *es neurofarmacólogo del Center Brain Research de Viena y descubridor en 1961 del déficit de dopamina en el Parkinson.*

ciudad de congresos

camino de santiago

san fermín

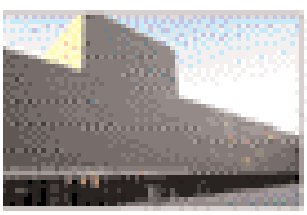
gastronomía

pamplona

Emociónate con lo auténtico, visita la ciudad todo el año

Su amplia oferta cultural, de ocio y tiempo libre, sus buenas comunicaciones, sus callejuelas repletas de edificios y elementos de interés histórico-artístico, su rica gastronomía, sus fiestas, su respeto al medio ambiente, su amplia oferta de servicios, su riqueza paisajística y la amabilidad de sus gentes hacen de Pamplona una ciudad privilegiada.

Más información en el teléfono 010 o en el teléfono 948 420 100 para llamadas desde fuera de Pamplona y en la web municipal www.pamplona.es



Ayuntamiento de Pamplona
Iruñeko Udala

Apartamentos y habitaciones junto a la Clínica Universitaria

- ***Apartamentos de lujo*** en la Avenida Pío XII desde 66 euros al día. Perfectamente equipados y amueblados.
- ***Habitaciones*** desde 32 euros al día. Limpieza diaria, cambio de sábanas y toallas.

Gestión de Alojamientos y Servicios Inmobiliarios

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