noticias.cun

REVISTA DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA OCTUBRE - DICIEMBRE 2008 NÚMERO 066

Vitíligo.
La terapia celular, eficaz en formas crónicas, localizadas y estables.
8-9

Braquiterapia.
Esta técnica radioterápica evita que la vena cava vuelva a ocluirse.
6-7

Reconstrucción mamaria.
Nueva opción natural con tejido del muslo para pacientes muy delgadas. 4-5

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

AVANCES CLÍNICOS

Braquiterapia. Un procedimiento pionero mediante esta técnica radioterápica evita que la vena cava vuelva a ocluirse . **6-7**

En la foto: Los doctores Espinosa, Martínez-Monge y Cambeiro.

066

Oct-Dic 2008
Universidad
de Navarra

Reconstrucción mamaria. Nueva opción para pacientes muy delgadas. **4-5**

Vitíligo. La terapia celular, eficaz en formas crónicas, localizadas y estables. **8-9**

Hepatocarcinoma. Sorafenib, primer fármaco que mejora la supervivencia. **10**

Entrevista. María de la Viesca, directora de Calidad y Seguridad de la Clínica. **12-14**

TAC de doble fuente. Logra una valoración global del corazón trasplantado de forma no invasiva. **16-17**

Reportaje. El proceso de formación de los médicos internos residentes en la Clínica. **18-23**

Investigación. La Clínica y el CIMA hallan 5 genes implicados en metástasis de tumores de mama a pulmón. **26**

Historias de la Clínica. Sebastián Masdeu: "La enfermedad es parte de la vida". **28-30**

Actualidad. Las noticias de la Clínica en corto. **32-33**

Libros & Webs. Recomendaciones para estar bien informado en temas de salud. **34-35**

Agenda. Información sobre cursos y congresos. **36-37**

Firma invitada. Doctor José Antonio Riera. **38**

EDITORIAL

Mejor hospital privado del CAIBER

LA CLÍNICA ha sido el hospital privado mejor calificado para formar parte del Consorcio de Apoyo a la Investigación Biomédica en Red (CAIBER), una iniciativa de los ministerios de Sanidad y Consumo y Ciencia e Innovación cuyo objetivo es el desarrollo de la investigación clínica y de los ensayos clínicos propios en pacientes. A esta primera convocatoria, correspondiente a 2008, se presentaron 67 centros de todo el país, de los que han sido admitidos 40. La Clínica ha sido el centro privado que mayor puntuación ha obtenido, con 76 puntos sobre 100.

La Clínica creó en 2007 la Unidad Central de Investigación Clínica (UCIC) con la misión de coordinar la gestión de la I+D y de los distintos servicios de apoyo a la investigación clínica. En la evaluación de la UCIC de la Clínica para su inclusión en el CAIBER, destaca el máximo de puntos, 20, concedido a las infraestructuras de investigación clínica de la Unidad. También la Clínica ha logrado una puntuación alta (8 de un máximo de 10 puntos) en el apartado referido al número y calidad de las publicaciones de los investigadores principales de los grupos de investigación clínica. Por último, la capacidad acreditada de los investigadores principales en la realización de ensayos clínicos ha sido calificada con 15 puntos sobre 20. Precisamente, la Clínica ha incluido en su plan estratégico 2006-2010 un eje denominado 'Investigación Traslacional', con el objetivo de promover ensayos clínicos de calidad. En esta línea, durante 2007 se iniciaron en el centro navarro 44 ensayos clínicos y en los últimos tres años se han realizado 134. La investigación orientada al paciente es, junto con la asistencia y la docencia, la razón de ser de la Clínica.

Noticias de la Clínica Universitaria de Navarra. Número 66. Cuarto trimestre 2008. Director General: José Andrés Gómez Cantero. **Director Médico:** Dr. Nicolás García González. **Director de Comunicación:** Jesús Zorrilla (jzorrilla@unav.es). **Redacción:** Mónica Ruiz de la Cuesta (mrdelacuesta@unav.es) y Javier Irurtia. *Libros y webs:* Doctora Isabel Morales. **Infografía:** Heber Longás. **Fotografía:** Manuel Castells. **Diseño:** Errea Comunicación. **Secretaria de Redacción:** Amaia Zaratiegui (noticiascun@unav.es) 948 296 497. **Impresión:** Castuera. **Edita:** Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra. **Depósito Legal:** NA-1200/1996. **ISSN:** 1139-8892.

CONTACTO. **Pamplona.** Avenida Pío XII 36, 31008 Pamplona. T 948 255 400. **Madrid:** Calle General López Pozas 10, 28036 Madrid. T 91 353 19 20.
Página web: www.cun.es **Correo electrónico:** atpacientecun@unav.es

AVANCES CLÍNICOS

Reconstrucción mamaria con tejido extraído del muslo de la propia paciente

Se trata de una intervención indicada para mujeres cuya delgadez las obligaba a optar por la prótesis al no tener suficiente tejido abdominal

El doctor García Tutor, en primer plano, con su equipo: los doctores Cristian Arriagada, Jorge Botellé del Hierro y Gonzalo Rdez.-Losada.

CUN ■ Un equipo de la Clínica ha realizado por primera vez en España una reconstrucción mamaria mediante trasplante de colgajo TMG (tejido vascularizado) de piel, grasa y músculo grácilis, extraído del muslo de la propia paciente. La intervención está especialmente indicada para mujeres muy delgadas a las que, como consecuencia de un cáncer de mama, se les ha practicado una mastectomía (extirpación parcial o total de la mama).

Debido a la delgadez de estas pacientes resulta imposible realizarles una reconstrucción con tejido del abdomen, tal y como se efectúa en mujeres con mayor volumen de grasa abdominal, técnica denominada reconstrucción de mama mediante colgajo DIEP. Este procedimiento, considerado el idóneo para una reconstrucción mamaria con tejido autógeno (propio), se realiza en la Clínica desde hace nueve años. Ambas intervenciones las practica un equipo de cirujanos plásticos, dirigidos por el doctor Emilio García Tutor, especialista en Cirugía Plástica, Reparadora y Estética.

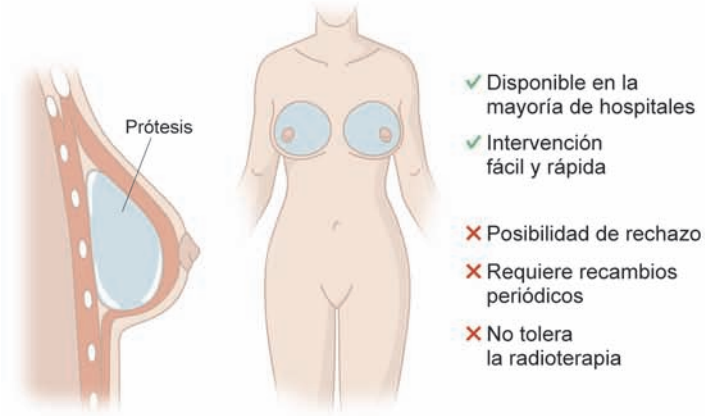
En definitiva, la indicación

RECONSTRUCCIONES MAMARIAS

PRÓTESIS DE SILICONA

✓ Pros ✗ Contras

Se coloca una prótesis sintética de silicona.

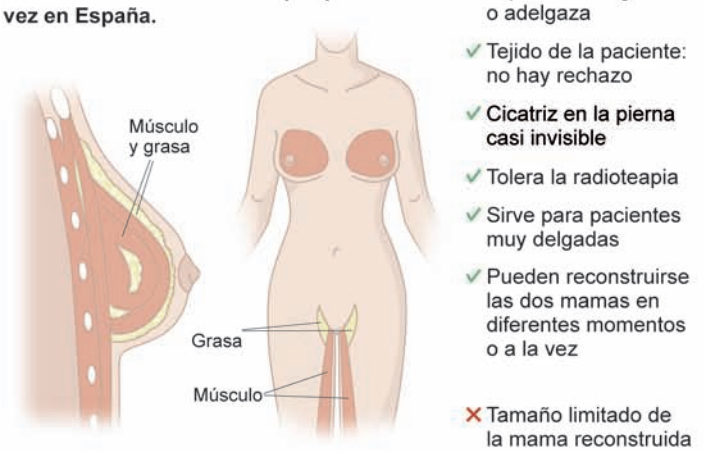


COLGAJO DIEP

Se extrae piel y grasa abdominal para hacer la reconstrucción.

COLGAJO TMG

La reconstrucción mamaria se hace con piel, grasa y el músculo grácil del muslo. La Clínica Universitaria de Navarra ha realizado esta intervención por primera vez en España.



de la recreación mamaria mediante colgajo TMG es la de aquellas mujeres que muestran su preferencia por una reconstrucción de la mama con tejido propio, sin prótesis, y a quienes no puede practicárseles un trasplante de tejido abdominal debido a su delgadez. Asimismo está dirigida a aquellas pacientes a las que no se recomienda la utilización de prótesis porque han recibido radioterapia previa, ya que puede asegurarse que "la reconstrucción mediante tejido propio minimiza las complicaciones en aquellas pacientes que han sido radiadas previamente", subraya el doctor García Tutor.

VENTAJAS DEL MÚSCULO GRÁCILIS. El músculo grácilis se sitúa en la cara anterior de cada uno de los dos muslos. A las pacientes que se les practica este tipo de recreación mamaria se les extirpa piel, grasa y músculo con su respectiva vascularización (vena y arteria) de la cara interna del muslo. Esta técnica aporta la ventaja de que permitiría la reconstrucción de las dos mamas en tiempos quirúrgicos distintos.

El procedimiento mediante colgajo DIEP únicamente permite reconstruir una sola mama o las dos en el mismo acto quirúrgico. Sin embargo, la existencia de dos músculos grácilis (uno en cada muslo) posibilita -en caso de que fuera necesario- la recreación de la segunda mama en un futuro. Esta situación puede requerirse cuando aparece un nuevo proceso canceroso en la glándula inicialmente sana.

"Una segunda intervención también podría ser necesaria en mujeres a quienes se les ha diagnosticado un tumor de mama, pero que además cuentan con antecedentes familiares de la enfermedad, por lo que puede ser conveniente practicarles una mastectomía profiláctica (preventiva) de la mama sana", precisa el cirujano de la Clínica.

Respecto al implante de prótesis mamarias, las recreaciones de mama mediante tejido autólogo o colgajo propio "son reconstrucciones para toda la vida, sin posibilidad de rechazos. Además, aportan la consistencia y el tacto propios del tejido natural. Asimismo, la evolución de su volumen es la misma que la del cuerpo de la mujer intervenida. Adelgaza o engorda al mismo tiempo", destaca el facultativo. Por otro lado, el trasplante de tejido autógeno no precisa efectuar recambios, como ocurre con las prótesis.

UNO O DOS ACTOS QUIRÚRGICOS

Otra de las ventajas de este procedimiento reside en que puede practicarse en el mismo acto quirúrgico de la mastectomía, en caso de que se haga en una sola mama. Si fuera necesario, en un segundo acto quirúrgico posterior, podría practicársele en la segunda. Cuando la reconstrucción se hace en el mismo acto quirúrgico que la mastectomía, esta técnica aporta el beneficio de que permite mantener a la paciente en la misma posición para extirparle el músculo de la cara interna del muslo. "Además, la cicatriz de la cirugía realizada en la pierna queda oculta en el pliegue inguinal, por lo que la intervención no provoca consecuencias estéticas", indica el doctor García Tutor. La duración de la operación quirúrgica respecto a la de otro tipo de reconstrucciones con tejidos autógenos (colgajo DIEP) es incluso inferior y precisa de un ingreso hospitalario de 5 días.

Las recreaciones de mama mediante tejido autólogo son para toda la vida, sin posibilidad de rechazo.

La extirpación del músculo grácilis no tiene consecuencias adversas en la marcha, ni en el movimiento de la pierna de la paciente.

AVANCES CLÍNICOS

Una técnica pionera mediante braquiterapia evita que la vena cava vuelva a ocluirse

Especialistas de la Clínica implantan un **stent para abrir el vaso** e impedir una nueva obstrucción mediante esta técnica radioterápica.

CUN ■ Un equipo de especialistas de la Clínica ha aplicado braquiterapia de manera pionera en una sección obstruida de la vena cava para evitar que vuelva a ocluirse (restenosis). La braquiterapia es una técnica de radioterapia utilizada esencialmente para evitar la multiplicación celular de forma local. Ofrece la ventaja de que los isótopos radiactivos se administran lo más cerca posible de la zona de interés, permitiendo aplicar dosis más altas con menor daño del tejido sano. La utilización de este tipo de radioterapia local en el interior de la vena cava es una técnica que ha sido practicada en el mundo en muy pocas ocasiones.

La intervención se realizó en un paciente de 49 años que presentaba una oclusión de la vena cava inferior retrohepática que le había causado hipertensión venosa grave de la parte inferior del cuerpo. Durante el examen del paciente, los facultativos observaron la existencia de una oclusión en la unión de la vena cava inferior con el corazón que complicaba el retorno sanguíneo en esta región anatómica.

Conocido el diagnóstico, un equipo de la Clínica liderado por el director del departamento de Cirugía Vascular, el doctor Gaudencio Espinosa, y por el director de Oncología Radioterápica, el doctor Rafael Martínez-Monge, intervino al paciente.

Este tipo de radioterapia local en el interior de la vena cava es una técnica que ha sido practicada en el mundo en muy pocas ocasiones.

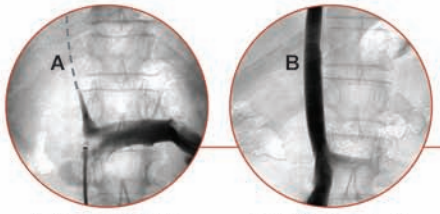
El procedimiento precisó un ingreso de 24 horas pero podría, incluso, llegar a realizarse de forma ambulatoria.

STENT MÁS BRAQUITERAPIA. El procedimiento, practicado en el quirófano de cirugía endovascular, comenzó con la realización de una angioplastia, técnica consistente en la dilatación del vaso mediante la introducción de un balón por medio de un catéter. El cateterismo se abordó desde la ingle.

Una vez que el catéter alcanzó la zona ocluida se pro-

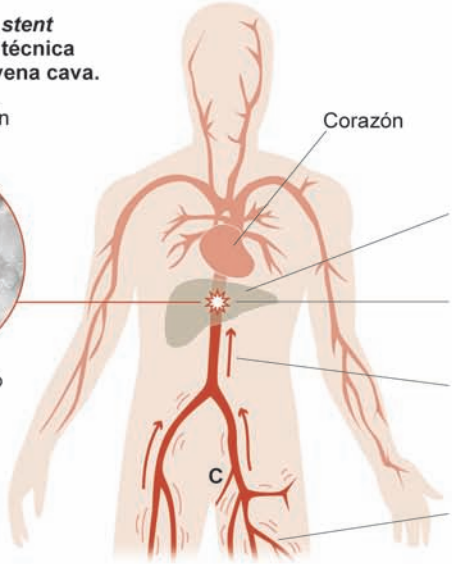
BRAQUITERAPIA EN LA VENA CAVA

En un paciente con obstrucción de la vena cava se realizó una dilatación con *stent* para aumentar el diámetro de la vena. Para mantenerla abierta, se realizó una técnica de radioterapia local que muy pocas veces en el mundo se ha aplicado en la vena cava.



A: Vena obstruida

B: Flujo sanguíneo normal

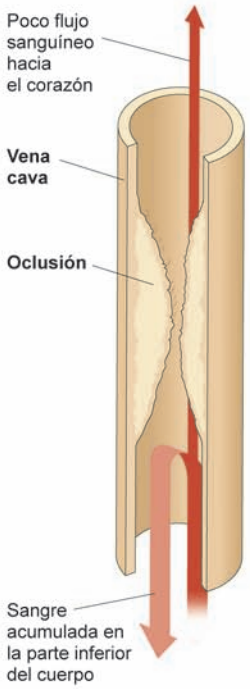


Obstrucción de la vena cava

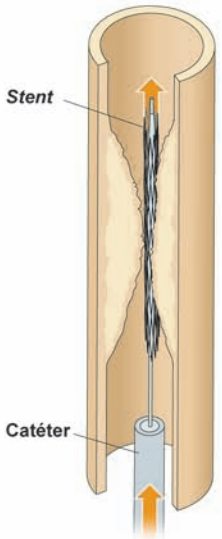
La sangre no puede ascender de los miembros inferiores al corazón

El paciente sufre de hipertensión venosa grave en la parte inferior del cuerpo

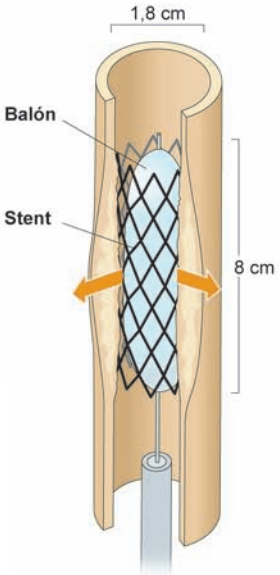
1 VENA CAVA OCLUIDA
La vena cava del paciente no permite un flujo normal de sangre, que no puede pasar hacia el corazón y se acumula en la parte inferior del cuerpo



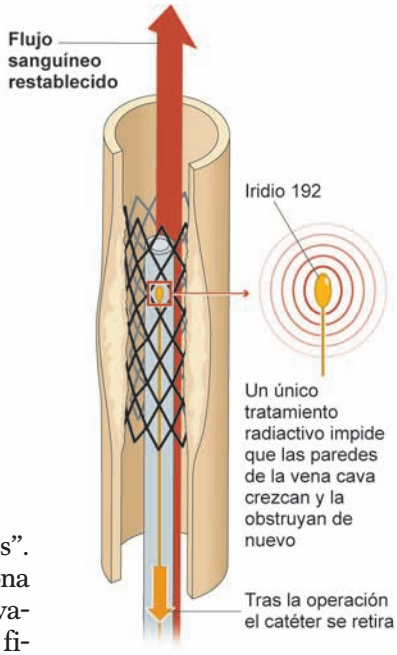
2 INTRODUCCIÓN DEL CATÉTER BALÓN CON *STENT*
Se accedió al sistema circulatorio desde la ingle **(C)** y se llegó hasta la zona afectada. El catéter balón lleva un *stent* para desobstruir la vena.



3 COLOCACIÓN DEL STENT
Un balón se hincha y coloca el *stent*, una malla cilíndrica metálica que dilata la vena cava. El balón se retira.



4 BRAQUITERAPIA INTRAVASCULAR
Para que las células de la pared de la vena no crecieran y volvieran a ocluir el vaso, se irradió la zona afectada con material radiactivo (Iridio 192).



cedió a inflar el balón con el fin de dilatar el vaso. Para localizar la región afectada y controlar el recorrido del catéter se utiliza un sofisticado equipo de radiología vascular, consistente en una fuente pulsada de rayos X, que permite observar el interior de los vasos del paciente de forma constante y en tiempo real.

El cirujano procedió entonces a implantar el stent (dispositivo cilíndrico de malla metálica) para mantener abierta la luz (espacio interno) de la vena. En la misma intervención el especialista en Oncología Radioterápica introdujo, a través del catéter, los isótopos radiactivos en la zona que había estado ocluida. El tratamiento con braquiterapia endovascular se realizó con una fuente de Iridio-192 (isótopo radiactivo) de alta tasa de dosis.

TRATAMIENTO CONVENCIONAL. Hasta la fecha, el tratamiento indicado para los pacientes que presentaban este tipo de afecciones consistía en implantar, mediante cateterismo, un stent para abrir el vaso. Sin embargo, según explica el doctor Espinosa, "aunque el stent tiene el objetivo de abrir la oclusión, era necesario llevar un seguimiento frecuente del paciente para comprobar que no se produjera una restenosis. Algo que en algunos casos puede ocurrir a los 6 u 8 meses". Con la irradiación de la zona afectada en el interior del vaso se evita que las células fibróticas de la pared donde se localizaba la oclusión vuelvan a reproducirse y ramificarse sobre la malla del stent. Se impide, por tanto, que vuelva a ocluirse la zona. "La braquiterapia consigue desestructurar esas células evitando su multiplicación", apunta el facultativo.

El procedimiento se practicó con anestesia local y el paciente sedado y precisó un ingreso de 24 horas. Sin embargo, esta técnica que aplica la Clínica, podría, incluso, llegar a realizarse de forma ambulatoria, concluye el especialista.

La terapia celular, eficaz en formas crónicas y estables de vitíligo

Especialistas de la Clínica consiguen repigmentar determinadas áreas afectadas implantando **células epidérmicas** del propio paciente.

CUN ■ Una nueva técnica de terapia celular ha demostrado su eficacia en el tratamiento del vitíligo, según los resultados obtenidos en pacientes por un equipo de especialistas de la Clínica. El procedimiento consiste en trasplantar células epidérmicas del propio paciente (células de la piel) de una zona pigmentada a determinadas áreas que aparecen despigmentadas.

Según explica el doctor Pedro Redondo, especialista en Dermatología de la Clínica, "mediante la aplicación de esta técnica se puede decir objetivamente que se produce repigmentación de la zona afectada y, en conjunto, buenos resultados". Hasta la fecha, el equipo de la Clínica ha tratado a diez pacientes con vitíligo estable mediante el trasplante de células pigmentadas en monocapa sobre membrana amniótica. "En todos los pacientes hemos conseguido tasas de éxito elevadas con una repigmentación del 75 al 100% de la zona afectada", precisa el dermatólogo.

CULTIVO EN MEMBRANA AMNIÓTICA. El tratamiento quirúrgico del vitíligo puede practicarse de dos modos distintos, bien mediante pequeños injertos de piel, o bien mediante cultivos celulares.

"La novedad de este método es que cultivamos células epidérmicas en monocapa sobre un sustrato de membrana amniótica", especifica el doctor Redondo, director del trabajo cuyos resultados en pacientes se han publicado recientemente en la revista oficial de la Asociación Británica de Dermatólogos "British Journal of Dermatology 2008". En el estudio han participado asimismo el doctor Julio del Olmo, de Dermatología, el doctor Felipe Prósper, el doctor Enrique Andreu y María García Guzmán, director y técnico de laboratorio, respectivamente, del área de Terapia Celular de la Clínica, y Laura Guembe, del Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) de la Universidad de Navarra.

El vitíligo es una enfermedad autoinmune que se manifiesta en la piel y cuya prevalencia se sitúa en torno al 2% de la población

El tratamiento del vitíligo mediante esta nueva técnica comienza con el cultivo de las células epidérmicas -mezcla de queratinocitos y de melanocitos- para proceder después a realizar cultivos selectivos, de forma que constituyan una monocapa sobre el

soporte de membrana amniótica. "Hasta la fecha -indica el doctor Prósper-, no existían trabajos con cultivos de melanocitos en monocapa porque no se había encontrado el soporte adecuado para realizarlos". El cultivo sobre membrana amniótica ya se practicaba con anterioridad en la Clínica aplicado al desarrollo de otro tipo de tratamientos de Terapia Celular, principalmente, oftalmológicos. "En definitiva -concluye el especialista-, se trata de un procedimiento de ingeniería de tejidos".

El vitíligo es una enfermedad autoinmune que se manifiesta en la piel y cuya prevalencia se sitúa en torno al 2% de la población. Consiste en la aparición de manchas blancas en la piel que, aunque desde el punto de vista clínico no presenta complicación, lo que plantea fundamentalmente es un problema estético importante, sobre todo en personas de piel oscura en las que se realza más el contraste", describe el doctor Redondo.

SÍNTOMAS, PACIENTES Y PROCEDIMIENTO. En general, la enfermedad se manifiesta en diferentes períodos que oscilan entre épocas de mayor despigmentación y etapas en las que espontáneamente la zona afectada puede llegar a repigmentarse. También puede haber pacientes que se estabilizan, en quienes los tratamientos médicos no resultan efectivos pero la enfermedad tampoco progresa. Para estos pacientes estables, se aplica lo que se denomina el tratamiento quirúrgico del vitíligo.

El procedimiento desarrollado por el equipo de la Clínica se inicia con la obtención de una biopsia (pequeña superficie de piel) extraída de una zona oculta -como puede ser la región lumbar o la nalga- que esté pigmentada. A continuación, la muestra de piel se procesa en el área de Terapia Celular. Allí, de forma enzimática, separan la epidermis de la dermis para obtener, de la epidermis ya disgregada, las células necesarias para el cultivo. Las unidades celulares obtenidas se cultivan después sobre membrana amniótica hasta conseguir el crecimiento de millones de células.

Las cantidades de células epidérmicas obtenidas del cultivo deberán procesarse hasta conseguir suficiente superficie celular como para cubrir la zona afectada. "Se trata de un crecimiento exponencial, de forma que si la superficie que debe tratarse es muy extensa se necesitará aumentar el número de semanas que las células epidérmicas deberán permanecer en cultivo", indica el especialista. De este modo se van obteniendo tantas placas de células como requiera el área afectada.

En todos los pacientes, se ha conseguido una repigmentación entre el 75 y el 100% de la zona afectada

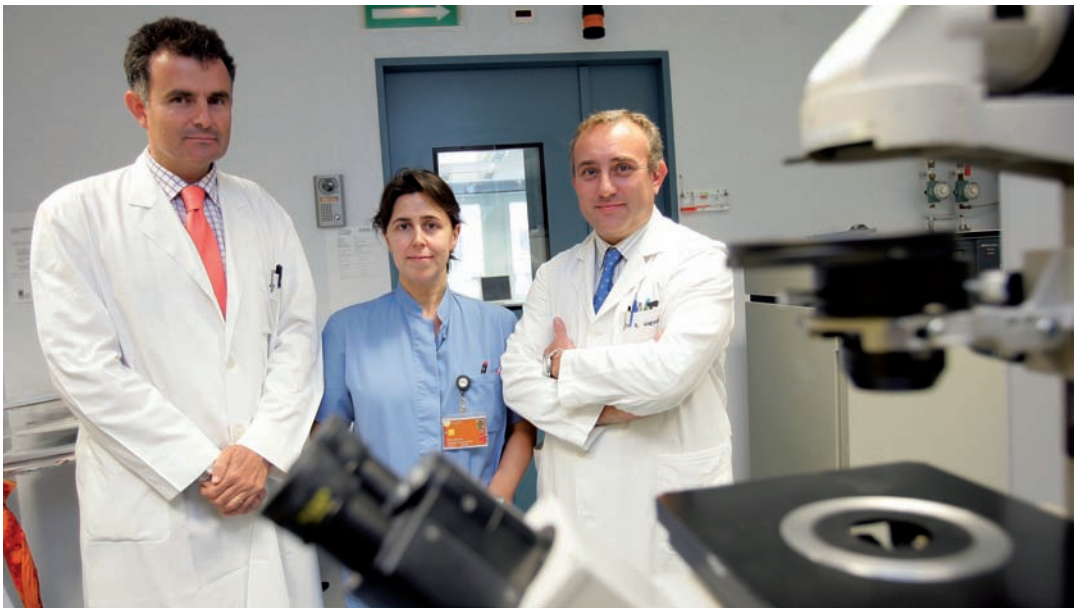
La aplicación de las membranas amnióticas con las células epidérmicas en el paciente se realiza en quirófano. En primer lugar, se tratan las manchas blancas con un láser de CO2. "Es necesario aplicar el láser de forma muy superficial para conseguir eliminar la epidermis. Sobre esa epidermis se implantan después las membranas amnióticas con las células epidérmicas", explica el doctor Redondo. Una vez trasplantadas, las capas de melanocitos deben cubrirse mediante un apósito oclusivo que se levantará a los 3 ó 4 días. A continuación, el paciente deberá exponerse a radiación ultravioleta solar, si es una época del año adecuada, o de rayos UVA, siguiendo un protocolo determinado.

La técnica quirúrgica es ambulatoria y se practica con anestesia local.

REGIÓN FACIAL, LA MÁS INDICADA

En general, los especialistas de la Clínica han aplicado esta técnica de terapia celular en aquellas zonas donde está prevista una respuesta más satisfactoria, como es la región facial, que además es la que más suele interesar a las personas afectadas. Según los facultativos, hay otras zonas del cuerpo donde la repigmentación no es tan buena, como es el caso de las manos, donde la aparición del vitíligo también es frecuente. "Además, nuestra mejor indicación es el tratamiento de zonas selectivas, no de grandes áreas, que permanezcan estables y que no hayan respondido a los tratamientos médicos convencionales", subraya el especialista. Es importante tener en cuenta que el tratamiento quirúrgico mediante láminas de células epidérmicas "nunca debe ser un tratamiento de primera elección para el vitíligo y que nunca debe aplicarse en un vitíligo activo", concluye el dermatólogo.

Repigmentation of vitiligo by transplantation of autologous melanocyte cells cultured on amniotic membrane.
DOI: 10.1111/j.1365-2133.2008.08521.x. [British Association of Dermatologists - British Journal of Dermatology 2008].



El doctor Pedro Redondo, especialista de Dermatología, la técnico María García Guzmán y el doctor Enrique Andreu, del Laboratorio GMP del Área de Terapia Celular.

Sorafenib mejora la supervivencia de los pacientes con hepatocarcinoma avanzado

Una reunión científica, organizada por la Clínica, abordó las novedades en el tratamiento sistémico de los tumores hepáticos

CUN ■ Un estudio internacional en el que participa la Clínica junto con otros hospitales españoles, ha demostrado que el Sorafenib, un fármaco que se administra por vía oral, hace que los pacientes con hepatocarcinomas (tumores hepáticos) primarios vivan por término medio un 40% más de lo que lo harían sin recibir el fármaco. El estudio, liderado por el Hospital Clinic de Barcelona, ha sido publicado en *The New England Journal of Medicine*. Esta es una de las conclusiones de una reunión científica, organizada por la Clínica, que abordó en Pamplona las novedades en el tratamiento sistémico del hepatocarcinoma. Los doctores Ruth Vera García, jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital de Navarra; Javier Bustamante Schneider, del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cruces en Bilbao, y Mercedes Iñarrairaegui Bastarrica y Bruno Sangro Gómez-Acebo, ambos de la Unidad de Hepatología de la Clínica, presentaron las novedades en el tratamiento sistémico del hepatocarcinoma. Los doctores coincidieron en resaltar que la alta complejidad de estos pacientes, que muy frecuentemente padecen también una cirrosis hepática, hace que deban ser abordados de manera multidisciplinar y tratados en centros que dispongan de todos los recursos de tratamiento posibles.

EL DATO

5º

El **hepatocarcinoma** es el tumor hepático más frecuente, el quinto de mayor incidencia a nivel mundial y la tercera causa de muerte por cáncer en el mundo.

500 CASOS ANUALES EN ESPAÑA. En España, como en el resto de la Europa mediterránea, aparecen unos 10 casos de hepatocarcinomas por cien mil habitantes y año, lo que supone una tasa de unos 500 casos anuales en España y unos 50 en Navarra. En más de la mitad de los casos se pueden aplicar tratamientos locales curativos como la cirugía, el trasplante o la ablación percutánea, o paliativos, como la embolización arterial o la radioembolización con esferas radiactivas. En los demás casos su pronóstico no es bueno, pero en los últimos cinco años han aparecido más de una decena de fármacos, de los denominados agentes biológicos o fármacos dirigidos, cuyo uso en este tumor se está investigando activamente, lo que supone una esperanza real para muchos pacientes. De todos ellos, Sorafenib ha sido el primero en demostrar eficacia y recientemente la Agencia Europea del Medicamento ha autorizado su empleo en este tumor, ya que puede ayudar a prolongar la supervivencia de los pacientes a costa de unos efectos secundarios que, en el 80% de los casos, son manejables con diversas medidas preventivas o terapéuticas.

Los doctores Iñarrairaegui y Sangro (Clínica Universitaria), Vera (Hospital de Navarra) y Bustamante (Hospital de Cruces).

Pamplona

Alvia

Madrid

GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE FOMENTO

YA NO IMPORTA LA DISTANCIA ENTRE DOS PUNTOS, SINO EL TIEMPO QUE TARDAS EN RECORRERLA.

Entre Pamplona y Madrid sólo hay 2 horas y 59 minutos de viaje. Con los nuevos trenes **Alvia**. Con hasta **8 salidas diarias**.
Y con unos precios pensados para que **todos** podamos disfrutarlo. Para que sea cual sea el motivo de tu viaje pienses en la Alta Velocidad.

El tren y tú renfe Alvia

Información y venta: **www.renfe.com | 902 24 02 02 | Agencias de viajes**

ACREDITACIÓN DE LA JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

María de la Viesca "El sistema de calidad de la Clínica exige esfuerzo general y constante"

Doctora María de la Viesca, directora de Calidad y Seguridad de la Clínica.

La directora del **área de Calidad y Seguridad** asegura que la distinción es un estímulo para "trabajar con mayor intensidad por y con el paciente".

CUN ■ Tan sólo cinco hospitales en toda España cuentan con la acreditación en calidad y seguridad asistencial que otorga la Joint Commission Internacional (JCI). La Clínica Universitaria de Navarra es uno de los pocos que, además, la ha obtenido por segunda vez.

La Joint Commission es una corporación estadounidense sin ánimo de lucro que evalúa y acredita de forma voluntaria a cerca de 20.000 entidades sanitarias en todo el mundo. Obtener una certificación de la JCI significa situarse entre los hospitales del mundo más seguros y que con mayor calidad atienden a sus pacientes.

Una de las principales responsables de que la Clínica haya obtenido este logro por segunda vez es la directora del área de Calidad y Seguridad del centro médico pamplonés, la doctora María de la Viesca. La especialista subraya, sin embargo, que la consecución de este éxito sólo ha sido posible gracias a la implicación de todos los profesionales de la Clínica: médicos, residentes, enfermeras, auxiliares, sanitarios, técnicos, secretarias y personal perteneciente a limpieza, dietas, responsables administrativos o de gestión.

La auditoría de calidad de la JCI ¿supone un plus de trabajo para la plantilla de la Clínica?

Es cierto que cada acreditación exige trabajo a todo el mundo, si bien en la Clínica contamos con un departamento de Calidad cuyo personal es quien lo coordina. No obstante, no se trata de una labor que se practique sólo con ocasión de la acreditación, sino que se trata de un proceso continuo.

¿Se puede afirmar que la evaluación de la JCI ha servido para fomentar la cultura de la calidad en la Clínica?

Podemos decir que en general existe una cultura de la seguridad y de la calidad, una cultura y un propósito de trabajar para conseguir así una mejora continua de ambos aspectos. La Clínica tiene como norma que se realice una revisión periódica de los procedimientos con el fin de actualizarlos y de esta manera ser cada día más eficaces.

LA SEGURIDAD EN DATOS

1%

La literatura médica fija unos estándares de un 4% de pacientes que contraen **infección en sitio quirúrgico**, un índice que la Clínica ha reducido paulatinamente hasta llegar al 1,09% en el último semestre de 2007.

1,6‰

El **tromboembolismo venoso** se mide en episodios detectados por cada 1.000 pacientes. La tasa en 2005 era del 3,21, en 2006 se redujo al 2,04 y en el primer semestre de 2007 la tasa ha bajado hasta el 1,63 por mil.

SUS FRASES

"La certificación de la Joint Commission International tiene como objetivo proporcionar una atención segura a nuestros pacientes" .

"La acreditación nos interesa para mantener un esfuerzo constante de mejora en la atención al paciente".

¿Qué aspectos ha tenido que trabajar más a fondo la Clínica para obtener la segunda acreditación de la JCI?

El aspecto fundamental que más les ha interesado evaluar en esta ocasión ha sido la comunicación, especialmente la que se refiere a la información que se ofrece al paciente de los diferentes procesos a los que se le ha sometido. Esta comunicación es esencial porque detrás de la atención al paciente hay un sistema de organización muy complejo, un sistema de cuidados muy organizado en el que están implicados muchos agentes. Una comunicación correcta entre estos diferentes agentes que intervienen en la atención del paciente es muy importante para que esta atención sea segura y de calidad.

Dentro de ese complejo entramado de informaciones que surge del proceso de atención al paciente, ¿cuáles serían las cuestiones en las que los evaluadores han puesto especial interés?

Han incidido de manera especial en la elaboración de la historia clínica del paciente, que es el documento que recoge todas las consultas, pruebas y revisiones que se le practican al paciente. Este documento debe ser un vehículo que contemple estas cuestiones de la forma más rigurosa y fiel posible. Otro aspecto en el que incidieron fue en la comunicación verbal durante la atención al paciente: en la información que se transmiten los profesionales que le atienden coincidiendo con los cambios de turno, durante las guardias o en situaciones de emergencia.

Respecto a los profesionales de la Clínica ¿en qué aspectos se ha fijado la evaluación de la JCI?

En la evaluación han constatado la buena preparación de los profesionales de la Clínica pero han pedido que esa preparación esté certificada en todos los casos. Para conseguirlo es necesaria una buena organización que hemos materializado en lo que llamamos el portfolio. Se trata de una carpeta personal de cada profesional en la que deben introducirse todos los documentos y certifica-

PASA A LA PÁG. 14>>

<<VIENE DE LA PÁG.13
dos que avalen su experiencia profesional, así como sus objetivos de desarrollo profesional.

¿Cómo es el método de evaluación que emplea el organismo auditor?
No es un método teórico, sino que van a la cabecera del paciente y le preguntan. Para ello, hacen una selección previa de pacientes. En aquellos elegidos siguen todo el proceso de cuidados que les han administrado para comprobar si las exigencias de calidad y seguridad se cumplen de forma real. De esta manera constatan que se siguen todos los procedimientos debidos. En definitiva, los evaluadores revisan todo el proceso de atención, en el que se incluyen entrevistas con los profesionales y un estudio del trato recibido por el paciente en las unidades seleccionadas. Se trata, por tanto, de confirmar que los cuidados son justificados, planificados y reevaluados. Y en la base de toda esta auditoría figura la historia clínica de cada paciente como elemento clave en la comunicación de los profesionales. La JCI confirma así que la comunicación entre los diferentes servicios que atienden a un mismo paciente en cuanto a solicitud de pruebas, tratamientos, traslados entre diferentes unidades de la Clínica es completa. De este modo se consigue evitar incidentes que pongan en riesgo la seguridad del paciente.

Dentro de todo el proceso de atención ¿examinan aspectos más concretos?
Siguen de forma específica algunos de los procesos más críticos, como es la prevención de la infección hospitalaria. La JCI observa si se sigue todo el proceso de forma adecuada para evitar la incidencia de infecciones nosocomiales. Hacen una comprobación in situ, en pacientes concretos, de que el proceso es el adecuado. También se han fijado de una forma especial en el tema de la seguridad en la prescripción y administración de los medicamentos, cuestión que en la Clínica hemos trabajado con especial interés. En el último año hemos aplicado una herramienta informática, insertada en el sistema CUN, que es única y adecuada a nuestras necesidades, que coordina todos los aspectos de la atención del paciente, desde su historia clínica, hasta los diferentes tratamientos o los ingresos en quirófano u otros servicios. Esta aplicación concede un elevado nivel de seguridad a la hora de prescribir cualquier tipo de medicamento a cada paciente concreto.

Respecto a la primera acreditación ¿ha supuesto una mayor dificultad conseguirla por segunda vez?
Actualmente ya hemos alcanzado una madurez en el sistema de calidad que rige toda la Clínica, que no es fruto del impulso y del entusiasmo del primer año, si no que es una forma de trabajo y un interés mantenidos en el tiempo. Se trata de un esfuerzo general y constante por la calidad, que no se produce sólo con motivo de la llegada de la evaluación de la JCI.

Para un profano, ¿en qué aspectos puede observar esta cultura de la calidad?
Se puede observar especialmente en la transparencia con la que se trabaja. Si bien es cierto que la acreditación la dirigimos más hacia la mejora del funcionamiento interno que hacia el exterior. Más que hacer una fiesta para dar a conocer que hemos recibido la acreditación, la evaluación nos interesa para mantener un esfuerzo constante de mejora en la atención al paciente, ya que se trata además de una acreditación eminentemente clínica.

El carácter externo de los evaluadores le confiere un plus de objetividad.
Para mejorar nos viene muy bien que sea un organismo independiente y exigente, tal y como es la JCI. Su acreditación nos sitúa en un lugar preferente dentro del ránking de los mejores centros hospitalarios europeos. Porque esta evaluación nos obliga no sólo a hablar de la necesidad de aumentar la calidad y la seguridad en la atención a los pacientes, sino a aplicarlas. Los evaluadores nos felicitaron porque observaron que estos objetivos de calidad y seguridad estaban inmersos en nuestra forma de atender al paciente.

¿Cuáles son los retos de presente y de futuro que se plantea la Clínica en cuanto a calidad y seguridad?
Nuestro reto más inmediato es trabajar con mayor intensidad con el paciente. Consideramos que la participación del paciente es vital para la mejora de la atención hospitalaria. Hasta la fecha esa participación la obtenemos de las encuestas y del buzón de sugerencias que ponemos a disposición de los pacientes. Para el diseño de nuevos procesos médicos queremos intensificar esa participación de los pacientes junto con la de los profesionales para que, si han vivido alguno de esos nuevos procesos, nos relaten sus experiencias.

La doctora María de la Viesca, las enfermeras Juana Labiano y Mónica Vázquez y el doctor Francisco Hidalgo.

CENTRO CAPILAR
MANUEL IBÁÑEZ
&

RUEBER

Gabinete de asesoramiento integral de imagen
en los tratamientos de quimioterapia

La pérdida de cabello no debe suponer un problema

PRODUCTOS

Prótesis capilares de fabricación propia. Diseños personalizados para prótesis indetectables y confeccionadas con cabello 100% natural que le facilitarán el desarrollo de una vida totalmente normal.

Pelucas de cabello natural y fibra sintética. Amplia gama de pelucas con variedad de colores y peinados. Para usar en el acto.

SERVICIOS

Asesoramiento personalizado.

Atención durante su ingreso.

Mantenimiento de su prótesis o peluca.

DELEGACIONES
EN TODA ESPAÑA

En Pamplona, estamos en C/Monasterio de Urdax, 8, 1º [esquina Pío XII, 9].
T 948 25 50 53 I 948 17 18 20
info@rueber.es
www.rueber.es www.manoloibanez.com

La TC de doble fuente valora el corazón trasplantado de forma no invasiva

Especialistas de la Clínica demuestran la eficacia de esta técnica en dos estudios publicados por la revista de la Sociedad Europea de Radiología.

CUN ■ La TC (Tomografía Computarizada o escáner) de doble fuente consigue realizar una valoración global del paciente trasplantado de corazón sin necesidad de practicarle pruebas invasivas, según dos estudios elaborados por especialistas de la Clínica. Los resultados de los trabajos, primeros en el mundo sobre la eficacia de esta prueba diagnóstica en trasplantados cardiacos, se han publicado recientemente en la revista de la Sociedad Europea de Radiología. En la investigación han participado los especialistas en Radiodiagnóstico, doctores Gorka Bastarrika, María Arraiza, Jesús Pueyo y Carlo N. De Cecco, y los cirujanos cardiacos, doctores Stefano Mastrobuoni, Matías Ubilla y Gregorio Rábago, de la Clínica y de la Universidad de Roma 'Sapienza'– Ospedale Sant' Andrea.

Según demuestran estos estudios, la TC de doble fuente (equipo de TC con dos tubos de rayos X) permite "en una sola apnea (intervalo sin respiración) de apenas 8 segundos y con mínima cantidad de contraste, estudiar de forma no invasiva las arterias coronarias en pacientes trasplantados de corazón", explica Gorka Bastarrika, especialista en Radiodiagnóstico de la Clínica.

La TC de doble fuente podría sustituir a la coronariografía convencional para estudiar sus arterias coronarias de manera no invasiva.

En el trasplantado cardiaco el resultado de las imágenes es sensiblemente mejor si la reconstrucción se realiza durante la sístole.

ESTUDIO DE LAS ARTERIAS CORONARIAS. La TC de doble fuente consigue en escasos segundos estudiar la anatomía de las arterias coronarias, la permeabilidad de la luz (espacio interior) y el estado de la pared vascular. Esta cuestión es de especial relevancia ya que permite prevenir la enfermedad vascular del injerto, característica de los pacientes trasplantados de corazón y que consiste en un engrosamiento concéntrico de la pared de las arterias coronarias que puede afectar tan-

to a los pequeños vasos distales como a los proximales de mayor calibre.

La TC multicorte convencional (TC de 64 cortes) posee limitaciones en los pacientes trasplantados de corazón, ya que para obtener con este equipo una buena calidad de imagen de las arterias coronarias es necesario que los sujetos estudiados posean una frecuencia cardiaca lenta. Por esta razón, si no existen contraindicaciones, en la práctica diaria se emplean fármacos que reducen y controlan la frecuencia cardiaca (fármacos betabloqueantes). Dado que el ritmo cardiaco basal de los pacientes con trasplante cardiaco es mayor y que en esta población el efecto de los fármacos betabloqueantes es limitado, la TC multicorte convencional no se utiliza de manera rutinaria para estudiar el corazón de este colectivo de pacientes. En los equipos de TC de doble fuente la velocidad de adquisición de imágenes se eleva al doble por lo que "las arterias coronarias de los pacientes trasplantados del corazón se pueden estudiar con excelente calidad diagnóstica, a pesar de su elevada frecuencia cardiaca, sin necesidad de utilizar fármacos betabloqueantes", asegura el doctor Bastarrika.

PRUEBAS CONVENCIONALES. La prueba diagnóstica habitualmente utilizada para realizar el seguimiento del estado de las arterias coronarias en los pacientes trasplantados del corazón es la coronariografía convencional. Con esta técnica únicamente se puede visualizar la luz del vaso. La ultrasonografía intravascular, que no se realiza de manera rutinaria, es complementaria a la anterior al permitir estudiar la pared vascular y detectar la vasculopatía del injerto. Sin embargo, la gran desventaja de estas exploraciones es que son técnicas invasivas (requieren cateterismo), por lo que no se encuentran exentas de complicaciones. "Por tanto, dado que los pacientes trasplantados requieren controles periódicos del injerto, la TC de doble fuente podría sustituir a la coronariografía convencional para estudiar sus arterias coronarias de manera no invasiva", subraya el doctor Bastarrika. Según las conclusiones del trabajo, la excelente calidad de las imágenes obtenidas con la TC de doble fuente permite diagnosticar la vasculopatía del injerto incluso en los territorios más distales. "Uno de los aspectos más relevantes de este trabajo es que hemos podido demostrar cuál es el momento más adecuado para realizar las reconstrucciones de las arterias coronarias. En los equipos de TC multicorte convencionales se aconseja reconstruir las imágenes en diástole. Nosotros hemos comprobado que en el trasplantado cardiaco el resultado de las imágenes es sensiblemente mejor si la reconstrucción se realiza durante la sístole", precisa el facultativo de la Clínica.

Eur Radiol DOI 10.1007/s00330-008-0957-2
Eur Radiol DOI 10.1007/s00330-008-0949-2

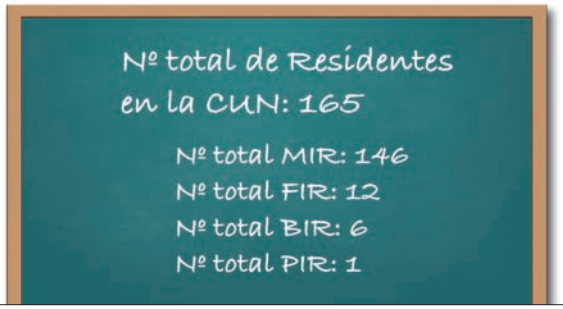
Los doctores Pueyo, Mastrobuoni, Rábago, Arraiza, Ubilla y Bastarrika.

FUNCIÓN CARDIACA

Reconstrucción de las imágenes de todo el ciclo cardiaco

En los estudios cardiacos con TC las imágenes se deben sincronizar con el electrocardiograma del paciente. Esto permite reconstruir las imágenes a lo largo de todo el ciclo cardiaco. "Así podemos valorar la función del corazón", apunta el doctor Bastarrika. Por su parte, la técnica habitual para estudiar la función ventricular de los pacientes trasplantados cardiacos es la ecocardiografía. La variabilidad interobservador y las características propias del paciente con trasplante cardiaco limitan la exactitud diagnóstica de esta exploración. La resonancia magnética, dada su excelente reproducibilidad, "es la técnica de elección para cuantificar la función ventricular", explica el facultativo. "Con el objetivo de demostrar si la TC de doble fuente permitía evaluar la función cardiaca y masa ventricular con la misma exactitud que la resonancia magnética en trasplantados de corazón, decidimos realizar un estudio comparando las dos técnicas". De los resultados, los especialistas establecieron que, si bien existían algunas diferencias, "la TC de doble fuente estimaba con precisión los volúmenes ventriculares, función cardiaca y masa miocárdica en los pacientes con trasplante cardiaco". Los facultativos concluyen que un equipo de escáner de doble fuente permite, en la misma exploración y sin necesidad de administrar contraste ni radiación adicional, valorar la anatomía del corazón después del trasplante, estudiar las arterias coronarias con gran calidad diagnóstica y cuantificar la función y masa ventricular en una única apnea.

Los residentes, un equilibrio entre la formación y la asistencia



El perfil de residente de la Clínica conjuga una atención sanitaria de excelencia científica y profesional con una **visión integral en el trato humano.**

CUN ■ La Clínica Universitaria acoge este curso en los diferentes años de residencia a un total de 146 médicos, 12 farmacéuticos, 6 biólogos y un psicólogo que desarrollarán la especialidad elegida en el centro médico pamplonés. En concreto, este curso los facultativos que han iniciado su primer año de residencia se cifran en 36 médicos, 12 biólogos y 3 farmacéuticos. Son profesionales que se incorporan a un proceso formativo específico de cuatro años –cinco en el caso de los cirujanos, cardiólogos e internistas–, en el que paulatinamente deberán ir asumiendo las responsabilidades propias de cada especialidad en la atención a los pacientes.

La Clínica, como centro formativo, se caracteriza además por fomentar entre sus residentes actividades de investigación y formación docente, entre las que destaca la elaboración de la tesis doctoral. "En la Clínica existe un verdadero interés por conseguir que cada residente desarrolle un proyecto profesional y docente personal", destaca el doctor Juan Antonio Díaz González, vocal de la Comisión de Docencia y especialista en Oncología del centro médico. Se trata de uno de los principales atractivos que aporta desarrollar la residencia en el centro hospitalario navarro, si bien un programa tan complejo exige a los residentes una dedicación diaria muy intensa. "Conseguir una gestión eficaz del tiempo es uno de los principales retos al que se deben enfrentar los residentes de la Clínica", apunta el vocal de la Comisión de Docencia. Este organismo es el encargado de colaborar con el Consejo de Dirección y los distintos departamentos para garantizar la calidad del proceso formativo de todos los residentes.

Los tutores son los supervisores y los responsables de que los residentes reciban la formación más adecuada posible.

El doctor Díaz reconoce que "la del residente es una figura especial en el panorama laboral y formativo. Su peculiaridad reside en que son profesionales cualificados porque ya son médicos, farmacéuticos o biólogos, que además han superado una oposición pública de carácter nacional, pero que deben completar una etapa de formación laboral para ejercer co-

PASA A LA PÁG.20 >>

David, entre los doctores Mbongo y Calderón.

"Dicen que el primer año es como una luna de miel"

David Nagore Setién [R1 Anestesia] destaca la unidad entre los profesionales del departamentos.

CUN ■ Acaba de ser testigo en primera línea de una operación de trasplante de corazón efectuada durante la madrugada. David Nagore Setién (Pamplona, 1983) es residente de primer año de la especialidad de Anestesia y, de momento, su intención es no perderse nada. "Me dicen que el primer año de la residencia es como una luna de miel. Que después todo esto se pasa. Pero yo de momento estoy encantado", asegura.

David tiene muy claras las oportunidades que ofrece la Clínica en la especialidad que ha elegido. "La Clínica tiene una ventaja para un residente de Anestesia respecto a otros centros. Y es que la UCI, que en algunos hospitales la llevan los intensivistas, aquí la llevan los anestesistas. En este sentido, te ofrece muchas posibilidades de aprendizaje". Además, destaca que la Clínica cuenta con unos quirófanos muy completos, "donde se atienden todo tipo de cirugías. Como somos poco residentes, dos o tres, estamos mejor atendidos que en otros centros y tenemos acceso a operaciones de muy diferente tipo".

Este R1 describe el departamento de Anestesia como uno de los de mayor envergadura de la Clínica, lo que le ofrece mayores oportunidades de aprendizaje. "Estoy aprendiendo de todos los que me rodean. De cada uno me quedo con lo mejor. En general, son profesionales con un perfil muy docente, ya que en este departamento existe una tradición de residentes desde hace mucho tiempo y muchos de ellos se han quedado".

Para David también es importante la unidad que impera entre los profesionales del departamento. "Pienso que esta unión viene dada por las características de la especialidad que, en determinados momentos, requiere contar con el apoyo de otros compañeros", señala. Las expectativas al término de la residencia también las tiene claras: "Me gustaría acabar los cuatro años de residencia con el mayor bagaje posible. La idea es que uno termina la residencia y al día siguiente de haberla terminado no es mejor anestesista. Lo que sí es cierto es que la residencia hay que aprovecharla para agotar todos tus errores dentro este período formativo".

"Es importante llegar bien preparada a las guardias"

La doctora Pérez García, en una sesión de departamento.

Alejandra Pérez García [R2 Microbiología] eligió la Clínica por su nivel formativo e investigador.

CUN ■ Una de las mayores preocupaciones de los residentes de los dos primeros años es llegar con una buena preparación a las primeras guardias, una circunstancia que deben afrontar ya durante el primer año de residencia. Para Alejandra Pérez García (Sevilla, 1982), farmacéutica y residente de segundo año en el Laboratorio de Microbiología de la Clínica, esas primeras guardias constituían todo un reto. "Al principio, lo más importante de la residencia es la buena formación que recibimos a través de las rotaciones generales para poder asumir las primeras guardias de semana que solemos llevar a cabo los residentes", apunta Alejandra. Gracias a dichas rotaciones, esta farmacéutica asegura que llegó a las guardias con todas las cuestiones a las que se iba a tener que enfrentar "bien conocidas". También es cierto que los residentes hacen guardias siempre con un especialista colaborador de guardia localizado.

Tras las citadas rotaciones generales, los residentes comienzan después con las propias de cada especialidad. "Ya he tenido mi tercera rotación y hasta ahora puedo decir que han sido muy completas", indica la residente.

Alejandra asegura que a la hora de decidirse por un centro donde realizar la especialidad eligió la Clínica a pesar de ser sevillana. "Elegí este centro porque era alumna de la Universidad de Navarra y, aunque me gustaban varias ciudades, conocía muy bien la Clínica. Yo sabía que había muy buen ambiente profesional y que desde el punto de vista formativo y de investigación es un centro muy importante", apunta como razones de su elección.

De aquí hasta el final de la residencia dentro de dos años y medio, el principal objetivo de Alejandra reside en poder terminar satisfactoriamente sus rotaciones y obtener una formación completa. "Quiero llegar a ser una buena especialista y desempeñar bien mi trabajo por mi misma, sin supervisión, así como ser capaz de ofrecer interpretaciones completas de las pruebas que efectúan en el Laboratorio de Microbiología", asegura la residente.

Desde el punto de vista de investigación, Alejandra Pérez espera conseguir terminar o, al menos, llevar encaminada la tesis.

<<VIENE DE LA PÁG. 18

mo especialistas. Sin embargo, no podrían equipararse nunca a otro tipo de profesionales en prácticas, porque en el caso de los residentes sí asumen responsabilidades desde el primer momento", puntualiza el facultativo.

PROCESO DE SELECCIÓN. La Clínica Universitaria forma desde sus inicios, en 1961, a médicos especialistas. Por tanto, el carácter formativo y docente puede considerarse inherente al propio ideario del centro médico.

Los aspirantes a desarrollar la especialidad en la Clínica deben acudir a la convocatoria pública que abre el centro hospitalario para solicitar plaza de residente. Tras haber superado el examen MIR (Médico Interno Residente), FIR (Farmacéutico), BIR (Biólogo) o PIR (Psicólogo), los candidatos al programa de especialización eligen, según el número obtenido en la prueba, la especialidad y el centro acreditado donde prefieren realizar la formación como especialistas. Los aspirantes a realizar la residencia en la Clínica deben presentar el puesto obtenido en el examen, el expediente académico y una carta de presentación que, normalmente, suele ser del tutor clínico del recién licenciado.

La Clínica elabora entonces la lista de candidatos y comienza el proceso de selección. En primer lugar, los médicos, biólogos, farmacéuticos y psicólogos se entrevistan con el director del departamento de la especialidad a la que aspiran o con el tutor correspondiente. De los entrevistados, cada departamento realiza su propuesta a la dirección de la Clínica. Además, la Comisión de Docencia hace una entrevista adicional a cada uno de los candidatos propuestos.

En las entrevistas de cada

departamento se evalúa el perfil humano y profesional de cada uno de los aspirantes y si cuenta con aptitudes para desarrollar la especialidad concreta que ha solicitado. Después, en la entrevista con la Comisión se incide más en el perfil general del candidato, así como en sus inquietudes y expectativas profesionales.

Una vez obtenida la acreditación de la Clínica, los aspirantes deben acudir al Ministerio de Sanidad con la credencial y su número MIR. De este modo, cuando llegue el turno de cada uno de los candidatos, desde el Ministerio solicitarán su plaza de residente en la Clínica.

EL TUTOR, LA PIEDRA ANGULAR. Al incorporarse a la Clínica, los residentes de primer año reciben diferentes cursos formativos básicos en los que se les informa de cuestiones tanto técnicas como institucionales. Durante los años de residencia se les facilita la asistencia a numerosos cursos de formación continuada de carácter optativo, organizados por el propio centro médico.

Al margen de cursos de carácter general, cada especialidad cuenta con su propio programa de formación específico, cuyas directrices vienen marcadas por las correspondientes comisiones nacionales de especialidad y del Ministerio de Sanidad y que cada centro adecúa a sus peculiaridades. El programa de cada especialidad establece una serie de objetivos específicos y propios de cada uno de los años de residencia, tanto prácticos como de aptitudes, de conocimientos teóricos y de consolidación progresiva.

En cada departamento existe un tutor de residentes. La figura del tutor es la piedra angular en la formación de los residentes. Toda su forma-

PASA A LA PÁG.22 >>

"El trabajo en equipo es fundamental"

La doctora Ciérvide examinando una prueba.

Raquel Ciérvide Jurío [R3 Oncología Radioterápica] resalta la alta tecnología de la Clínica.

CUN ■ "En Oncología Radioterápica es imposible trabajar sólo. El trabajo en equipo es fundamental para que vaya bien el funcionamiento de todo el departamento", asegura Raquel Ciérvide Jurío (Pamplona, 1981), residente de tercer año (R3). Después de más de dos años de residencia en la Clínica, esta médico corrobora además la estrecha relación entre los profesionales de su departamento, así como con los de otras áreas del centro hospitalario.

Raquel se muestra, además, muy satisfecha de la elección de la especialidad. "Se trata de una especialidad muy versátil porque vemos quirófano, pacientes ingresados en planta, pasamos muchísima consulta, aunque eso sí, siempre supervisados por un adjunto", apunta la residente. No obstante, reconoce que hay momentos, como las guardias, en los que un residente puede verse más o menos sólo ante determinadas situaciones, "aunque siempre con un médico adjunto localizado", explica. En este sentido, añade que "la Clínica es un centro en el que es posible que los residentes estén más protegidos que en otros hospitales y en el que la formación es muy completa", destaca la doctora Ciérvide.

Raquel observa como una de las mayores dificultades contar con el tiempo suficiente para llegar a todo, formación, asistencia, investigación más elaboración de la tesis y compatibilizarlo con su vida personal. "La cuestión –asegura- reside en saber aprovechar bien el tiempo. Es cierto que invertimos más tiempo aquí que en otros centros, pero hay que saber aprovechar las oportunidades que nos ofrece hacer la residencia en la Clínica".

El único "problema" que detecta Raquel Ciérvide de su formación en la Clínica reside en la alta tecnología con la que cuenta el centro médico pamplonés. "Cuando acabemos la residencia, si tenemos que trabajar en otros centros, es muy posible que no cuenten con los medios que tenemos aquí en Oncología Radioterápica. Es posible que tengamos que ser más 'médicos de batalla', porque seguramente no tendremos los mismos recursos que en la Clínica. Aunque, afortunadamente, el resto de los centros hospitalarios se están equipando cada vez más con tecnología muy avanzada, concediendo a esta especialidad la importancia que merece", advierte.

"Una formación de lujo"

El doctor Alegría pasando planta.

Eduardo Alegría Barrero [R5 Cardiología] valora la formación médica y personal recibida.

CUN ■ Cardiología, Medicina Interna y las diversas cirugías son las únicas especialidades médicas que cursan con 5 años de residencia, uno más que el resto. Cardiología es la elegida por Eduardo Alegría Barrero (Pamplona, 1979), residente de quinto y último curso. A Eduardo la elección de la especialidad le viene de familia. Su padre, el doctor Alegría, es cardiólogo también en la Clínica Universitaria y su hermana es residente en la misma especialidad y centro médico.

En la recta final de la residencia, Eduardo Alegría destaca el enorme bagaje que se llevará de la Clínica, no sólo en cuanto a formación específica sino, sobre todo, en aportaciones personales. "Sin duda alguna, he aprendido muchísimo de Cardiología y de Medicina en general. Pero sobre todo he aprendido de las personas que he tenido alrededor", subraya este residente de último curso.

Reconoce asimismo que desarrollar la residencia en la Clínica es recibir "una formación de lujo". Eduardo Alegría destaca en este sentido la atención personalizada como uno de los principales aspectos del aprendizaje en el centro médico pamplonés respecto al de otros hospitales. "En centros de mayor tamaño –afirma– puede haber hasta 30 ó 60 médicos. En la Clínica te supervisa un tutor que es especialista de tu departamento. Con cada Consultor transcurren 6 intensos meses de tu formación. Al final, no eres un residente más, eres un compañero muy cercano y aprendes en estrecho contacto con el trabajo del médico que te supervisa".

De los más de cuatro años que lleva como residente, considera que el más difícil fue el primero. "Es un año en el que te enfrentas a veces sólo a situaciones de guardias médicas, aunque siempre con un especialista localizado. Es una responsabilidad que al principio agobia, pero que después vas dominando y de la que, finalmente, aprendes muchísimo", asegura.

En cuanto a la especialidad concreta de Cardiología, este médico reconoce que los flancos que en la Clínica se pueden quedar más abiertos, como es la asistencia de urgencias, se completan con rotaciones externas en otros centros hospitalarios. A un año de finalizar la residencia, Eduardo Alegría se muestra convencido de su preparación para afrontar con total responsabilidad la atención médica de sus pacientes.

<<VIENE DE LA PÁG.21

ción se articula a través de estos responsables que son los encargados del seguimiento y asesoramiento de cada uno de los residentes. "Todos los especialistas de los departamentos participan de esta responsabilidad docente, aunque, en definitiva, los tutores son los supervisores y los responsables últimos de que los residentes reciban la formación más adecuada posible", explica el doctor Díaz.

Cada residente debe mantener con su tutor entrevistas periódicas, en las que se repasan y establecen objetivos a corto y medio plazo, se evalúa y supervisa la docencia y se plantean todas las cuestiones y objetivos que se consideren necesarios. Además, en la Clínica se intenta que estas entrevistas puedan ser cauce para un desarrollo profesional y humano personalizado, donde se tengan en cuenta las circunstancias y aptitudes personales de cada residente.

PROGRAMA MUY INTENSO. La actividad que deben desarrollar médicos, farmacéuticos, biólogos, psicólogos y ahora también químicos que desarrollen su especialidad en la Clínica es muy intensa. En líneas generales, en el programa de residencia deben incluirse los cursos de formación continuada, las sesiones propias del departamento, específicas de cada especialidad, y la asistencia a cursos y congresos externos.

"Desde hace ya algunos años, desde la Comisión de Docencia se impulsa un programa de rotaciones externas que permitan al residente completar aspectos concretos de la especialidad en la que se forma", advierte el oncólogo.

Desde la Clínica se impulsa la participación del residente en programas de investigación y docencia, al tiempo que se procura favorecer la posi-

bilidad de realizar la tesis doctoral. Se trata de un objetivo ambicioso, dado el apretado programa asistencial y formativo propio de la residencia. Por este motivo, la facultad de Medicina y la Clínica han desarrollado cursos de doctorado más flexibles, incluso han elaborado un programa de doctorado on line.

EL DÍA A DÍA DE LA ASISTENCIA. La Clínica cuenta con un excelente cuadro clínico de especialistas experimentados. Sin embargo, en el día a día de la asistencia el papel de los residentes resulta fundamental. "Resulta llamativo –afirma el doctor Díaz- observar cómo desde el principio, los residentes se imbuyen del estilo de la Clínica en la atención al paciente, en cuanto a su dedicación, exquisito trato humano y profesional, confidencialidad y a la toma progresiva de responsabilidades". No obstante, el responsable de docencia subraya que el trabajo de los residentes siempre está supervisado por especialistas del departamento en el que se enmarcan.

"Es importante destacar que los residentes de la Clínica Universitaria realizan una labor asistencial fundamental para el centro, imprescindible", asegura el especialista. Tanto es así que "sin residentes, este centro médico no podría mantener el ritmo de asistencia que actualmente lleva", indica.

Así, tutelados por su supervisor, los residentes de la Clínica asisten a los pacientes hospitalizados en planta y colaboran de forma activa con los especialistas en las consultas.

EL PACIENTE ES EL CENTRO. La dinámica de trabajo de este centro hospitalario posibilita ofrecer al paciente gran cantidad de información sobre su salud en muy poco tiempo. En este sentido, cabe destacar que la actividad de la Clínica sitúa al paciente en el centro de su organización. "Los ritmos de asistencia de la Clínica son muy rápidos y tienen una gran flexibilidad. En una franja de tiempo y espacio muy estrecha, si se considera necesario, un paciente puede ser visto por un médico de otra especialidad o se le hacen más pruebas de las previstas. Todo el sistema asistencial del centro está basado en la disponibilidad de sus recursos humanos y materiales al servicio del paciente. La agilidad de este proceso, en gran medida, la posibilitan los residentes", explica.

Dentro de cada departamento, los especialistas intentan que los residentes adquieran cada vez mayor destreza y autonomía en la asistencia diaria a los pacientes.

POR ESPECIALIDADES

	R1	R2	R3	R4	R5
Alergología	1	1	1	1	
Anatomía Patológica	1	1			
Anestesiología y Reanimación	3	3	2	2	
Aparato Digestivo	1	1	1	1	
Bioquímica Clínica	1 B	1 F	1 B	1 B	
Cardiología	2	2	2	2	2
Cirugía General y del Aparato Digestivo	1	1	1	1	1
Cirugía Oral y Maxilofacial	1	1			
Cirugía Ortopédica y Traumatología	2	2	1	1	1
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora	1	1	1	1	1
Dermatología M.Q. y Venereología	2	1	1		
Endocrinología y Nutrición	1	1	1	1	
Farmacia Hospitalaria	2 F	2 F	2 F	2 F	
Farmacología Clínica	1	1	1		
Hematología y Hemoterapia	1	1	1	1	
Inmunología	1 B	1	1 B		
Medicina Interna	1	1	3	2	2
Medicina Nuclear	1	1	1	1	
Microbiología y Parasitología	1 B	1 F	1 B	1 F	
Nefrología	1	1	1	1	
Neumología	1	1			
Neurofisiología	1				
Neurología	2	2	2	2	
Obstetricia y Ginecología	1	1	1	1	
Oftalmología	1	1	1	1	
Oncología Médica	2	2	2	2	
Oncología Radioterápica	1	1	1	1	
Otorrinolaringología	1	1	1	1	
Pediatría y sus Areas	2	2	2	2	
Psicología Clínica	1				
Psiquiatría	2	2	2	2	
Radiodiagnóstico	2	2	2	2	
Radiofarmacia	1 F				
Urología	1	1	1	1	1

Los residentes de la Clínica Universitaria realizan una labor asistencial fundamental para el centro, imprescindible

RESPONSABILIDAD PROGRESIVA. En términos generales, durante el primer año, los residentes de cada especialidad realizan rotaciones generales, no exclusivamente relacionadas con el departamento en el que hacen la residencia. De este modo, se pretende que obtengan una visión global de la asistencia médica.

A partir del segundo curso, los residentes se sumergen de lleno en su especialidad y se mueven por las distintas áreas del departamento. A la vez, realizan rotaciones más puntuales, en unidades o áreas asistenciales relacionadas con su especialidad.

El paso a un año superior de residencia supone la asunción paulatina de un grado mayor de responsabilidad en la atención especializada de los pacientes. La adquisición progresiva de diferentes niveles de responsabilidad viene marcada por los programas de las comisiones nacionales y del Ministerio para cada año determinado de residencia. "De cualquier forma, el ritmo en la asunción de responsabilidades no depende sólo de unas directrices escritas, sino de un equilibrio entre la personalidad del residente concreto, de la estructura de cada departamento y de la institución.

EL MODELO DE RESIDENTE. En la Clínica Universitaria se busca un perfil de residente acorde a las aspiraciones del centro: aquel que conjugue una atención sanitaria de excelencia científica y profesional con una visión integral en el trato humano. La primera característica que debe cumplir un residente de la Clínica es la dedicación al paciente. Asimismo, como a todos los profesionales del centro, se les exige respeto, atención integral, comunicación y calidad humana en su comportamiento.

Hallados 5 genes implicados en metástasis de tumores de mama a pulmón

La revista Oncogene publica la investigación en animales realizada por la Clínica, el CIMA, Georgetown y los NIH de EE.UU

CUN ■ Identificar cinco genes implicados en la metástasis de tumores de mama a pulmón es el principal hallazgo de un equipo de científicos de dos entidades de la Universidad de Navarra, la Clínica y el Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA). El Dr. Alfonso Calvo, investigador del área de Oncología del CIMA, ha dirigido el trabajo con la colaboración especial del Dr. Ignacio Gil Bazo, oncólogo de la Clínica, y de expertos de centros de cáncer de EE.UU. como la Universidad de Georgetown y los National Institutes of Health (NIH). El estudio constituye una parte significativa de la tesis doctoral de Raúl Catena y ha contado con la participación de Óscar González, ambos investigadores del CIMA.

Para esta investigación, recién publicada en la revista científica Oncogene, se empleó un modelo de ratón transgénico que presenta una mayor tendencia al desarrollo de metástasis. "El aumento del llamado Factor de Crecimiento Endotelial Vascular (VEGF) en sus glándulas mamarias ocasionó profundos cambios en la estructura tumoral, lo que permitió que las células malignas salieran del tumor e invadieran los pulmones. Finalmente, se analizó el patrón de genes responsable de esa migración tumoral al pulmón y se comparó con el que presentan mujeres con tumores de mama con afectación metastásica pulmonar. Se comprobó que 5 de esos genes eran comunes al modelo animal y a las pacientes con tumores de mama", explica el doctor Calvo.

Óscar González, Alfonso Calvo, Ignacio Gil-Bazo y Raúl Catena.

VÍA PARA TRATAMIENTOS MÁS EFICACES. El investigador del CIMA de la Universidad de Navarra añade que, "dos de esos cinco genes identificados, el de la tenascina-C y el mmp2, coinciden con los encontrados por el equipo del investigador Joan Massagué, del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de Nueva York. Además, el gen de la Tenascina-C parece constituir una buena diana terapéutica para el tratamiento del cáncer de mama metastático, según los resultados de este estudio. De hecho, el bloqueo de la expresión de dicho gen en el modelo animal permitió una reducción significativa, tanto del crecimiento de los tumores como de la incidencia de metástasis pulmonares".

Según el equipo investigador, el abordaje multidisciplinar en los estudios que se realizan en el campo de la medicina y especialmente en oncología es una de la claves para optimizar el diseño de los experimentos y orientarlos a la obtención de resultados relevantes para los pacientes. "Por esa razón este es un buen ejemplo de investigación traslacional en cáncer, en la que los hallazgos en ratones permiten pensar en futuras aplicaciones directas en los enfermos" según explica el doctor Gil Bazo.

+

Calvo A, Catena R, Noble MS, Carbott D, Gil-Bazo I, Gonzalez-Moreno O, Huh JI, Sharp R, Qiu TH, Anver MR, Merlino G, Dickson RB, Johnson MD, Green JE. *Identification of VEGF-regulated genes associated with increased lung metastatic potential: functional involvement of tenascin-C in tumor growth and lung metastasis.* Oncogene. 2008 Sep 11;27(40):5373-5384. Epub 2008 May 26. PMID: 18504437

somos los primeros en ofrecerle lo último*:

Desde tan sólo 68 céntimos al día

Seguro de Hospitalización en la **Clínica Universitaria de Navarra**

ACUNSA, Asistencia Clínica Universitaria de Navarra, y su Seguro de Hospitalización le permiten acceder a uno de los centros sanitarios con mayor reconocimiento internacional: la Clínica Universitaria de Navarra, uno de los pocos Centros Europeos que disponen de la prestigiosa acreditación de la Joint Comission International.

La Clínica Universitaria de Navarra ha sido reconocida, a juicio de más de 5.000 médicos de toda España, la mejor institución sanitaria de la década.

Gracias a su decidida apuesta por mantenerse en la vanguardia de los avances científicos, por ofrecer un **servicio médico innovador** que incorpora los últimos avances tecnológicos y terapéuticos y por contar con profesionales de prestigio internacional, puede ofrecer a sus pacientes un diagnóstico y tratamiento médico **rápido y eficaz**.
La estrecha relación en investigación que mantiene la Clínica Universitaria de Navarra con el **Centro de Investigación Médica Aplicada, CIMA**, le permite profundizar en estudios para combatir enfermedades como el alzheimer, el cáncer o el parkinson, y tratar tumores que hasta ahora parecían inaccesibles.

Ahora y **desde tan sólo 68 céntimos** al día, ACUNSA pone a su disposición el Seguro de Hospitalización para que pueda acceder a los **últimos avances médicos y tecnológicos** para el control de su salud.

Son **más de 400.000 personas** en España las que están disfrutando de todas las ventajas que proporciona el Seguro de Hospitalización de ACUNSA.

Si quiere recibir más información sobre nuestras pólizas puede llamar, sin ningún compromiso, al **teléfono 902 364 360** o consultar la web, **www.acunsa.es**

* ¿SABÍA QUE...

...la Clínica Universitaria de Navarra dispone de lo último en investigación y tecnología aplicada a la salud como es la **Resonancia Magnética Tres Teslas** que es actualmente el equipo de mayor potencia para el estudio morfológico del cuerpo humano?

e-Boletín CLINICA 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.

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

SI DESEA RECIBIR, SIN COMPROMISO, MÁS INFORMACIÓN RELLENE Y ENVÍENOS POR CORREO O FAX ESTE CUPÓN.

Nombre _____ Apellidos _____

Dirección _____ Población _____ C. Postal _____

Provincia _____ Edad _____ Tel. Particular _____ Tel. Móvil _____

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 pueda suministrarnos son totalmente confidenciales y podrán ser utilizados para comunicarle las diferentes ofertas y servicios de Acunsa, salvo que nos indique lo contrario. Usted también puede acceder a ellos, rectificarlos o cancelarlos siempre que lo desee.

02280099

Por favor, envíe este cupón a ACUNSA:
Avda. Pío XII, 57
31008 PAMPLONA, ESPAÑA
Tel.: 902 364 360
Fax. 948 177 658
e-mail: info@acunsa.es

El embarazo libera la hormona de la confianza y desactiva la del estrés

La Universidad de Navarra los divulga últimos avances científicos publicados sobre el **comportamiento del cerebro** durante la gestación.

CUN ■ El proceso biológico natural del embarazo reduce el estrés en la mujer, al desactivar la hormona cortisol, y aumenta la confianza, al liberar oxitocina. Esta transformación se suma a otros cambios hormonales del cerebro de la mujer a partir del día 15 cuando, implantado en el útero, el embrión se comunica con los tejidos de la madre. Estas explicaciones aparecen en el Informe científico sobre la comunicación materno-filial en el embarazo: células madre y vínculo de apego en el cerebro de la mujer.

Este documento de la Universidad de Navarra es resultado del trabajo de expertos en Biología Molecular, Neurobiología, Neuroimagen, Psiquiatría, Sociología y Comunicación. La dirección ha corrido a cargo de Natalia López Moratalla, catedrática de Bioquímica. En 18 páginas se explican los momentos decisivos en el cerebro de la mujer embarazada. El documento ofrece una lectura divulgativa con referencias a los últimos avances publicados en Nature, Science, Cell, PNAS, TRENDS in Neurosciences, etc.

Se incluyen nuevos conocimientos científicos que están revolucionando el paradigma de la Embriología, por ejemplo, al observarse la asimetría de la primera célula del embrión, el cigoto. Una división asimétrica el día 1 genera el eje dorsal-ventral en el embrión bicelular. Este eje, junto con el rostral-caudal (rostro-cola) y el derecho-izquierdo dan lugar a la forma corporal. En este sentido, guardamos memoria de nuestro primer día, tal y como se publicó en Nature.

La doctora López Moratalla.

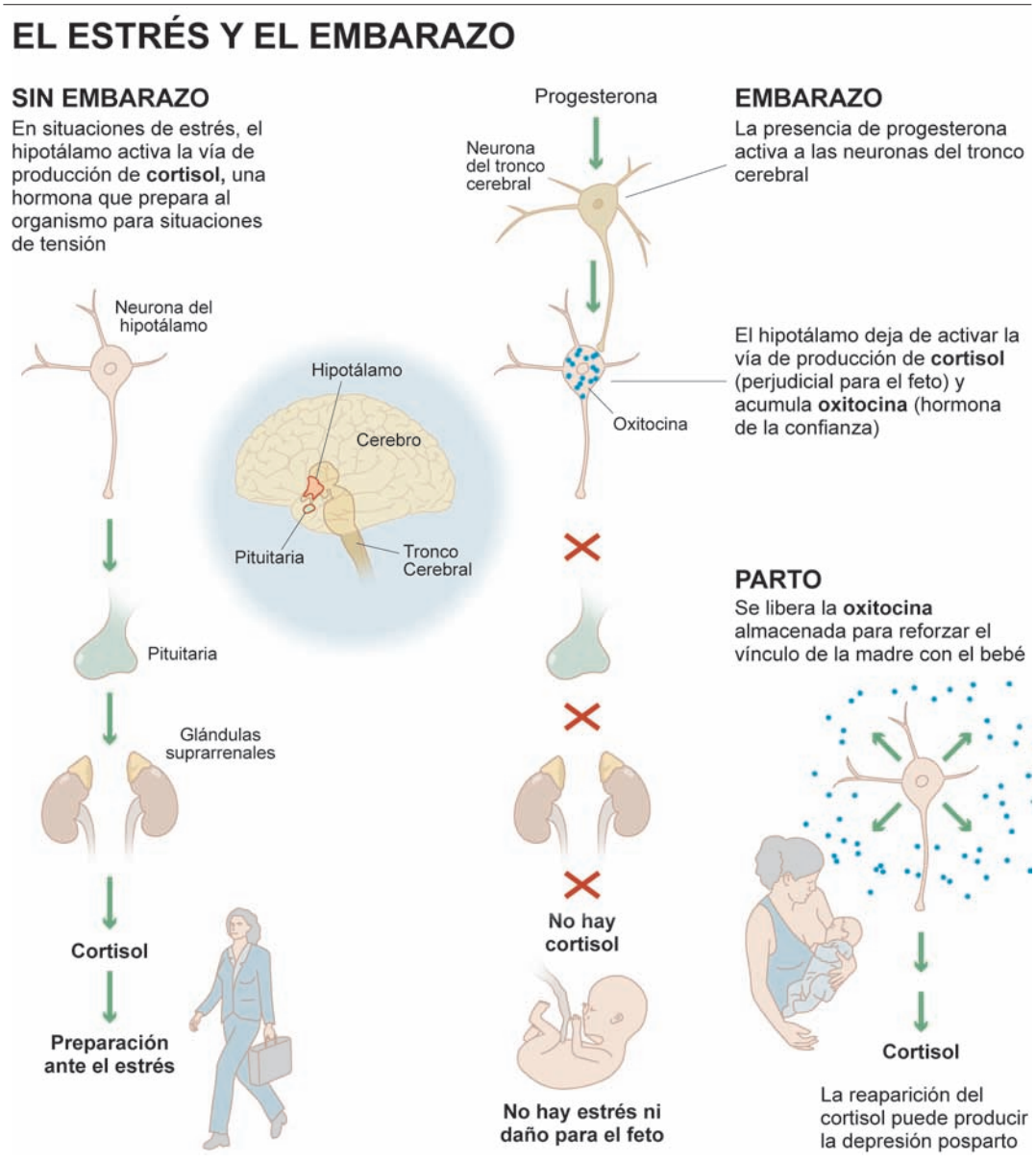
Tal y como se publicó en *Nature*, guardamos memoria de nuestro primer día.

La doctora López Moratalla explica que, "aunque el embrión resulta extraño a la madre, la atmósfera de tolerancia inmunológica creada en el diálogo molecular hace que la

mujer perciba al embrión como algo no propio y, sin embargo, sin señales de peligro que activarían las defensas". Esta tolerancia se inicia a petición del embrión, a través de una red de sustancias que liberan y desactivan todas las células maternas que generarían el natural rechazo hacia lo extraño: las células denominadas "asesinas naturales" (NK o natural killers); los linfocitos T, tóxicos para las células extrañas; y los linfocitos B, que producen los anticuerpos de rechazo.

CÉLULAS DEL FETO EN ÓRGANOS DE LA MADRE. Otra novedad es el denominado microquimerismo, por el que los órganos de la madre contienen células procedentes del feto que ha gestado (de 2 a 6 células por mililitro). Estas células tienen gran capacidad para regenerar y rejuvenecer el cuerpo de la mujer. Se han encontrado células de feto varón convertidas en cardiomiocitos de la madre. Técnicamente, es fácil advertir este fenómeno al identificar en la mujer el cromosoma Y, exclusivo del varón. Además, existen datos de la participación de esas células, por ejemplo, en la reparación del corazón de madres con cardiopatías.

El informe de la Universidad de Navarra resume avances científicos relevantes, desconocidos para muchos investigadores no especializados y para la ciudadanía. Se expone de forma cronológica la evolución de las células madre: embrión tricelular (día 2), embrión con células madre pluripotenciales de las que derivan los más de 200 tipos de células maduras del cuerpo humano (día 5), inicio de la formación del sistema nervioso y el esbozo cardiaco (día 16), comienzo de la circulación sanguínea propia del embrión (día 20), el primer latido (día 21), etc.



SER PADRES MODIFICA LA ACTIVIDAD CEREBRAL ANTE LOS NIÑOS

Estudios recientes muestran la plasticidad del cerebro materno ante determinados estímulos, es decir, su capacidad de moldearse como consecuencia de hábitos intelectuales, relaciones emocionales, actividades físicas, etc. Reconocer en una fotografía a su hijo de pocos meses genera en la mujer un estado emocional placentero que no se lo produce la visión de imágenes de otros niños, incluso conocidos. Las técnicas de neuroimagen registran la activación del llamado cerebro social: se activan las áreas del sistema cognitivo-afectivo de recompensa y se silencian las implicadas en el juicio negativo.

Otra investigación constata que la experiencia de la maternidad y la paternidad provoca cambios funcionales en el cerebro. Padre y madre responden con más intensidad al llanto que a la risa del hijo, mientras que sucede a la inversa en quienes no tienen experiencia de la paternidad. Finalmente, Natalia López Moratalla subraya que el vínculo de apego no es un proceso unilateral, ya que el comportamiento del niño afecta a las emociones maternas. Así se ha comprobado en un estudio de neuroimagen, donde la madre ve un vídeo en que su hijo muestra 2 actitudes hacia ella. En una situación el hijo sonríe mientras ambos juegan y en otra llora porque los separan. Estos resultados se han comparado con las reacciones ante vídeos similares protagonizados por otros niños. La separación genera en la madre más actividad cerebral que la de juego-alegría. Esta intensidad en la respuesta de la madre sólo se provoca con la pena del hijo (la respuesta no es equiparable a la pena de otros niños reflejada en el mismo vídeo).

Sebastián Masdeu

"Hay que aceptar la enfermedad como una parte de la vida y no tenerle miedo"

Después de sobrevivir a un infarto y tras superar una intervención de la válvula aórtica, **Sebastián Masdeu** continúa con su intensa vida profesional.

CUN ■ Dos veces se vio entre la espada y la pared. Dos ocasiones en las que el dictamen médico le dejaba postrado en un sillón, en contra del intenso ritmo profesional al que estaba habituado. Gracias a una intervención quirúrgica practicada por especialistas de la Clínica Universitaria de Navarra, Sebastián Masdeu Castellví (Santa Coloma de Gramanet, Barcelona, 1948) ha podido continuar cogiendo una media de cuatro aviones a la semana, tal y como requiere su responsabilidad laboral. Entre tanto, ha sido además capaz de enfrentarse y asumir un nuevo reto laboral como director general de la empresa Cacaolat, propiedad de Nueva Rumasa, grupo empresarial de la familia Ruiz Mateos. Padre de cuatro hijos, después de su amplia experiencia como paciente, Sebastián Masdeu afirma sentirse muy orgulloso "de tener un hermano médico, una hija fisioterapeuta y otra que también estudia Medicina".

Desde los primeros síntomas de enfermedad cardíaca hasta la fecha, el suyo ha sido un intenso peregrinaje médico.
Tuve los primeros síntomas en el verano de 1996. En aquella ocasión los médicos me diagnosticaron una angina de pecho leve, por la que no necesité ni siquiera ser ingresado.

Sin embargo, usted continuó como si tal cosa con el ritmo de vida que llevaba hasta entonces.
De regreso a Barcelona informé de lo que me había ocurrido a mi hermano, José Masdeu, especialista en Anestesia y jefe del servicio de Anestesiología del Hospital de la Cruz Roja de Barcelona, en cuyo servicio de Cardiología me sometieron a un profundo examen médico.

¿Y cuál fue el diagnóstico?
Después de varias pruebas y, especialmente como resultado de una tomografía de perfusión miocárdica, me diagnosticaron un pequeño infarto ínfero-apical. Desde esa fecha, aprovechando mis viajes a Barcelona, acudí a controles médicos de seguimiento cada seis meses.

Este percance ¿le permitió continuar con su elevada actividad profesional?
Después del diagnóstico, me incorporé a mi puesto de trabajo y pude llevar una vida normal, con los medicamentos pertinentes, hasta el año 2002. El 7 de agosto de ese año sufrí un infarto en mi casa de Granada, ciudad en la que he residido hasta el pasado 1 de septiembre.

¿Cuál fue la gravedad de esa nueva crisis cardíaca?
Tuve que ser trasladado en una UVI móvil a un centro médico, donde permane-

cí ingresado en la UCI durante 8 días. Allí sufrí nuevos epidosios de angina de pecho. El diagnóstico durante el ingreso fue de infarto de miocardio que afectaba a la cara anterior y septal del ventrículo izquierdo. Me realizaron un cateterismo donde me advirtieron una enfermedad importante en tres arterias coronarias, sin posibilidades ni de tratamiento quirúrgico, ni de implantación de stent. También me observaron una estenosis (oclusión) de la aorta.

Ante un diagnóstico tan severo ¿qué le aconsejaron?
Fui dado de alta con abundante medicación, pero los médicos me indicaron que posiblemente debería abandonar la actividad laboral y dedicarme a una vida sana y sin esfuerzos.

¿Cómo asumió esa prescripción médica de baja laboral?
Le consulté a mi hermano y tras el consejo de unos amigos de Pamplona, el día 20 de septiembre entraba en consulta de Cardiología de la Clínica Universitaria de Navarra para obtener una segunda opinión, sobre todo, del tratamiento que me aconsejaban seguir.

CON VOZ PROPIA

"Hay que seguir las pautas y recomendaciones médicas, sin tomar decisiones unilaterales."

"Mi recomendación a los enfermos cardiacos es que nunca desfallezcan, que tengan fe en Dios y una absoluta confianza en la buena medicina."

El diagnóstico que le ofrecieron en la Clínica ¿coincidió con lo que le habían aconsejado en Granada?
En la Clínica Universitaria me atendió la doctora Coma. Me confirmó tanto el diagnóstico como el tratamiento. Pero me aconsejó que, si me encontraba bien y seguía las pautas establecidas por el médico sobre medicación, dieta y ejercicio, no debía abandonar la actividad laboral, sino que, incluso, era conveniente que me incorporase al trabajo.

Así que, siguiendo los consejos de la especialista de la Clínica, volvió a su puesto de trabajo.
Sí, me reincorporé a mi vida laboral pero recomendación de los cardiólogos de Barcelona y de la doctora Coma acudí a un cardiólogo de Granada para que llevara un seguimiento más cercano de mi evolución.

PASA A LA PÁG. 30>>

Sebastián Masdeu, junto al doctor Gavira.

<<VIENE DE LA PÁG.29

Desde agosto de 2002 hasta ahora ¿cómo ha evolucionado su salud?

Todo transcurrió con cierta normalidad hasta diciembre de 2004. Aquel mes tuve revisión con mi cardiólogo de Granada. Tras el reconocimiento médico me comunicó que la válvula aórtica había llegado a lo que médicamente se denomina indicación quirúrgica. Me explicó que es la situación en la que se hace necesario cambiar la válvula mediante una intervención quirúrgica de cierto riesgo. Además, me indicó que en mi caso, con la enfermedad coronaria que padezco, la operación era inviable debido al alto riesgo que podía suponerme. Como única solución me aconsejó suspender toda actividad y dedicarme a una vida lo más plácida posible. Me aseguró que no le veía otro remedio. También me dijo que si quería obtener una segunda opinión lo hiciera, pero que me lo pensara muy bien antes de entrar en el quirófano y que, desde luego, él no lo haría bajo ningún concepto.

Pero lejos de venirse abajo por el diagnóstico, no dudó en recabar más opiniones médicas.

Después de consultar a mi hermano y de someterme a otras pruebas en Barcelona, decidí acudir de nuevo a la Clínica Universitaria. En febrero de 2005 fui atendido por el doctor Sáenz de Buruaga, quien me recomendó someterme a una coronariografía. Así lo hice y 24 horas después, el equipo de la Clínica me anunció que mi problema podía tener una solución quirúrgica. La fecha que me dieron para la operación fue el 9 de marzo de 2005. Ese día entré al quirófano. Me operaron los doctores Rábago y Herreros, quienes me sometieron a una intervención de cambio de la válvula aórtica por una prótesis mecánica. Además me realizaron cuatro "by-pass" aortocoronarios.

Desde ese cambio de la válvula aórtica en marzo de 2005, ¿cómo ha transcurrido su vida?

Acudo a las revisiones en la Clínica con la frecuencia que me indica mi actual cardiólogo, el doctor Juan José Gavira, que es quien me controla tras la jubilación del doctor Sáenz de Buruaga. En 2007, después de las pruebas cardiológicas pertinentes, decidí operarme de divertículos en el intestino, un problema que llevaba años arrastrando. Veintiocho días después de la intervención me incorporé a mi actividad laboral con normalidad.

Actualmente ¿cómo se encuentra?

Me encuentro en tan buen estado general que no sólo he continuado con el desarrollo de mi trabajo, sino que el 1 de octubre de 2007 los propietarios del grupo empresarial para el que trabajo (Nueva Rumasa, de la familia Ruiz Mateos) me nombraron director general de la empresa Cacaolat en Barcelona, cargo que ocupo en la actualidad.

La enfermedad cardíaca es una de las más frecuentes en nuestra sociedad, especialmente en varones. ¿Cuál sería su recomendación para aquellos que estén viviendo una dolencia como la suya?

Les diría que nunca desfallezcan, que tengan fe en Dios y una absoluta confianza en la buena medicina. Que sigan las pautas y recomendaciones médicas, sin tomar decisiones por su cuenta. Es importante tener siempre una actitud positiva ante la vida y aceptar la enfermedad como una parte de ella con la que hay que aprender a convivir. Nunca debe tomarse como una desgracia.

¿Un mensaje especial para los enfermos cardíacos?

Deben entender que nuestra enfermedad es como la mar, que hay que tenerle mucho respeto, ser precavido y cumplir las normas, pero nunca tenerle miedo.

UN ANTES Y UN DESPUÉS

El éxito de la operación para cambiarle la válvula aórtica supuso un antes y un después en la vida de **Sebastián Masdeu**. "Tuve una recuperación espectacular. A partir de ese momento mi vida cambió por completo. Ocho días después de la operación, el 18 de marzo, salí de la Clínica y me trasladé con mi esposa en coche hasta Granada en dos etapas, lo que me permitió celebrar en familia el día del padre con gran alegría", recuerda el ejecutivo.

En este sentido, asegura que a raíz de la operación recuperó la ilusión por la vida. "Además, -apunta- esta experiencia vital me ha servido para reforzar mi fe en Dios". Masdeu subraya también su confianza en los médicos, al tiempo que se muestra orgulloso de que una de sus hijas curse estudios de Medicina en la Universidad de Navarra.

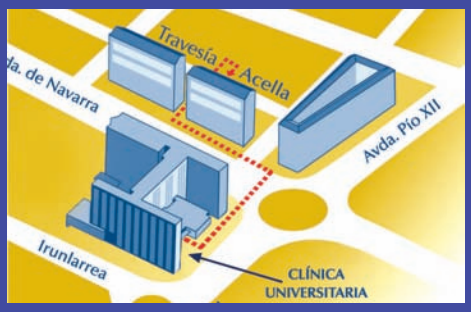
Recuperado de la operación Sebastián Masdeu pudo continuar con su elevada actividad laboral como director comercial de Dhul.

ACELLA

Hostal - Apartamentos - Pisos para estudiantes

Habitaciones con baño individual y compartido.
Alquiler de apartamentos.
Aire acondicionado y wi-fi (consultar disponibilidad).

T 948 261 000 • 948 173 348



ALOJAMIENTOS ACELLA

Travesía Acella 3, bajo
reservas@hostalacella.com
www.hostalacella.com

La doctora **Estíbaliz Alegre**, del servicio de Bioquímica de la Clínica, ha sido la ganadora del VI Concurso de Tesis organizado por la Fundación Elhuyar con la colaboración de la Universidad del País Vasco / EHU. Este concurso pretende dar a conocer la investigación universitaria, especialmente aquella realizada por jóvenes investigadores. El requisito para participar era haber defendido la tesis doctoral a lo largo del 2007.

Actualidad

PREMIOS

El laboratorio de Pediatría de la Clínica ha recibido un premio a las mejores comunicaciones en el LVII Congreso de la Asociación Española de Pediatría, por el trabajo "Respuesta y toxicidad por metotrexato en el osteosarcoma pediátrico. Relación con polimorfismos en los genes: MTHFR, MTR, SHMT, TYMS Y RFC1". En la elaboración del trabajo participaron los doctores **Ana Patiño** , **M. Zalacaín Díez**, **Mikel San Julián** , **L. Marrodán Fernández** y **Luis Sierrasesúmaga**.

El departamento de Alergología de la Clínica ha ganado el Premio al Mejor póster del grupo de alergias a medicamentos del último Congreso Europeo de Alergia. En el póster, titulado "Desensibilización a citostáticos", han participado los doctores **Gabriel Gastaminza**, **Juan Mariano de la Borbolla**, **Judith Antón**, **Paula Cabrera**, **Mª José Goikoetxea**, **Margarita Fernández-Benítez** y **Marta Ferrer**, en colaboración con los departamentos de Oncología y Farmacia.

La unidad de Medicina Paliativa de la Clínica ha ganado el primer premio a la mejor comunicación oral en el VII Congreso Nacional de Medicina Paliativa por el trabajo "¿Qué término es el más adecuado para explorar la astenia en pacientes con cáncer con una sola pregunta en español?". En la elaboración del trabajo participaron la doctora **Marian Portela**, **Ana Carvajal**, **Maite San Miguel**, **Inmaculada Velasco**, **Elena Rubio** y **Raquel Puerta**.

El doctor Nicolás García, nuevo director médico

Sustituye al doctor Javier Álvarez-Cienfuegos, que ha sido nombrado director ejecutivo del Consejo Asesor.

CUN ■ El doctor Nicolás García González ha sido nombrado nuevo director médico de la Clínica en sustitución del doctor Javier Álvarez-Cienfuegos Suárez, que pasará a asumir la dirección ejecutiva del Consejo Asesor, un órgano consultivo cuyo trabajo consiste en asesorar en áreas estratégicas y potenciar las relaciones internacionales de la Clínica con otros hospitales y centros de investigación de referencia en el mundo.

El doctor Nicolás García.

El doctor Nicolás García (Pamplona, 1962) es licenciado (1986) y doctor en Medicina (1992) por la Universidad de Navarra. Después de realizar la especialidad de Medicina Interna en la Clínica (1992), comenzó a trabajar en la atención al paciente hospitalizado y en la unidad de Hepatología, donde se centró especialmente en las áreas de hepatitis crónica y cirrosis biliar hepática, enfermedades en las que se centra también de manera preferente su actividad investigadora. Sin abandonar su actividad clínica, inició su trabajo en el área de gestión en el año 2002 como adjunto a la dirección médica y un año después fue nombrado subdirector médico. Es profesor adjunto de Medicina Interna (1996) en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.

El doctor García asume su nueva responsabilidad "con gran ilusión. La Clínica se encuentra en un buen momento gracias al trabajo de sus 2.350 profesionales y al sólido patrimonio labrado desde su fundación".

El nuevo director médico de la Clínica apuesta "por profundizar en la misión de la clínica, trabajando con mayor empeño en responder a las necesidades de los pacientes y centrando de una manera más efectiva en torno a ellos toda la actividad asistencial, docente e investigadora".

El doctor **Dámaso Aquerreta**, de Radiología, ha sido nombrado presidente de la sección de formación de la Sociedad Española de Radiología Médica, SERAM. Esta sección aglutina a los profesionales de la Radiología que también están implicados en la formación de esta especialidad a diferentes niveles (profesores universitarios, tutores de departamentos acreditados en la formación de MIR, encargados de formación continuada, etc.)

Marcador diagnóstico contra el cáncer de pulmón

CUN ■ Igor Hernández, científico pamplonés del Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) de la Universidad de Navarra, ha identificado una proteína que podría actuar como marcador diagnóstico contra el cáncer de pulmón.

Según explica el investigador, bajo el nombre 'ADAM8-Delta 14' se encuentra una molécula que sólo se detecta en las células cancerosas de pulmón. "Además, añade Hernández, sabemos que son utilizadas por las células tumorales para, una vez en el hueso, activar el mecanismo de degradación ósea, favoreciendo la metástasis y destrucción de este tejido".

En este sentido, recuerda que es fundamental un diagnóstico precoz de la enfermedad: "El cáncer de pulmón supone la primera causa de muerte por tumor en Europa. En buena medida, debido a que el diagnóstico tiene lugar tarde, cuando ya ha empezado el proceso de metástasis, que se localiza con más frecuencia en el cerebro y la médula ósea". En este último caso, el especialista subraya que los pacientes "sufren dolores muy intensos, fracturas óseas y severos trastornos metabólicos".

Tratamiento de la incontinencia urinaria mediante trasplante de células musculares

CUN ■ La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ha autorizado el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con la inyección intrauretral de mioblastos (células musculares obtenidas mediante biopsia del propio paciente), técnica que va a llevar a cabo la Clínica.

El ensayo clínico, que se va a realizar sobre una muestra de 15 pacientes, tiene como objetivo "la regeneración morfológica y funcional del esfínter en mujeres que sufran incontinencia por atrofia o por lesión", explica el doctor José Enrique Robles, especialista del departamento de Urología de la Clínica. En mujeres adultas, detalla, la incontinencia se debe en gran parte a la pérdida de masa muscular del esfínter, "que se puede recuperar inyectando células musculares propias (mioblastos) en la zona del esfínter de la uretra con el objetivo de que recrezca dicho músculo, aumente la contractilidad y disminuya la incontinencia". En concreto, la técnica que ha desarrollado la Clínica se centra en pacientes "para quienes la mala función del esfínter sea la causa fundamental de la incontinencia y que no tengan un buen pronóstico desde el punto de vista de otros tratamientos". En cualquier caso, subraya el doctor Robles, la participación en este ensayo clínico no excluye la posibilidad de someterse a otros tratamientos. El doctor Robles recuerda, además, que es un tratamiento gratuito, "tanto el procedimiento en sí como las pruebas complementarias que deban realizarse durante el tiempo que dura el ensayo". La técnica de regeneración muscular se va a llevar a cabo de manera conjunta entre el departamento de Urología y el área de Terapia Celular.

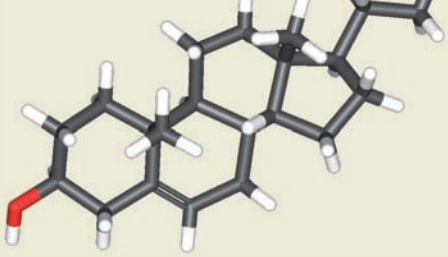
Los doctores Andreu, Pérez Calvo y Robles.

El CIMA lidera el "ranking" de patentes españolas

CUN ■ El CIMA de la Universidad de Navarra ha obtenido por segundo año consecutivo el primer puesto en el ranking de patentes españolas. Se trata de los resultados del informe "Propiedad Industrial de las Empresas Españolas en el Ámbito de la Biotecnología. Año 2007", realizado por el Círculo de Innovación en Biotecnología para la Asociación Española de Bioempresas (ASEBIO). El estudio refleja que el CIMA ha presentado el mayor número de inventos (14), seguida de Advancell, Grifols, PharmaMar y Oryzon Genomics (6). Además se encuentra en primer lugar en cuanto a las solicitudes y patentes españolas (5), delante de NBT (4) e Italfármaco (3), y es titular de dos de las diez solicitudes europeas. Las 8 restantes se reparten Advancell, Bionostra, Natraceutical, Neocodex, Cibasa, Instituto Oftalmológico de Alicante, Lipotec y Pharmacia Spain.

ENLACES DEL TRIMESTRE

www.colesterolfamiliar.com
El objetivo principal de esta página es detectar, tratar y ayudar a los miembros de las familias con hipercolesterolemia familiar heredada, o de base genética.



Libros &Webs

EL ENLACE DE LA CLÍNICA

www.cun.es/chequeos

NUEVA WEB DE CHEQUEOS
La prevención de las enfermedades, su diagnóstico y tratamiento precoz constituyen el mejor método para lograr una vida más larga y saludable. Cuidar la propia salud significa también cuidar de los nuestros, porque la salud no sólo es importante para uno mismo, sino también para su familia. La Unidad de Chequeos de la Clínica, integrada dentro del departamento de Medicina Interna, está compuesta por cuatro especialistas de larga experiencia dedicados única y exclusivamente a los chequeos y cuenta, además, con todo el respaldo diagnóstico y terapéutico de los 400 médicos y las más de mil enfermeras y auxiliares de nuestro centro, profesionales todos ellos con dedicación exclusiva para ocuparse de su salud.

El doctor Centeno participa en un informe del Parlamento Europeo

Estudia el nivel de desarrollo de los cuidados paliativos en la Unión Europea

■ El doctor Carlos Centeno Cortés, director de la Unidad de Medicina Paliativa de la Clínica, ha participado en la elaboración de un informe técnico encargado por el Parlamento Europeo sobre el nivel de desarrollo de los cuidados paliativos en la Unión Europea. El informe incluye el primer ranking que valora la situación de cuidados paliativos en cada país europeo, clasificación en la que España ocupa el séptimo puesto de los 27 estados miembros.

La información recogida en el estudio concreta distintos aspectos acerca de la situación de la medicina paliativa en cada país: disponibilidad de servicios, recursos humanos, medidas legislativas y de política sanitaria, calidad, investigación... Una sección especial recoge ejemplos de buenas prácticas en esta especialidad tanto en Europa como en el resto del mundo.

Además del doctor Centeno, en la elaboración del informe ha tomado parte el profesor José María Martín Moreno, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Valencia.

El doctor Centeno es coordinador del grupo de trabajo sobre Desarrollo de Cuidados Paliativos en Europa, perteneciente a la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos (EAPC, por sus siglas en inglés). El grupo está integrado por investigadores de cuatro instituciones: Universidad de Navarra, Universidad de Lancaster (Gran Bretaña), "International Association for Hospice & Palliative Care" y la ONG británica "Help the hospices".

El doctor Carlos Centeno.

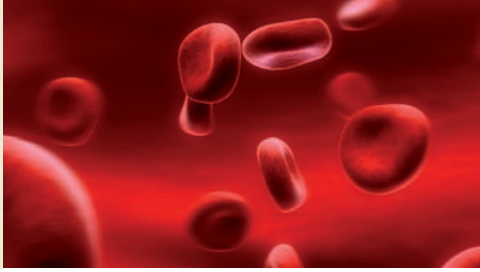
Anteriormente, este grupo de trabajo ha elaborado distintos estudios sobre la situación de la medicina paliativa en Europa, como un mapa, el primer atlas de los cuidados paliativos en el viejo continente y una revisión sistemática de las publicaciones sobre la especialidad en los últimos diez años. Los tres proyectos han sido financiados en parte por una beca del Plan de Investigación de la Universidad de Navarra (PIUNA).

+

El informe "Palliative Care in the European Union" está disponible y puede descargarse en la dirección web:
www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies/download.do?file=21421

www.edupac.es
El programa educativo EDUPAC aspira a ser una fuente de información sobre el dolor oncológico, para ayudar a conocer sus causas, sus tipos y sus características.

www.aterotrombosis.com
Página web cuyo objetivo es facilitar información útil y actualizada sobre aterotrombosis, así como servir de canal de comunicación interactivo para los profesionales.

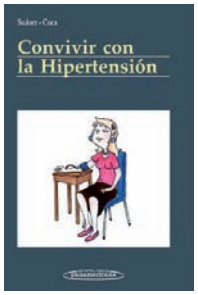


Pediatría

MASAJE INFANTIL

Autor: Peter Walker
Editorial: Paidotribo
Número de Páginas: 98
Precio: 20 euros

■ Los masajes son un medio excelente para los padres que quieren brindar a sus hijos el mejor comienzo en la vida. Los bebés obtienen grandes beneficios de los masajes desde el nacimiento: ayudan a aliviar el trauma del parto y les hacen entrar en un estado receptivo con el cual conseguir un desarrollo adecuado. Los niños que empiezan a andar y recibes masajes con regularidad dominan con mayor facilidad las habilidades locomotrices. El masaje es una forma placentera de conocer al bebé y establecer una relación rica, satisfactoria y salutífera con él en el seno de la vida familiar.

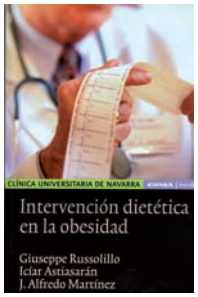


Cardiología

CONVIVIR CON LA HIPERTENSIÓN

Autores: Antonio Coca Payeras, Carmen Suárez Fernández
Editorial: Panamericana
Número de Páginas: 128
Precio: 15 euros

■ La hipertensión es un problema de por vida y ha de aprender a manejarla, a cuidarla y a convivir con ella. En la presente obra se ofrece una recopilación sencilla de información que le ayudará a conocer mejor este problema tan frecuente que constituye la hipertensión. En ella, de forma resumida y accesible, se revisan aspectos importantes tales como: sobre qué se establece el diagnóstico de hipertensión, cuáles son los peligros asociados a tenerla, cómo se pueden evitar, qué tratamiento existe y cuál es su eficacia y seguridad, cómo debe alimentarse un hipertenso, qué tipo de ejercicio físico tiene que hacer, etcétera. Por otra parte, también se trata algo muy importante: cómo medir correctamente la presión arterial. Estas informaciones resultan clave para conseguir controlar este problema y vivir más y mejor.



Nutrición

INTERVENCIÓN DIETÉTICA EN LA OBESIDAD

Autores: Glusseppe Russolillo, Icíar Astiasarán, J. Alfredo Martínez
Editorial: Eunsa
Número de Páginas: 112
Precio: 8 euros

■ La intervención dietética en situaciones de obesidad constituye un desafío para combatir esta epidemia del siglo XXI. Los autores revisan diferentes aspectos relacionados con el estado nutricional de individuos con sobrepeso y obesidad, así como las recomendaciones dietéticas y las medidas para el cálculo de las necesidades energéticas de forma personalizada en situaciones de obesidad. El texto se complementa con anexos relacionados con el valor calórico de los alimentos, lista de intercambios de alimentos y patrones de referencia de la composición corporal en la población española.

Nutrición

A COMER!. MÉTODO ESTIVILL PARA ENSEÑAR A COMER A LOS NIÑOS

Autor: Eduardo Estivill
Editorial: Plaza&Janes
Número de Páginas: 160
Precio: 7,95 euros

■ Para muchos padres la hora de la comida de sus hijos se convierte en un infierno. Esa boca cerrada que no se abre ni siquiera cuando sacamos todos los juguetes, encendemos el televisor o disfrazamos los platos con su salsa preferida, es nuestra peor pesadilla. Después del éxito experimentado con su método para resolver el problema del insomnio infantil, Eduard Estivill se preguntó si no podría aplicarse también al problema de la alimentación infantil. Para ello solicitó la ayuda de una pedagoga, Montse Domènech, y entre ambos desarrollaron un método sencillo, práctico, con unas sólidas bases científicas, para enseñar a comer bien , y de todo, a los niños.

Congreso de las Enfermedades Cardiovasculares
Fechas: Del 9 al 11 de octubre de 2008
Lugar: Bilbao Exhibition Center
T 91 724 23 70. www.congresosec.org/dweb

Agenda

CONVOCATORIAS CUN

Frontiers in Hepatology Congress.
Fechas: del 20 al 21 de noviembre de 2008
Lugar: Pamplona
Organizador: Unidad de Hepatología. Departamento de Medicina Interna de la Clínica Universitaria de Navarra
Contacto: Ana Delia Ena, adena@unav.es
T 948 25 54 00 ext. 4271
mirisarri@unav.es

XII Curso De Ginecología Oncológica.
Fechas: del 26 al 27 de marzo de 2009
Lugar: Pamplona
Organiza: Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Universitaria de Navarra
T 948 25 54 00 ext. 4761
cbolanos@unav.es

Reunión Anual del Grupo Español de Neuro-Oncología

Organizada por la Clínica y el CIMA, la jornada se centró en los nuevos aspectos moleculares de los gliomas.

El doctor Javier Aristu, junto con Ioannis Roussos, presidente del Grupo Español del Neuro-Oncología (GENO) y Francesc Graus, presidente de la Asociación Europea de Neuro-Oncología (European Association of Neurooncology-EANO-).

■ La utilización de nuevos fármacos frente a dianas moleculares aplicados de forma combinada con cirugía y radioterapia para el tratamiento de los gliomas fue una de los temas que se abordaron en la Reunión Anual del Grupo Español de Neuro-Oncología (GENO), organizada en el Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) de la Universidad de Navarra por el Dr. Javier Aristu, miembro de la junta directiva del GENO y especialista del departamento de Oncología Radioterápica de la Clínica. En concreto, la reunión científica celebrada en el CIMA se centró en los "Nuevos aspectos moleculares de los gliomas y su implicación en el diagnóstico y tratamiento". El glioma es un tipo de tumor cerebral maligno que se caracteriza por su extrema agresividad. Los estudios moleculares previos al tratamiento pueden caracterizar el grado de agresividad del tumor y parece que los nuevos fármacos frente a dianas moleculares en combinación con quimioterapia consiguen una mayor tasa de respuestas objetivas.

A la jornada científica asistieron cerca de 70 profesionales, pertenecientes a las distintas especialidades relacionadas con la Neuro-Oncología, como Oncología Médica, Neurocirugía, Oncología Radioterápica, Neuroimagen, Anatomía Patológica o Biología molecular.

III Congreso de Cuidados Continuos en Oncologia Medica
Fechas: del 23 al 24 de octubre de 2008
Lugar: Palma de Mallorca
Contacto: 91 577 52 81 congresos@seom.org

XXVI Congreso Nacional de la Soc. Española de Alergologia e Inmunologia Clínica
Fecha: del 5 al 8 de noviembre de 2008
Lugar: Palacio Euskalduna (Bilbao)
Contacto: 91 204 26 41. www.seaic.org

Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna
Fechas: del 19 al 22 de noviembre de 2008
Lugar: A Coruña
T 915 35 71 83. congresos@sbmedical.es

V Reunión Extraordinaria de Especialistas de COT de la Clínica

Congregó a 68 médicos de diez países

■ Un total de 68 médicos procedentes de diez países participaron en la V Reunión Extraordinaria de la Asociación de Especialistas de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Clínica Universitaria, celebrada en septiembre en Pamplona.

El encuentro congregó a médicos que han obtenido la especialidad a lo largo de las tres últimas décadas en el Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) de la Clínica, tanto españoles como llegados de Argentina, Chile, Ecuador, Guatemala, México, Perú, Portugal, Uruguay y Venezuela.

"Las reuniones de la Asociación comenzaron hace 30 años por iniciativa del doctor Cañadell, que fue nuestro maestro y el creador del Departamento. Todos los años nos reunimos en fechas próximas a la Navidad y cada uno cuenta cuál ha sido su actividad profesional en el último año", explica el doctor Juan Ramón Valentí Nin, director del Departamento de COT de la Clínica.

Además de las reuniones anuales, cada tres años se celebra una extraordinaria que tiene lugar, de manera alterna, en Pamplona y en uno de los países donde ejercen antiguos médicos residentes formados en la Clínica. "Como nuestro Departamento tiene una amplia vocación docente y hay especialistas de muchos países que no siempre pueden acudir a los encuentros anuales, en otoño organizamos la reunión extraordinaria. Hace tres años tuvo lugar en la Universidad de Los Andes de Santiago de Chile, ahora ha sido en Pamplona y en 2011 se celebrará en Guatemala", detalla el doctor Valentí.

Durante los dos días del encuentro se desarrolla un programa de contenido científico en el que gran parte de los asistentes expone sus investigaciones en las distintas áreas de la especialidad. Además de la vertiente profesional, el doctor Valentí destaca "el profundo vínculo de amistad y de relaciones humanas que se crea en estas reuniones. Desde que comenzaron, siempre han ido a más, igual que el Departamento".

Los participantes, al finalizar la reunión.

DOCTOR RAMÓN BARREDO

Desde que en 1983 terminó la especialidad en la Clínica, el doctor **Ramón Barredo Batallas** ejerce la medicina en su país natal, Ecuador. Ha sido presidente de la Sociedad Latinoamericana de Medicina Deportiva, está especializado en patología de rodilla y trabaja en el Clínica Alcívar, de Guayaquil. "Venir a la Clínica fue algo especial porque había estudiado Medicina en Estados Unidos y lo lógico es que hiciera allí el posgrado. Pero no quería aprender sólo las técnicas americanas y descubrí que en el Departamento de COT de la Clínica aplicaban lo mejor de cada continente. Fue una decisión de la que nunca me arrepentí.

DOCTOR RAFAEL LLOMBART

El doctor **Rafael Llombart Ais** realizó la especialidad en la Clínica y leyó su tesis doctoral en la Universidad de Navarra. En 1985 regresó a su tierra, Valencia, donde ha ejercido en la sanidad pública, ha sido director de la Clínica Quirón durante quince años y actualmente es jefe de servicio del Instituto Llombart de Cirugía Ortopédica y Traumatología. "Los años en la Clínica fueron inolvidables profesional y personalmente, tanto que, pese a ser de Valencia, me supuso una gran pena tener que irme".

FIRMA INVITADA
JOSÉ ANTONIO RIERA MARTÍNEZ

Vocación de progreso y docencia

FINALICÉ MI FORMACIÓN como especialista en el Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) de la Clínica Universitaria en diciembre de 1976. Volví en ese momento a mi país de origen (Chile) donde he desarrollado mi actividad profesional desde entonces. Transcurridos ya más de 30 años de ejercicio profesional creo tener la perspectiva para evaluar adecuadamente lo que para mí significó mi estancia en la CUN.

Lo primero a destacar, sin dudas, es la calidad humana de quienes fueron mis docentes, incluyendo a los doctores José María Cañadell, Jesús Luis Imizcoz, José Luis Beguiristáin, Higinio Ayala y Juan José González Iturri. En el Departamento de Ortopedia siempre ha sido intenso el estímulo al desarrollo del conocimiento científico de las materias propias de la especialidad. Así, la disponibilidad de medios de instrucción, la permanente asistencia a cursos y congresos y las constantes visitas de destacados especialistas de otros centros en programas de transferencia de conocimientos y experiencias, han determinado que el trabajo se desarrolle dentro de los más altos estándares.

Los recursos de diagnóstico y tratamiento disponibles para la atención de los pacientes, asimismo, han permitido que la calidad del trabajo se desarrolle al mejor nivel tecnológico del momento.

La suma de un muy potente conocimiento con la disponibilidad de tecnologías punta, en un ambiente de profesionales del mejor nivel humano, ha hecho posible que el departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) de la Clínica Universitaria se haya consolidado como uno de los sitios predilectos de muchos países, especialmente de Sudamérica, para formar sus especialistas.

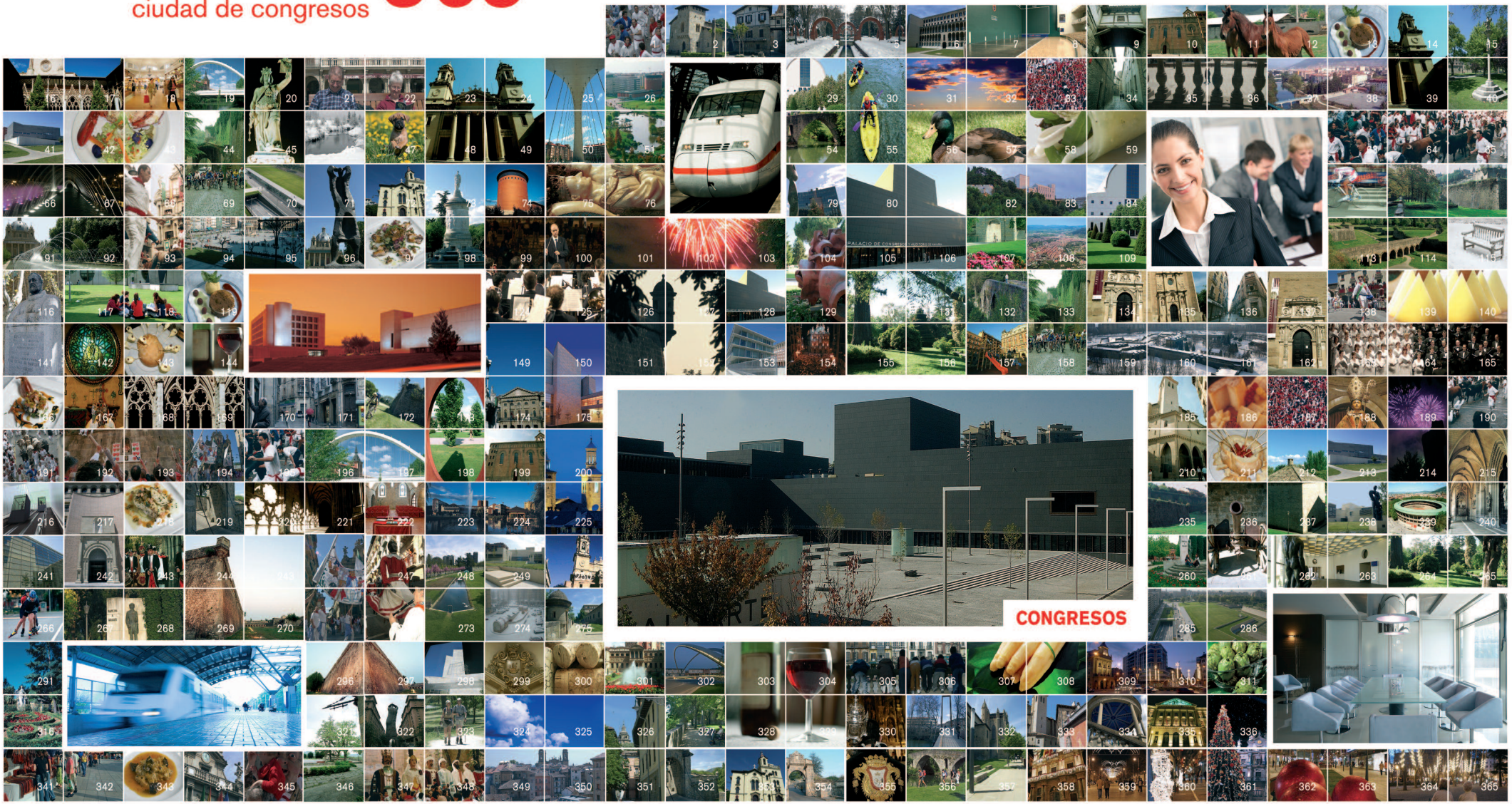
En los tiempos actuales la disponibilidad del conocimiento y de los recursos técnicos cada vez están más accesibles para los distintos grupos de trabajo y por esta razón lo que marca las diferencias son los paradigmas que guían su accionar: la ética, el máximo respeto por el paciente y el trato humano al mejor nivel, que hace que el paciente se sienta verdaderamente acogido y bien atendido. Este espíritu se ha ido transmitiendo fielmente de generación en generación. El paradigma también incluye este mismo respeto por las distintas personas que desarrollan su actividad en el equipo y por su trabajo.

Desde 1977 he tenido la oportunidad de visitar nuevamente en numerosas ocasiones la CUN. En cada una de ellas he podido comprobar, con gran satisfacción, que se ha mantenido el nivel de calidad de las personas así como la excelencia profesional en el Departamento, persistiendo la vocación de progreso y docencia en un ambiente de gran calidez y camaradería. Siempre me he sentido como en casa dado que, independiente de la vertiente profesional, se han creado potentes vínculos de amistad que se acrecientan con el paso del tiempo y, lo que es mejor, que no sólo se refieren a los coetáneos, sino a los que posteriormente se han ido incorporando al grupo, con lo que se genera una especie de gran familia. Sin ninguna duda, valoro la oportunidad que tuve de formarme con este grupo como una de las muy buenas cosas que me ha sucedido en la vida.

*El **Dr. Riera** ha sido director médico y jefe de servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Mutual de Seguridad chilena . En la actualidad trabaja en la Clínica Alemana.*

PAMPLONA 365

ciudad de congresos



Descubre una maravillosa ciudad ideal para congresos y reuniones de empresa. Descubre una ciudad en la que los edificios más vanguardistas contrastan con sus empedradas calles. Una ciudad en la que perderse por sus calles es perderse por la historia. Una ciudad amable, moderna, con excelentes conexiones. **Pamplona es ciudad de congresos... Y mucho más.**

Descúbrela el 7 de julio, el 3 de octubre, el 1 de mayo, en enero, en septiembre o en abril. Descubre sus paisajes, su cultura, su ocio y su gente. **DESCÚBRELA LOS 365 DÍAS DEL AÑO.**

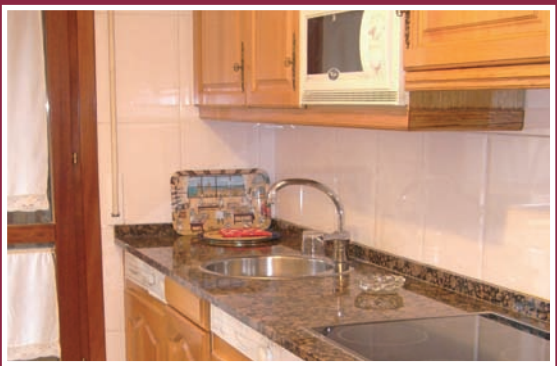
Ayuntamiento de Pamplona
Iruñeko Udala

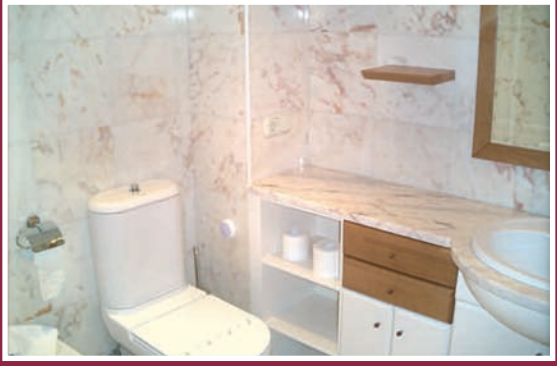
WWW.PAMPLONA.ES
TEL: 010 / 948 420 100

20 Pamp16na
Candidata
Capital europea de la cultura
Europako kultur hiriburua
Europejska Stolica Kultury
European Capital of Culture

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