noticias.cun
REVISTA DE LA CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA JULIO - SEPTIEMBRE 2010 NÚMERO 073

20 años del primer trasplante hepático

HOSTAL ABODI

SU CASA JUNTO A LA CLÍNICA

Habitaciones frente a la Clínica Universidad de Navarra.
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

Exceso de sudor. La radiofrecuencia percutánea, alternativa ambulatoria a la cirugía. **18-21**

073
Jul-Sep 2010

Trasplante hepático. Veinte aniversario con las mejores tasas de supervivencia del mundo a uno, cinco, diez y quince años. **4-12**

EPOC. Nuevo programa de diagnóstico precoz. **14-15**

Colonoscopias. El uso del CO_2 en lugar de aire reduce las molestias. **16-17**

Radioterapia guiada por TAC. Consigue el control local del 90% de los nódulos pulmonares. **28-29**

Investigación. Regeneración de corazones infartados con células madre adultas. **24-27**

Historias de la Clínica. Mariana Santos, de Portugal a la Clínica por una malformación arteriovenosa. **30-32**

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

Libros & Webs. Recomendaciones para estar bien informado en temas de salud. **36-37**

Firma invitada. Xavier Gil escribe a su donante de hueso. **38**

EDITORIAL

Veinte años de colaboración y generosidad

UN 26 DE ABRIL DEL AÑO 1990 se realizó el primer trasplante de hígado en la Clínica. Desde entonces y hasta la fecha se han llevado a cabo otros 381. Nada de ello hubiera sido posible sin el trabajo en equipo de los departamentos de Cirugía, Hepatología, Anestesia, Farmacología, Hematología, Radiología, Anatomía Patológica, Bioquímica y de las profesionales de Enfermería. Nada de ello hubiera sido posible sin la colaboración de los hospitales públicos de Navarra, que realizan de manera habitual la extracción de los órganos, que luego se implantarán al paciente en la Clínica. El Programa de Trasplante Hepático de Navarra es un magnífico ejemplo de que la colaboración entre el sector público y el privado es factible y beneficiosa para el paciente. Pero si algo hay que destacar de estos veinte años es la generosidad de tantas personas, de tantas familias que han autorizado la donación de los órganos de sus seres queridos. Un altruismo que se pone también de manifiesto en el caso de la donación entre vivos. Trabajo en equipo, colaboración público-privada, generosidad e investigación son los cuatro ejes sobre los que pivota el éxito del programa de trasplantes de la Clínica, cuyo vigésimo cumpleaños celebramos este año con la mejor tasa de supervivencia del mundo a uno, cinco, diez y quince años.

Noticias de la Clínica Universidad de Navarra. Número 73. Tercer trimestre 2010. 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) *Libros y webs:* Dra. Isabel Morales. **Infografía:** Heber Longás y Covadonga F. Esteban. **Fotografía:** Manuel Castells (fotos@unav.es). **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

Veinte años del primer trasplante hepático en la Clínica

El centro médico obtiene un 90% de supervivencia a un año de la cirugía, tasa superior a la que ofrecen los registros nacionales e internacionales

CUN ■ La Clínica obtiene un 90% de supervivencia en pacientes trasplantados de hígado un año después de la intervención quirúrgica. Se trata de una de las mejores tasas si se compara con las medias de supervivencia en trasplantes hepáticos presentadas por los registros español, europeo y estadounidense. Así, a un año de la cirugía, la tasa de supervivencia es del 84% en el registro español, del 82% en el europeo y del 87% en el americano. La superioridad se mantiene asimismo en la supervivencia a cinco y a diez años (como puede observarse en la gráfica).

"Una alta calidad quirúrgica y médica y un seguimiento posterior de los pacientes muy estrecho para conseguir un diagnóstico precoz de posibles complicaciones son las claves de los elevados índices de supervivencia que presenta la Clínica en los trasplantados hepáticos", describe el doctor Jorge Quiroga, director del Departamento de Medicina Interna y especialista en Hepatología de la Clínica. Con tan buenas cifras, el centro hospitalario celebra este año el 20 aniversario de su primer trasplante hepático, el primero en Navarra. En estas dos décadas, la Clínica ha realizado un total de 382 trasplantes hepáticos en 367 pacientes (15 fueron retrasplantados con posterioridad). "Hace 20 años, la puesta en marcha del programa de trasplantes hepáticos –destaca el doctor Quiroga- fue una labor de toda la Clínica en la que colaboraron nu-

Equipo de Trasplante Hepático: En la fila de arriba, los doctores Bruno Sangro, Ignacio Herrero, Fernando Rotellar, Jorge Quiroga y Félix Alegre; en la fila de abajo, la enfermera Montse Lorente, la doctora Delia D'Avola , los doctores Fernando Pardo y Mercedes Iñarraiaegui, la enfermera María Molina y el doctor Pablo Martí.

PASA A LA PÁG. 6 >>

El doctor Pardo
y su equipo durante
un trasplante.

<<VIENE DE LA PÁG.4
merosos departamentos, entre los que figuran de modo destacado Cirugía, Hepatología, Anestesia, Farmacología, Hematología, Radiología, Anatomía Patológica, Bioquímica y el personal de Enfermería. Fue un éxito de un trabajo en equipo".

Cabe destacar que los trasplantes practicados en la Clínica constituyen el Programa de Trasplante Hepático de Navarra, desarrollado de forma conjunta con los hospitales públicos de la Comunidad foral. La extracción de órganos es realizada habitualmente por el equipo de cirujanos del Hospital de Navarra y el trasplante al paciente receptor, por los especialistas de la Clínica. El actual equipo médico responsable de los trasplantes hepáticos está constituido por los cirujanos Fernando Pardo, Fernando Rotellar y Pablo Martí y por los hepatólogos Ignacio Herrero, Jorge Quiroga, Bruno Sangro, Mercedes Iñarrairaegui, Félix Alegre y Delia D'Avola, todos especialistas de la Clínica. En el Hospital de Navarra, el equipo encargado de las extracciones está liderado por los cirujanos Miguel Lera, Javier Herrera y Cruz Zazpe.

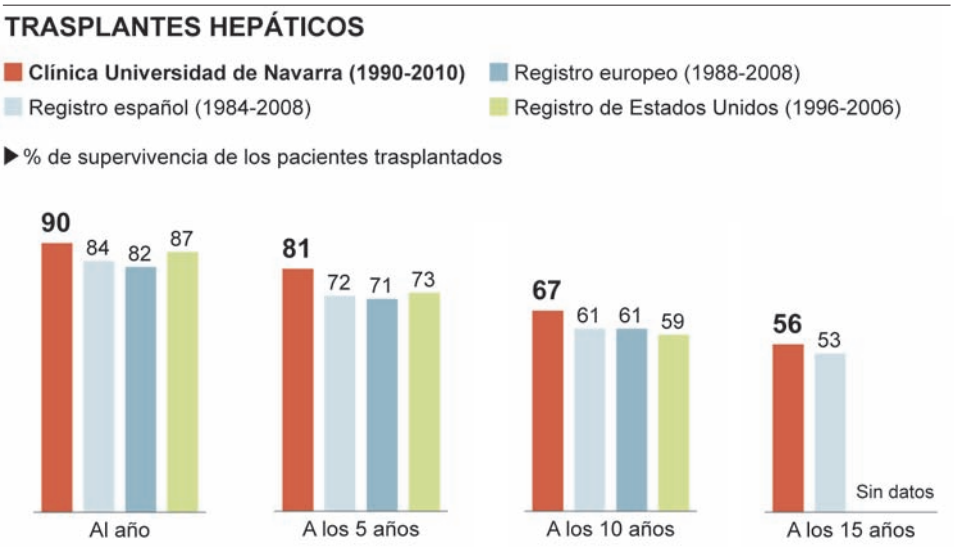
En el último año, el equipo de cirujanos de la Clínica ha realizado un total de 26 trasplantes hepáticos. De esta cifra, 6 fueron de donante vivo, una actividad iniciada hace siete años. La Clínica es uno de los tres hospitales españoles que actualmente realiza cirugía de trasplante de hígado de donante vivo en adulto, junto al Clínic de Barcelona y al 12 de Octubre de Madrid. En total se efectuaron nueve trasplantes de esta naturaleza el año pasado en España.

EL PRIMERO, EN 1990

En 1988 se inició en la Clínica la preparación del Programa de Trasplante Hepático auspiciado por el doctor Jesús Prieto, director del Departamento de Medicina Interna y de la Unidad de Hepatología. La llegada de los doctores Álvarez-Cienfuegos y Pardo con experiencia previa en trasplante hepático supuso el impulso definitivo al proyecto.

El primer trasplante de hígado efectuado en el centro hospitalario pamplonés se realizó el 26 de abril de 1990. Fue una operación de 9 horas de duración en la

PASA A LA PÁG. 8 >>



JORGE QUIROGA DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

"La base del éxito inicial fue la dedicación y la colaboración de los diferentes departamentos"

El doctor Jorge Quiroga vivió en primera persona la puesta en marcha del programa de trasplante hepático, así como su posterior evolución.

Finales de los años 80 en la Clínica, ¿cuál fue el detonante que llevó a implantar un programa de trasplante hepático?

La razón principal fue que se morían pacientes con enfermedades hepáticas terminales y que el trasplante de hígado ya había demostrado ser una técnica no experimental, sino útil. En aquella época la supervivencia, al año del trasplante, era del 70%.

¿Qué factores posibilitaban hace veinte años esas elevadas tasas de supervivencia?

Los principales fueron la introducción de nuevos inmunosupresores, en concreto de la ciclosporina, que consiguió cambiar el panorama del trasplante en aquellos primeros años (se pasó del 30 al 70% de supervivencia al año). Además, para la puesta en marcha del programa de trasplante hepático, en la Clínica se decidió contratar a dos cirujanos con una experiencia previa importante, los doctores Javier Álvarez-Cienfuegos y Fernando Pardo, que ya contaban con medio centenar de trasplantes de hígado en su haber.

"Desde el principio superamos la media de supervivencia al año del trasplante, situada en el 70%"

Para poner en marcha el programa de trasplante, el equipo de profesionales de la Clínica tuvo que hacer un esfuerzo importante de especialización.

En concreto, como hepatólogo, acudí al Presbyterian University Hospital de Pittsburgh a adquirir mayor formación en el trasplante de hígado porque era el centro que en aquel entonces reunía mayor experiencia. Los anestesistas y las enfermeras especializadas también pasaron un tiempo de formación en la ciudad americana.

Con todo este conjunto de factores reunido, el 26 de abril de 1990 acometieron el primer trasplante hepático de la Clínica y de Navarra.

Contábamos ya con profesionales con experiencia y con entre-

1 El inicio del trasplante hepático en la Clínica contó con los doctores Alvarez-Cienfuegos y Pardo.

2 En los primeros años era frecuente que los cirujanos tuvieran que acudir a extraer el órgano y trasladarlo para su implante.

3 El entrenamiento y experiencia previa de todos los profesionales implicados consiguió el éxito del programa.

namiento específico. Con esa intensa preparación previa conseguimos que en nuestros primeros resultados no repercutiera la habitual curva de aprendizaje, normal en los inicios de todos los procedimientos. La media de supervivencia al año del trasplante hepático se situaba en el 70% y nosotros conseguimos superar notablemente ese índice desde el principio.

De este modo se consolidó el trasplante hepático en la Clínica.

Me gustaría destacar que la puesta en marcha de este programa fue una labor de todo el centro médico, en la que colaboraron muchos departamentos, como principales integrantes de un gran equipo multidisciplinar. Desde el principio se consideró una labor colectiva.

En su opinión ¿dónde residen las principales diferencias entre los inicios y la actualidad del trasplante de hígado?

Principalmente, en algunos cambios en la técnica quirúrgica y en un mejor ajuste de la inmunosupresión. Ha sido también importantísimo contar con fármacos útiles para tratar el virus B de la hepatitis y el citomegalovirus. De forma global, los postoperatorios eran entonces más complejos. Además, manteníamos una o dos sesiones decisorias todos los días en las que participaban todos los especialistas involucrados. No se tomaban decisiones individualmente. Esto minimizó los errores y consolidó el equipo. Esta forma de trabajo se simplificó cuando ya se adquirió una rutina en el funcionamiento de la atención médica de los trasplantados, derivada de la experiencia. La base del éxito fue la dedicación y la colaboración de los diferentes departamentos.

Resulta llamativo que actualmente el rechazo del órgano implantado ya no constituya la principal preocupación.

Es que el cambio conceptual más importante ha sido conseguir evitar ese miedo obsesivo por el rechazo que vivimos en los inicios de los trasplantes. Actualmente es un problema menos importante porque contamos con fármacos que lo evitan desde el principio. Otro aspecto diferencial respecto al comienzo del trasplante es que, debido a los inmunosupresores administrados para evitar el rechazo, a menudo ocurrían complicaciones por infecciones debidas a algunos virus, como el citomegalovirus, cuya virulencia se estimula con la inmunosupresión. Al principio no contábamos con ningún fármaco efectivo con el que combatirlo, medicamento que hoy sí tenemos. Antes, una infección por citomegalovirus era una cuestión muy grave que nos obligaba a suspender la inmunosupresión, con lo que nos arriesgábamos al rechazo del injerto. Actualmente, existe un antiviral que lo elimina, de forma que ya no se arriesga el órgano trasplantado.

<<VIENE DE LA PÁG.6
que se necesitaron trasfundir hasta once litros de sangre. Además, la actividad del equipo quirúrgico comenzó muchas horas antes del trasplante en sí, ya que en aquellos primeros años era bastante habitual que los cirujanos tuvieran que desplazarse hasta el hospital donde se encontraba el donante, cualquiera que fuera el punto geográfico, y proceder también a la extracción de los órganos y a su posterior traslado hasta la Clínica, recuerda el doctor Fernando Pardo, especialista en Cirugía General de la Clínica y director del Área de Cirugía Hepatobiliopancreática.

"Cuando empezamos a hacer trasplantes, no se hacían ni en el País Vasco, ni en Cantabria, ni en Asturias, ni en Galicia. Así que nos correspondía atender toda la zona norte", apunta el doctor Pardo.

De forma paulatina, la práctica de los trasplantes se fue extendiendo por los hospitales de las demás comunidades norteñas, de forma que los cirujanos de la Clínica se limitaron en mayor medida a la cirugía de implante del injerto. "Actualmente seguimos integrados en la zona norte pero prácticamente todos nuestros injertos provienen de los donantes de Navarra", indica el cirujano.

En estas dos décadas, los principales avances en trasplante hepático se han centrado en la técnica quirúrgica, en la experiencia de los equipos quirúrgicos y de hepatólogos, en el manejo de los tratamientos farmacológicos y en el seguimiento de los pacientes trasplantados.

AVANCES QUIRÚRGICOS

En este sentido, el doctor Pardo apunta que, en los inicios, la cirugía de trasplante era la más larga y compleja de todas, con una media de 8 a 10 horas de duración y con un elevado compromiso de la vida del paciente, ya que, entre otras cuestiones, durante la intervención se producían importantes hemorragias. "Poco a poco se fueron introduciendo mejoras técnicas que han conseguido que la cirugía sea más rápida y segura para el paciente", afirma el especialista. Actualmente, una cirugía de trasplante se sitúa en unas 4 ó 5 horas de quirófano, por debajo de muchas operaciones dirigidas al tratamiento de diferentes tipos de cáncer.

A juicio del especialista, entre las principales mejoras de la técnica quirúrgica figura la preservación de la vena cava, que antes era necesario seccionar. "Esta cuestión ha contribuido de modo fundamental a la estabilidad hemodinámica del paciente lo que repercute en un mejor control por parte de los anestesistas". La preservación de la cava evita los graves episodios de sangrado habituales en los inicios de esta cirugía. "Pero sobre todo, lo que ha incidido en una mejora más importante de estas intervenciones —subraya— es la mayor

UN HITO

El trasplante de donante vivo

En los últimos años, el aumento de las listas de espera para trasplante hepático, debido principalmente a la disminución de fallecidos en accidentes de tráfico, planteó en occidente la necesidad de los trasplantes de hígado de donante vivo. Sin embargo, según el doctor Pardo, los programas de trasplantes hepáticos entre vivos avanzan muy lentamente. Las razones de este estancamiento y de que en adultos sólo los practiquen tres hospitales españoles (en pacientes pediátricos se efectúa en más centros) residen "en que se trata de un trasplante muy exigente que requiere una dedicación importante del equipo sanitario que lo acomete, ya que la duración de las dos cirugías es muy prolongada. Además, supone una mayor responsabilidad, especialmente para el equipo de cirujanos, al tener que intervenir al donante, que es una persona sana". Sin embargo, el riesgo de mortalidad para el donante vivo se sitúa en el 0,3%, índice similar al de intervenciones por patologías banales.

A pesar del escaso número de trasplantes hepáticos de donante vivo, este especialista sostiene que existen indicios para esperar un aumento futuro, debido a la previsible ampliación de los pacientes para los que estará indicado el trasplante de hígado.

Según el doctor Herrero, para un trasplante hepático entre vivos debe existir la compatibilidad de los grupos sanguíneos, un buen estado de salud del donante, corroborado mediante exhaustivos exámenes médicos, además de algunos requisitos anatómicos. "En definitiva, para este tipo de trasplante, se busca un órgano en el que el riesgo para el donante sea lo más próximo a cero", puntualiza.

experiencia de todo el equipo, cirujanos, anestesistas y enfermería".

Los progresos médicos han repercutido también en un postoperatorio más leve. "Al principio, lo habitual después de una operación de trasplante hepático es que el paciente permaneciera, al menos, 3 ó 4 días en la UCI", advierte. Ahora, lo normal es que permanezca entre 24 y 48 horas. En similar proporción se ha reducido el ingreso total, pasando de un mes de permanencia hospitalaria a los 8 ó 10 días de media actuales.

NUEVOS FÁRMACOS Y DOSIS

Para el doctor Quiroga, las principales diferencias entre los inicios y la actualidad del trasplante hepático radican también en los cambios en la inmunosupresión. "Actualmente apenas se utiliza la ciclosporina, fundamental hace 20 años", recuerda. Como consecuencia de las mejoras quirúrgicas y de los avances en la inmunosupresión "los postoperatorios actuales son globalmente menos complejos", añade.

Una alta calidad asistencial y un estrecho seguimiento del paciente trasplantado, claves fundamentales de los elevados índices de supervivencia

La Clínica es uno de los tres hospitales españoles que realizan trasplantes hepáticos de donante vivo en adultos

El seguimiento individualizado contribuye a una mejor calidad de vida, ya que posibilita una dosificación mejor las medicaciones

Además, entre los progresos que contribuyen a una mejor calidad de vida del paciente trasplantado figuran los ya mencionados nuevos fármacos, pero también los cambios en la dosificación, destaca el doctor Herrero. "En este campo ha habido una evolución, no sólo tenemos mejores fármacos, sino que sabemos utilizarlos mejor", explica. El manejo de estos pacientes ha progresado en estas dos décadas en conseguir evitar de forma eficaz el rechazo con dosis menores de inmunosupresores, administradas individualizadamente y controladas mediante revisiones periódicas. Al mismo tiempo, el seguimiento individualizado de cada paciente también contribuye a una mejor calidad de vida, ya que posibilita una dosificación más favorable de las medicaciones y un control más estrecho de posibles nuevas enfermedades.

El trasplante hepático de donante vivo se realiza utilizando dos quirófanos de forma simultánea.

"No te llegas a creer cómo en tan poco tiempo puedes hacer una vida normal"

A **Conchi Soto**, actual presidenta de la Asociación Navarra de Trasplantados y EnfermosHepáticos , hace nueve años que un nuevo hígado le salvó la vida

Conchi Soto preside Atehna, asociación creada hace 2 años para apoyar a trasplantados y enfermos hepáticos, que cuenta con 52 socios.

CUN ■ Permaneció diez largos meses en lista de espera. Después de dos intentonas previas, a la tercera llamada fue la vencida. Los dos hígados anteriores no cumplían las condiciones necesarias. Pero, por fin, el 3 de diciembre de 2000 llegó el órgano adecuado. Conchi Soto Eguíluz, actual presidenta de la Asociación de Trasplantados y Enfermos Hepáticos de Navarra (Atehna) puede considerar que volvió a nacer hace 9 años, tras la operación en la que le implantaron un nuevo hígado.

Su historia comenzó a los 25 años, cuando enfermó de hepatitis B, infección de la que consiguió reponerse. Trece años más tarde, Conchi Soto recuerda que un día se levantó con el vientre muy hinchado, síntoma que se intensificó en el curso de una semana. El médico de cabecera le diagnosticó entonces la enfermedad hepática. Tras la hepatitis B, el virus causante se quedó de forma crónica y latente en su organismo, de forma que, "con los años, la enfermedad evolucionó en una cirrosis víríca, algo que puede o no ocurrir, pero que a mí me pasó", recuerda. Los síntomas de la enfermedad se agudizaron. Ingresó en la UCI y, finalmente, fue derivada por el Servicio Navarro de Salud, a la Clínica. Le incluyeron entonces en lista de espera para trasplante hepático.

¿Cómo afrontó los diez meses en lista de espera?

Fue lo peor de todo el proceso. Fueron meses de verdadera angustia. Pasa el tiempo y empiezas a obsesionarte. Además, yo ya no podía llevar una vida normal. Me encontraba muy cansada. Mi vida transcurría de la cama al sofá y del sofá a la cama e ingresé unas veinte veces.

Hasta que recibió la llamada comunicándole que había llegado un hígado para usted ¿Cómo vivió ese momento?

Ya me habían llamado en dos ocasiones anteriores, pero en ninguna de ellas pudo ser porque el hígado no cumplía las condiciones. Así que la tercera vez me lo tomé con bastante escepticismo. Pensé que tampoco me iba a valer ese órgano. Me lo tomé con calma. Recogí la cocina, la ropa que tenía tendida y fui a la Clínica y quedé ingresada a la espera de comprobar si el hígado valía. El doctor Pardo había acudido a extraerlo fuera de Navarra.

"Y todo, gracias a que alguien ha donado sus órganos. Esto es algo muy grande"

¿Y cuando le dijeron que de verdad había un hígado sano para usted?

Para entonces ya me habían preparado para la posible operación. Entró una doctora y me dijo que el órgano era válido para mí. Fue entonces cuando empecé a vivir un montón de sensaciones: mucha alegría, a la vez que miedo. Fue un momento muy especial.

Superada la operación ¿cómo fue la recuperación posterior?

La recuperación es lenta. Estuve 20 días ingresada, aunque actualmente lo normal es permanecer cerca de una semana. A mí se me complicó un poco por un ligero rechazo inicial, por eso estuve más tiempo.

Y después, la incorporación paulatina a la vida normal.

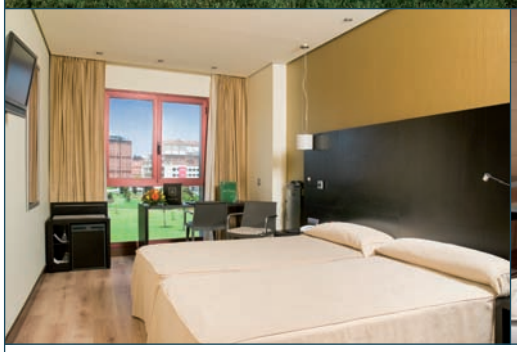
Al principio debía llevar a rajatabla las recomendaciones médicas como evitar los sitios cerrados, beber agua mineral, nada de marisco crudo y pocas precauciones más. Parece imposible, no te llegas a creer cómo en tan poco tiempo, puedes estar haciendo una vida normal. Y todo, gracias a que alguien ha donado sus órganos. Esto es algo muy grande.

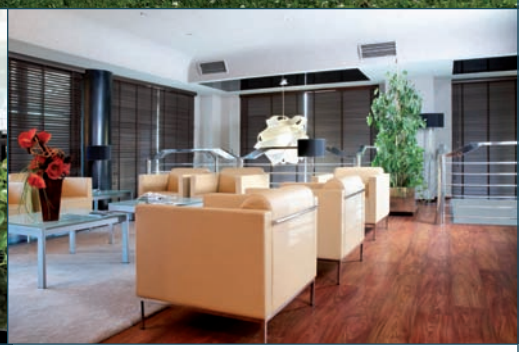
¿Qué recomendaría a las personas recién intervenidas?

-Que hagan una vida normal, que hay trasplantados que llegan a dedicarse incluso al deporte de competición. Es necesario mantenerse activo.

Atehna
atehna2010@gmail.com
móvil: 679705301

abba
hotels





HOTEL REINO DE NAVARRA
Calle Acella 1
31008 Pamplona/Iruña [Navarra]
T 948 177 575
www.abbareinodenavarrahotel.com

Hotel Reino de Navarra

Hotel acogedor, trato familiar, profesional y personalizado

Enclave privilegiado. Situado en un área privilegiada de Pamplona, cerca del centro histórico, en plena área de negocios y a 3 minutos andando de la **Clínica de la Universidad de Navarra**, goza de unas espectaculares vistas del Parque Yamaguchi, de diseño japonés. Reformado en 2008, el hotel cuenta con una decoración moderna.

Restaurante El Parque. En él podrá saborear una exquisita cocina vasco-navarra. Elija entre nuestra carta y un elaborado y variado menú diario.

Conexión WI-FI a Internet. Conéctese a cualquier hora desde su propia habitación sin cables gratuitamente.

Los principales avances en trasplante hepático residen en la experiencia de los equipos sanitarios, en el manejo de los medicamentos y en los nuevos fármacos.

Instrumentistas y enfermeras especializadas: Amaia Redín, Beatriz Casas, Miriam Fernández y Blanca Larrea.

Retos de futuro

EXTENDER EL TRASPLANTE DE DONANTE VIVO

El doctor Herrero subraya la importancia de consolidar el trasplante de hígado entre vivos. "Hasta la fecha, en la Clínica hemos efectuado 16 y es necesario que aumente su número, aunque depende de que las personas lo consideren una opción eficaz y de que le pierdan el miedo", insiste. El doctor Quiroga coincide en esta línea al advertir que la progresión del trasplante hepático está relacionada con el aumento del trasplante entre vivos. "El reto conceptual –señala- sería disponer de órganos para trasplantar a todos aquellos pacientes que lo necesiten. Mientras no se desarrollen técnicas que permitan rescatar órganos que actualmente no son utilizables, necesitamos expandir el trasplante de vivo".

AJUSTAR LAS INDICACIONES DE TRASPLANTE

Desde el punto de vista de las indicaciones del paciente que cumple criterios para ser trasplantado, el doctor Quiroga subraya que el objetivo reside en "ajustar al máximo las indicaciones para, de este modo, obtener el mayor rendimiento de los órganos que se trasplantan". Se trata de una cuestión que está en estudio, aunque, si bien es cierto, "cada vez queremos ampliar más estas indicaciones", afirma el internista.

IDENTIFICAR LA TOLERANCIA

A más largo plazo, el doctor Herrero plantea "conseguir identificar si existe tolerancia del organismo de los pacientes trasplantados al nuevo órgano", de forma que a los que la presenten se les podrá ir suspendiendo la medicación inmunosupresora sin riesgo de rechazo. "Hoy, sabemos que hay pacientes a los que se les puede suprimir esta medicación. Ya existen avances en este sentido. Calculamos que a uno de cada cuatro pacientes con bajo riesgo de rechazo conseguimos retirarle la inmunosupresión", indica. Para reducir las dosis, es necesario hacerles frecuentes revisiones. Además, existen grupos de investigadores que trabajan en la identificación de esos indicadores de tolerancia, aunque de momento se desconocen.

ELIMINAR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C

Según el doctor Herrero, es otra de las metas prioritarias en Hepatología. Hoy, la tasa de respuesta eficaz en la curación de la hepatitis por virus C se sitúa en torno al 30%, gracias a la actual medicación antiviral. De ahí que otro objetivo importante resida en conseguir mejores fármacos contra el virus C. Una cuestión que mantiene actualmente abiertas varias líneas de investigación, que dejan entrever un futuro prometedor.

Nuevo servicio Pamplona- Madrid 3 h 3 min

Llevarte de Pamplona a Madrid en tan sólo 3 h 3 min, en cuatro trenes diarios y con la máxima comodidad y accesibilidad para todos, es darte el mejor servicio en cada trayecto. En **Renfe** trabajamos para tener **la flota más moderna de Europa en el 2010**. Porque cuando ponemos en marcha un tren, viajar se convierte en algo más que viajar.

Nuevos tiempos
Nuevos trenes

renfe
Alvia

GOBIERNO DE ESPAÑA | MINISTERIO DE FOMENTO

www.renfe.com 902 24 02 02

AVANCES CLÍNICOS

La EPOC será la tercera causa de muerte en la próxima década

La Clínica inicia un Programa para la Atención Integral de la **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica** con participación multidisciplinar

De izquierda a derecha, el doctor José Luis Zagaceta, las enfermeras Elena de Miguel, Usua Montes, la doctora Ana Belén Alcaide, las enfermeras Cuca Montes y María Teresa Jiménez, y el doctor Juan Pablo De Torres.

CUN ■ La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) será una de las más prevalentes del mundo en los próximos años, según pronostica el doctor Juan Pablo de Torres, especialista del Departamento de Neumología de la Clínica. Avalado por recientes estudios epidemiológicos, el neumólogo destaca que "las enfermedades que en el futuro constituirán las principales causas de muerte serán el cáncer de pulmón, la EPOC y las enfermedades cardiovasculares". Con tal motivo, este centro hospitalario ha puesto en marcha un Programa para la Atención Integral de la EPOC con el objetivo de diagnosticar esta enfermedad de la forma más precoz posible "para administrar a los pacientes el tratamiento más adecuado, de forma que mejore su calidad de vida y se impida el avance de la enfermedad", argumenta el doctor de Torres, responsable de esta nueva área médica.

Actualmente, la EPOC constituye la cuarta causa de muerte en el mundo "aunque, posiblemente, para el año 2020 sea la tercera", afirma. Su incidencia ha aumentado especialmente en las mujeres, aunque se calcula que en España afecta a un 9% de la población.

En términos generales, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica abarca bajo su denominación patologías como el enfisema pulmonar y la bronquitis crónica en personas que hayan fumado activa o pasivamente. "La EPOC es una enfermedad caracterizada por una obstrucción de los bronquios no reversible que, en algunos casos, puede estar asociada a una destrucción del pulmón, propia del enfisema", describe el doctor De Torres. Además de la obstrucción bronquial, los pacientes con EPOC pueden presentar diversos síntomas como tos, flemas, pitidos y falta de aire, como principales manifestaciones.

OBJETIVOS: DIAGNÓSTICO PRECOZ. Además del diagnóstico precoz de los enfermos de EPOC, la constitución del Programa de Atención Integral se fundamenta en que la EPOC ya es un importante problema de salud mundial. El último estudio epidemiológico, realizado en 2008, revela que casi el 80% de los pacientes con EPOC no están diagnosticados ni tratados.

La espirometría, una de las principales técnicas diagnósticas de la EPOC.

Otro de los objetivos de esta nueva área es realizar una valoración completa de la enfermedad. El estudio comenzaría por un diagnóstico correcto, para continuar por una estimación del grado de extensión, una evaluación de la repercusión en otros órganos, así como de las consecuencias de los tratamientos pautados. Una vez obtenido el resultado sobre el alcance de la enfermedad, el equipo deberá realizar una propuesta terapéutica multidisciplinar. Por último, el objetivo consistirá en conseguir la deshabituación tabáquica del paciente en caso de que continúe fumando.

LA CIFRA

9%

La incidencia de la EPOC ha aumentado especialmente en las mujeres, aunque en total se calcula que en España afecta a un **9% de la población.**

PACIENTES CANDIDATOS. El principal procedimiento diagnóstico para determinar la existencia de EPOC es la ya mencionada espirometría, una prueba sencilla que, según aconseja el doctor De Torres, debería hacerse "todo paciente fumador, mayor de 40 años, que haya mantenido el hábito tabáquico durante cierto tiempo, sobre todo si presenta síntomas respiratorios". Otros pacientes candidatos a someterse a pruebas para descartar una EPOC son aquellos con historia de exposición a productos de degradación de la biomasa, como el humo de leña o el carbón, entre otros, así como aquellos que presenten riesgo laboral, como pueden ser los trabajadores de la hostelería o los expuestos a tóxicos inhalados.

LA ENFERMEDAD Y SUS SÍNTOMAS

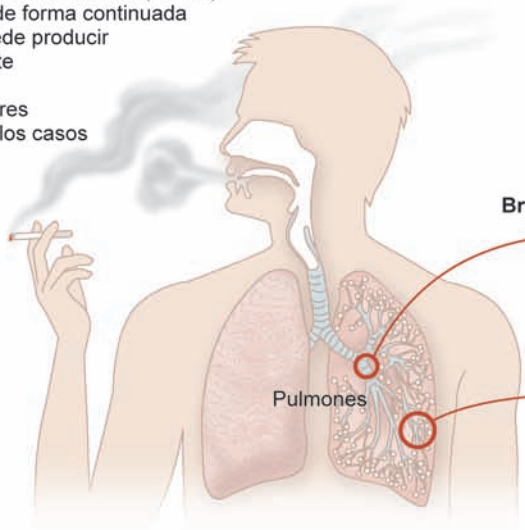
La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se produce por inhalar humo de forma continuada y en su grado más severo puede producir incapacidad o incluso la muerte

Fumadores
90% de los casos

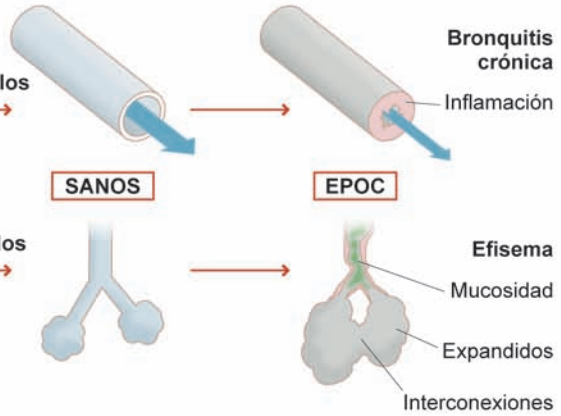
SEÑALES DE ALARMA

Al inicio no tiene síntomas. Luego van apareciendo:

- **TOS CRÓNICA**
  Durante más de tres meses al año
- **EXPECTORACIÓN**
  Normalmente mucoide
- **DISNEA**
  Dificultad al respirar.
  → Es progresiva, va empeorando:



La enfermedad hace que los pulmones tomen menos aire



Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Al hacer ejercicio intenso	Al andar deprisa o en pendiente	Al andar a ritmo normal	Descansa cada 100 metros	Al vestirse. Apenas sale

AVANCES CLÍNICOS

El uso de CO_2 en lugar de aire en las colonoscopias reduce las molestias

Las técnicas diagnósticas y terapéuticas más novedosas centraron el VII Curso Internacional de Endoscopia Digestiva organizado por la Clínica

De izquierda a derecha, los especialistas de Digestivo de la Clínica Universidad de Navarra, los doctores César Prieto, Mª Teresa Herraiz, Cristina Carretero, Miguel Muñoz, José Carlos Subtil y Mª Teresa Betés.

CUN ■ Las molestias debidas al aire insuflado en el intestino durante las colonoscopias, con el objetivo de poder explorar el colon, se reducen en gran medida al sustituir el gas atmosférico por anhídrido carbónico (CO_2). Especialistas del Departamento de Digestivo de la Clínica constituyen el primer equipo de expertos que ha comprobado en España, en una serie importante de pacientes, los beneficios de la utilización del CO_2 durante las colonoscopias. El anhídrido carbónico tiene la peculiaridad de difundirse fácilmente a través de la pared intestinal y eliminarse al respirar. De este modo se evita la acumulación de gas en las asas del tubo digestivo y la consiguiente dilatación del abdomen que algunos pacientes refieren como efectos adversos y dolorosos, derivados de la habitual uso de aire atmosférico en las exploraciones endoscópicas.

Sobre las ventajas del uso del CO_2 versó una de las ponencias presentadas durante el VII Curso Internacional de Endoscopia Digestiva Terapéutica, organizado por el Departamento de Digestivo de la Clínica y que se desarrolló recientemente en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Las sesiones contaron con la intervención de 60 ponentes procedentes de España, Estados

El doctor Muñoz, durante una colonoscopia, emplea CO_2 extraido de un equipo especial que alberga el gas en su interior.

Unidos, Brasil, Bélgica, Holanda, Alemania, Paraguay, Uruguay y Francia, entre otros países, además de la participación de más de 350 especialistas inscritos.

Cabe recordar, que el cáncer de colon es el segundo de mayor mortalidad en los países occidentales y que la colonoscopia constituye actualmente la mejor herramienta diagnóstica para prevenirlo.

BENEFICIOS DEL CO_2 EN DOS ESTUDIOS. Según explica el director de Digestivo de la Clínica, el doctor Miguel Angel Muñoz Navas, la expulsión del aire atmosférico introducido en el intestino para poder practicar la colonoscopia se realiza por los orificios naturales, circunstancia que genera molestias, dolor y dilatación abdominal de diferente grado, en numerosos pacientes. Sin embargo, el uso del CO_2 reduce y en muchos casos suprime los citados trastornos, ya que "la eliminación del anhídrido carbónico del organismo se realiza por el torrente sanguíneo, al que llega a través de las paredes del intestino, y se expulsa al exterior mediante la respiración", explica el especialista. De este modo, no se produce acumulación de gas ni, por tanto, aumento del perímetro abdominal por lo que los pacientes sometidos a la exploración refieren menos molestias.

Así lo han constatado los especialistas de Digestivo de la Clínica en un estudio realizado en dos pruebas distintas durante los últimos meses. El primero de ellos se practicó en una muestra de pacientes a quienes se realizó una colonoscopia completada con una ileoscopia (exploración del último tramo del intestino delgado) y el segundo, en otro grupo al que además de la colonoscopia e ileoscopia se le realizó también una gastroscopia. En ambas muestras hubo pacientes a quienes se les practicó la prueba con aire atmosférico y a otros con CO_2. Los resultados fueron concluyentes, destaca el doctor Muñoz. "En los pacientes en los que utilizamos anhídrido carbónico hemos constatado un menor aumento del perímetro abdominal, tanto al finalizar la prueba, como al darles de alta de la Unidad de Endoscopia. Además, los pacientes referían menos molestias", subraya.

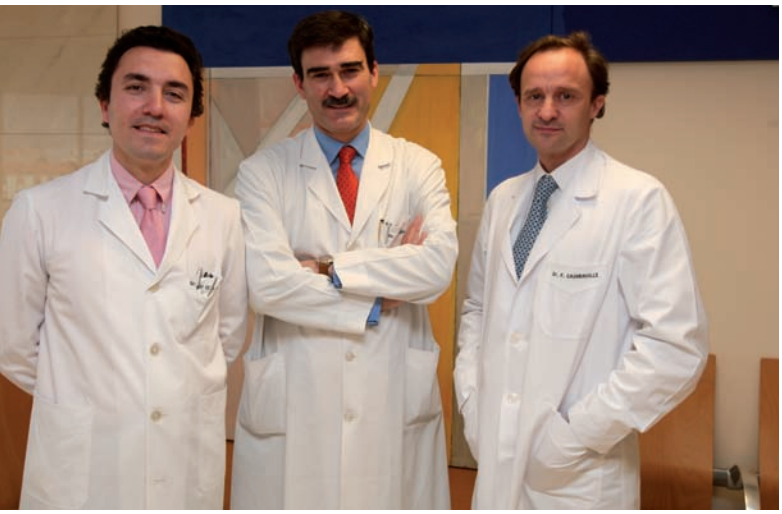
El doctor Muñoz asegura también que la eficacia diagnóstica es la misma con la utilización de uno u otro gas. En este sentido, señala, incluso, que en un estudio realizado en un grupo de pacientes al que se le practicó una enteroscopia o exploración del intestino delgado, la utilización de CO_2 permitió examinar 70 cm. más de intestino que en los casos en los que se empleó aire, "debido, probablemente, a que durante la exploración las molestias también son menores", advierte el facultativo.

Para la utilización de CO_2 en las endoscopias es necesario emplear un equipo específico que consta de una bomba para impulsar el anhídrido carbónico (almacenado en el interior de una bombona) por el interior del tubo digestivo. La utilización de este gas en las exploraciones endoscópicas se hace ya de manera habitual en la Clínica, aunque está especialmente indicada en los casos de pruebas que se prevean de larga duración.

AVANCES CLÍNICOS

Radiofrecuencia percutánea para tratar casos severos de exceso sudor sin cirugía

La Clínica ha desarrollado una nueva técnica eficaz para algunos pacientes con hiperhidrosis en manos y pies como alternativa al tratamiento quirúrgico



De izquierda a derecha, los doctores Carlos García Franco (Cirugía Torácica), Agustín España Alonso (Dermatología) y Juan Pérez Cajaraville (experto en radiofrecuencia percutánea y responsable de la Unidad del Dolor).

CUN ■ Un procedimiento indoloro, sin anestesia general, ni ingreso hospitalario, ha comenzado a aplicarse con éxito, como alternativa a la cirugía, para resolver casos severos de sudoración excesiva. Se trata de la radiofrecuencia percutánea, una técnica cuya utilización en pacientes con hiperhidrosis ha sido desarrollada por un equipo de especialistas de la Clínica. Este procedimiento es empleado habitualmente para tratamientos de dolor crónico neuropático, pero su aplicación en hiperhidrosis no se había desarrollado hasta la fecha. En la actualidad, la hipersudoración constituye un problema médico que afecta a cerca de un uno por ciento de la población general.

La principal función de la sudoración es la regulación de la temperatura del organismo. Sin embargo, en ocasiones, la cantidad de sudor en determinadas áreas anatómicas puede llegar a ser demasiado intensa y convertirse, para las personas afectadas, en un problema de salud importante. Es entonces cuando puede hablarse de hiperhidrosis, una afección cuya solución médica consiste en un tratamiento personalizado que, en muchas ocasio-

LA HIPERHIDROSIS

Hay pacientes que tienen un problema de sudoración excesiva en las manos ante situaciones de estrés

Sistema nervioso simpático
Forma parte del sistema nervioso autónomo y activa reflejos involuntarios como la frecuencia cardiaca, la dilatación de las pupilas o la sudoración. Parte del problema es su excesiva activación.

Nervios

Ganglios simpáticos
Para reducir el exceso de sudor se interrumpe su actividad

Médula espinal

T2
T3
L1
L2
L3
L4
L5

Círculo vicioso
El estrés generado al estar en público produce el problema, que crea más ansiedad

Estrés
Sudoración

El tratamiento también soluciona el exceso de sudoración en los pies

TRATAMIENTO CON RADIOFRECUENCIA

Exceso de sudoración	Ganglios diana	Eficacia
Manos	T2 y T3	50%
Pies	L1, L2, L3, L4 y L5	55%

Sistema nervioso simpático

1. Se introduce una aguja hueca de 1,6 mm de grosor
2. Un catéter emite radiofrecuencia
3. Se calienta a 80ºC durante 8 minutos
4. Inutiliza los ganglios, interrumpiendo la cadena simpática
5. El estímulo nervioso, que activaba la sudoración en exceso, no llega
6. Sudoración normal

Nervios
Médula espinal
Costillas
T2
T3
Vértebra T3
Vértebra T4

nes, "cambia la vida a las personas que lo padecen", asegura el doctor Agustín España, director del Departamento de Dermatología de la Clínica. La hiperhidrosis es un problema médico que requiere un abordaje multidisciplinar, motivo por el que este centro hospitalario cuenta con una Unidad de Hiperhidrosis, integrada por especialistas en Dermatología y Cirugía Torácica. Con el nuevo tratamiento mínimamente invasivo, se ha incorporado a la unidad un experto médico en la aplicación de radiofrecuencia percutánea y director de la Unidad del Dolor de la Clínica, el doctor Juan Pérez Cajaraville.

La hipersudoración constituye un problema médico que afecta a cerca de un uno por ciento de la población general.

CIRUGÍA PARA CASOS SEVEROS. Según indica el doctor Carlos García Franco, cirujano torácico del centro hospitalario y especialista de la Unidad de Hiperhidrosis, "debido a su elevada eficacia, el procedimiento de elección en los casos más severos de hiperhidrosis es el quirúrgico". No

PASA A LA PÁG. 20 >>

La intervención. El doctor Pérez Cajaraville durante la intervención de aplicación de ondas de radiofrecuencia percutánea con control radiológico.

<<VIENE DE LA PÁG.19

obstante, antes de acudir a la cirugía siempre se realiza un examen dermatológico "para descartar la posibilidad de un tratamiento tópico o mediante inyección de toxina botulínica", advierte el doctor España.

Para los pacientes en los que los tratamientos dermatológicos se muestran ineficaces está indicada la opción quirúrgica, intervención realizada en la Clínica por el doctor García Franco. "Ocurre que un porcentaje de los pacientes con sudoración severa no responden al tratamiento dermatológico, pero presentan contraindicaciones para la cirugía o temen pasar por el quirófano. Por este motivo, en la Clínica hemos desarrollado un tratamiento alternativo consistente en la aplicación de radiofrecuencia percutánea, con control radiológico, en la cadena simpático-torácica, encargada de transmitir los impulsos nerviosos desencadenantes del sudor", subraya el especialista.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y EFICACIA. Hasta la fecha, la eficacia obtenida con la radiofrecuencia percutánea en el tratamiento de la hiperhidrosis de manos y pies se sitúa entre el 50 y el 60%, cifra el doctor García Franco. No obstante, el procedimiento estrella para los casos más severos sigue siendo el quirúrgico que ofrece un nivel de satisfacción elevado en más del 80% de los pacientes operados. La cirugía para tratar la hiperhidrosis consiste en efectuar dos incisiones en cada lado del tórax, de 1,5 ó 2 cm, por donde se introduce una óptica que permite localizar la cadena simpática. Una vez localizada, el cirujano debe seccionarla a la altura del segundo y/o del tercer ganglio simpático. La intervención se practica en los dos lados del tórax y, en conjunto, suele prolongarse por espacio de una hora. El procedimiento quirúrgico se realiza con anestesia general y requiere un ingreso hospitalario de 24 horas. El paciente puede incorporarse a su vida normal, aproximadamente, una semana después de la intervención. En

LA CIFRA

1%

La hipersudoración constituye un problema médico que afecta a cerca de un uno por ciento de la **población general**.

ciertos casos pueden manifestarse determinados efectos secundarios tras la operación, como dolor postquirúrgico en la zona intervenida y, en algunas ocasiones, un fenómeno de sudoración compensatoria "por el que la hipersudoración se traslada a otras áreas del cuerpo en las que, normalmente, el trastorno resulta menos limitante", advierte el cirujano. Además del elevado nivel de satisfacción expresado por más de un 80% de los pacientes intervenidos mediante cirugía, en el caso de la hipersudoración palmar (en las manos), "la eficacia es prácticamente del cien por cien de las personas operadas", destaca el especialista.

EL PROCEDIMIENTO

Interrupción de la cadena simpática sin cirugía

El nuevo procedimiento tiene como objetivo interrumpir los impulsos nerviosos en determinados niveles de la cadena simpática, mediante la utilización de ondas de radiofrecuencia. El responsable del desarrollo de la nueva aplicación de esta técnica, el doctor Pérez Cajaraville, describe el tratamiento como "un procedimiento consistente en realizar punciones en diferentes puntos de la espalda, mediante una aguja conectada a un equipo emisor de ondas de alta frecuencia. La temperatura elevada consigue interrumpir la conducción del impulso nervioso generador del exceso de sudor, lo que contribuye a aliviar la sintomatología del paciente".

La radiofrecuencia percutánea se realiza mediante control radiológico, bien en quirófano ambulatorio o bien guiado por TAC. Las pruebas radiológicas son efectuadas por el doctor Dámaso Aquerreta, responsable del Área de Músculo-Esquelético del Departamento de Radiología, y tienen el objetivo de situar la zona concreta de tratamiento, ubicada entre las vértebras T2 y T4 para el sudor en manos, y entre la L1 y la L5 para el de los pies. "La administración local de temperatura elevada durante un corto periodo de tiempo consigue la destrucción del tejido nervioso, y por tanto, suprime la transmisión del impulso", detalla el doctor Pérez Cajaraville. El tratamiento tiene una duración aproximada de una hora, es ambulatorio y sólo requiere leve sedación y anestesia local.

La Clínica, el hospital con mejor reputación asistencial de España

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

CUN ■ La Clínica Universidad de Navarra es el hospital con mejor reputación en el sector de la asistencia sanitaria, según el ranking elaborado por el Monitor Empresarial de Reputación Corporativa (MERCO) para el año 2010.

La Clínica ha ascendido del quinto lugar que ocupó en 2009 al tercer puesto en esta última medición, y se convierte así en el primer hospital español que aparece entre los tres primeros puestos del ranking 2010 de mejor reputación en el ámbito de la asistencia sanitaria realizado por MERCO. Las aseguradoras Sanitas y Adeslas son las empresas que ocupan el primer y segundo puesto, respectivamente.

El Monitor Empresarial de Reputación Corporativa es un instrumento de evaluación reputacional similar al que publica la revista Fortune en Estados Unidos. Desde 1999, Merco se ocupa de medir la reputación de las empresas que operan en España. Diez años después es uno de los monitores de referencia en el mundo gracias a su metodología, ya que es el único del mundo con tres evaluaciones y cuyos resultados son evaluados por una auditora (KPMG).

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

El índice MERCO es el único del mundo con 3 evaluaciones y cuyos resultados son examinados por una auditora.

CÓMO SE ELABORA EL MERCO

El proceso de elaboración de MERCO comienza con una encuesta a los principales directivos españoles de compañías que facturan anualmente más de 45 millones de euros. Las variables que se tienen en cuenta en este apartado son los resultados económico-financieros, la calidad del producto o servicio, la reputación interna, la ética y responsabilidad social corporativa, la dimensión global y presencia internacional y la innovación. Con los datos provenientes de esta fuente se realiza un ranking provisional que, por último, pasa a ser evaluado por una muestra de analistas financieros, dirigentes de ONG´s, representantes sindicales, asociaciones de consumidores, entre otros.

+

www.merco.info/es
www.analisiseinvestigacion.com/merco

El mejor amigo de tu espalda

Para un bienestar continuo

Lumbarwear protege y sujeta la zona lumbar, aliviando las molestias de la espalda.

Es una prenda de ropa interior que une en una sola pieza la banda elástica con un slip.

Proporciona una compresión suave pero firme sin causar atrofia muscular. Discreto, sin costuras, se adapta perfectamente al cuerpo.

Confeccionado con materias de última generación, incorpora hilo de plata X-Static ® que proporciona propiedades antimicrobianas y de conducción.

Posee unas características técnicas que le confieren una confortabilidad climática adecuada para su utilización en condiciones de frío o calor.

Óptimo para su uso diario: en casa, en el trabajo y también ideal para periodos post-operatorios.

Se puede lavar a máquina como cualquier prenda.

LYCRA X-static THE SILVER FIBER Algodón Supima

SLIP SEÑORA

SLIP APERTURA CABALLERO

LORCA MEDICINA Y ORTOPEDIA

Acella 2,
31008 Pamplona
T 948 22 65 00

LUMBARWEAR® wellness

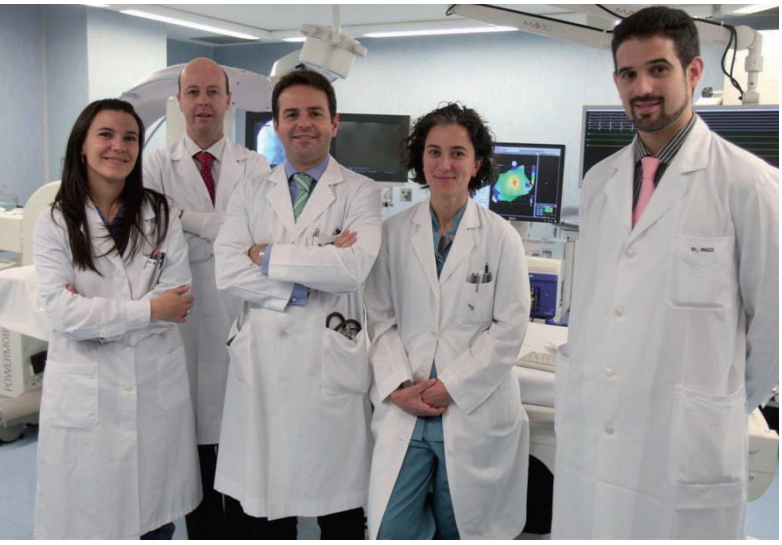
En nuestra tienda online encontrará el modelo que mejor se adapte a usted
www.lumbarwear.com

0112-2010 CÓDIGO PROMOCIÓN ESPECIAL

INVESTIGACIÓN

Regenerar corazones infartados con células madre adultas, más eficaz si se inyectan en varias ocasiones

Un estudio experimental en fase animal, de un equipo de la Clínica y del CIMA, ha sido publicado en la revista de la Sociedad Europea de Cardiología



De izquierda a derecha, los doctores Beatriz Pelacho, Felipe Prósper, Juan José Gavira, Gloria Abizanda y Manuel Mazo.

CUN ■ La regeneración de corazones infartados mediante la inyección de células madre adultas es más eficaz y se mantiene durante más tiempo si se administran en repetidas ocasiones. Así lo ha constatado un equipo de investigadores de la Clínica Universidad de Navarra y del Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) de la Universidad de Navarra que ha desarrollado y concluido la fase experimental del estudio en animales. Los resultados del trabajo han sido publicados recientemente en la revista de la Sociedad Europea de Cardiología, *European Heart Journal*.

Hasta la fecha se habían efectuado otras investigaciones dirigidas también a observar la eficacia de la utilización de células madre procedentes del músculo esquelético del propio paciente (mioblastos), en la regeneración de corazones infartados. En dichos estudios se constataban beneficios iniciales en la recuperación de los tejidos. Sin embargo, en el actual trabajo, en fase de experimentación animal, se ha querido comprobar "si una única administración de células ma-

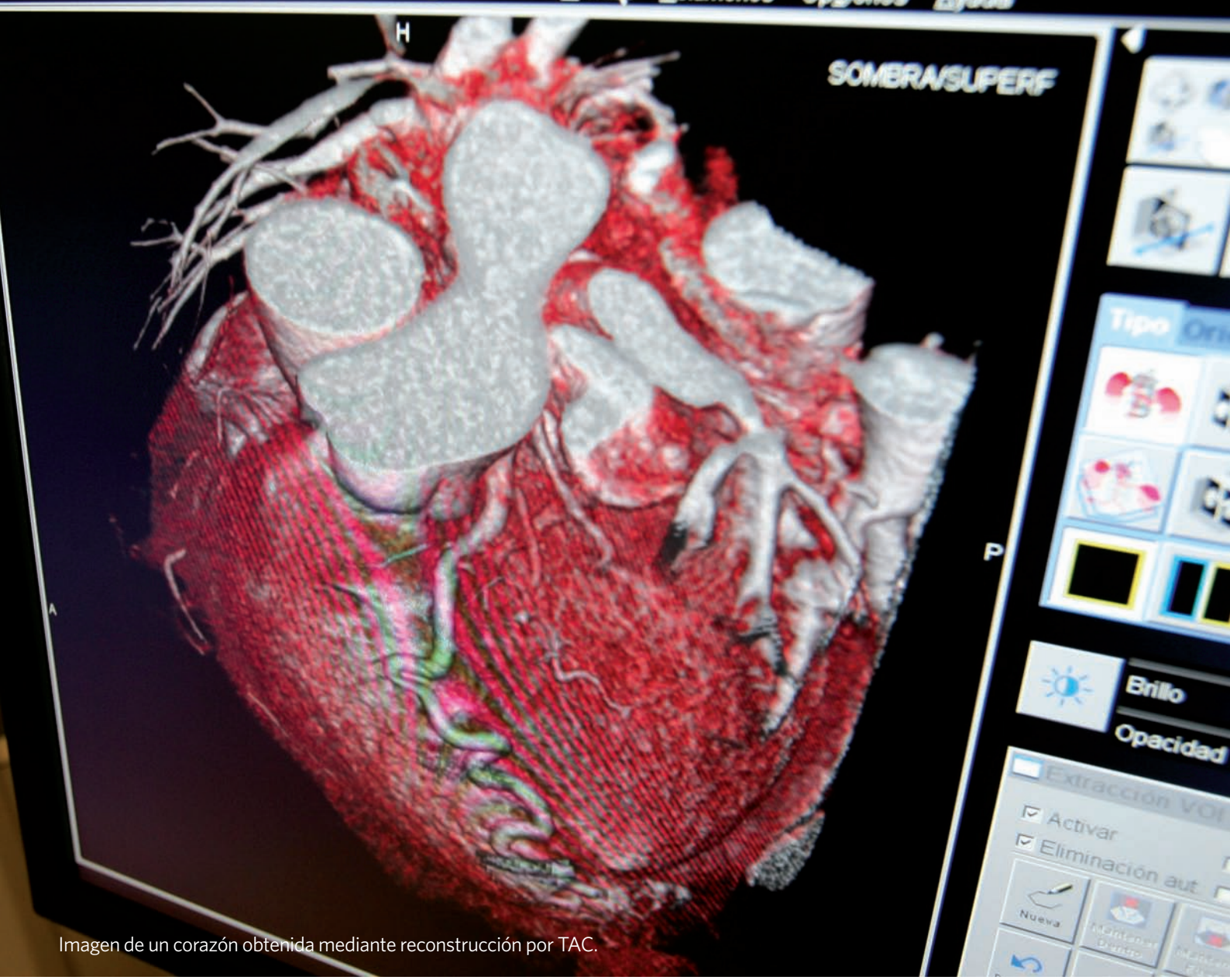


Imagen de un corazón obtenida mediante reconstrucción por TAC.

dre obtiene mejores, iguales o peores resultados que dos o tres inyecciones. Para ello, hemos realizado el estudio de forma secuencial, en el tiempo", advierte el doctor Juan José Gavira, investigador principal y especialista en Cardiología de la Clínica Universidad de Navarra. El equipo está liderado también por el doctor Felipe Prósper, director del Departamento de Terapia Celular e integrado por los doctores del mismo centro hospitalario, Emilio Nasarre, Alfonso Macías, Ignacio García Bolao y Diego Martínez-Caro, pertenecientes al Departamento de Cardiología y por los especialistas en Terapia Celular de la Clínica y del CIMA, los doctores Gloria Abizanda, Maitane Pérez-Ilzarbe, Manuel Mazo y Beatriz Pelacho. En la investigación han intervenido también los doctores Alba de Martino-Rodríguez y José García de Jalón, del Departamento de Patología Animal de la Facultad de Veterinaria de la Universidad de Zaragoza.

METODOLOGÍA DEL ENSAYO. El estudio se ha realizado en un modelo experimental de infarto en 4 grupos de cerdos, de tal forma que a los animales se les administraba 1, 2, 3 o ninguna dosis de mioblastos, separada cada administración por un intervalo de 6 semanas. Las inyecciones de mioblastos contenían entre 300 y 400 millones de este tipo de células madre. Para obtener células madre del músculo esquelético del animal, es necesario practicar una biopsia del músculo de la pata, de forma análoga a lo que se realiza en los pacientes que participan en el ensayo clínico actualmente en marcha.

BENEFICIOS CONSTATADOS. Entre las principales conclusiones obtenidas del estudio, "se ha observado que los beneficios eran mayores en aquellos animales que habían recibido tres dosis en lugar de una ó dos", destaca el doctor Gavira.

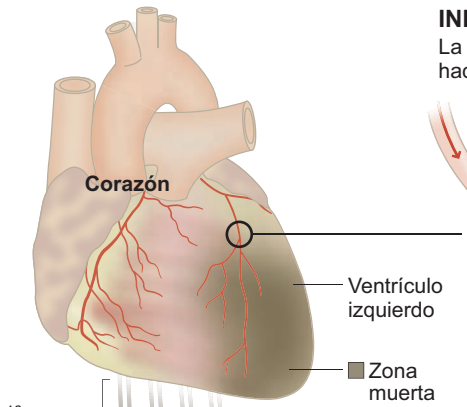
El equipo desarrolla actualmente un ensayo clínico similar en pacientes infartados cuya fase de reclutamiento todavía permanece abierta

Tras concluir el ensayo, el cardiólogo advierte que, tal y como se venía observando en otros trabajos, con la primera administración de células madre ya se constataba una mejoría inicial de la función cardiaca. "Sin embargo, - subraya el especialista- los parámetros de beneficio se perdían con el paso del tiempo. Con este ensayo hemos comprobado a nivel experimental que inyectando en varias ocasiones, el beneficio obtenido es mejor y se mantiene durante más tiempo que con una única inyección".

Entre las posibles causas de la mejora de la función ventricular, el doctor Prósper, di-

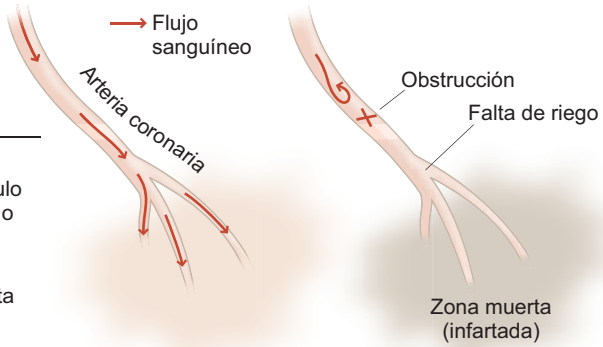
CÉLULAS MADRE PARA CORAZONES INFARTADOS

Médicos de la Clínica Universidad de Navarra demuestran, mediante un estudio realizado en cerdos, que la aplicación repetida de células madre en corazones infartados reporta beneficios mayores y más durareros en el órgano afectado.



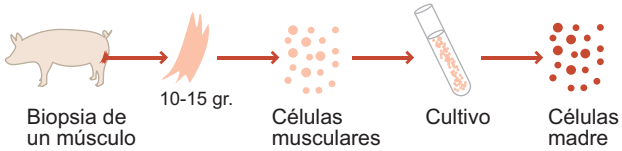
INFARTO DE CORAZÓN

La obstrucción de una arteria coronaria hace que una parte del corazón muera.



OBTENCIÓN DE CÉLULAS MADRE

Cada animal será tratado con sus propias células madre



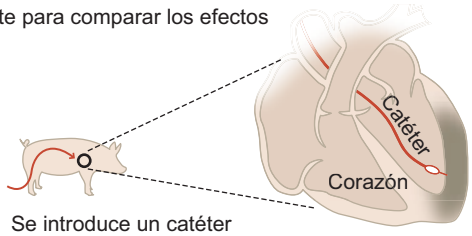
TRATAMIENTO

Inyecciones de células madre directamente en el ventrículo afectado.
A cada grupo se le aplica una cantidad diferente para comparar los efectos

Inyección de células madre: 10 mililitros, con 300.000-400.000 células

Inyección de suero(sin efecto)

Ecocardiogramas: miden la función del ventrículo



Se introduce un catéter por la arteria femoral

1ª semana tras el infarto

Cuatro grupos con 6 cerdos cada uno

Semana 6

A

1ª inyección

2ª inyección

3ª inyección

Semana 12

Semana 18

Grupo 1 (control). No se le han inyectado

Grupo 2. Se ha inyectado una sola dosis

Grupo 3. Se han inyectado dos

Grupo 4. Las tres inyecciones

La investigación ha constatado mayores beneficios y más duraderos en los grupos a los que se les había administrado más dosis de mioblastos.

rector de Área de Terapia Celular, apunta que los estudios anatomopatológicos posteriores constataron que las células madre de músculo esquelético no evolucionan a células cardiacas, sino a células de músculo liso contribuyendo a la formación de nuevos vasos sanguíneos. De ahí que uno de los fundamentos más probables de la mejora provocada por la inyección de células madre radique en el aumento de la revascularización de la zona infartada. "Vimos que en los grupos a los que se les inyectaron más dosis de células madre, aumentaba significativamente el porcentaje de vasos con respecto al grupo control o al que se le administró sólo una inyección. De este modo, el aumento de la vascularización se relacionó con la mejoría de la función del ventrículo izquierdo", advierte el cardiólogo.

Además, el equipo de investigadores observó que las inyecciones de mioblastos obtenían también un efecto beneficioso en la reducción de la fibrosis de la zona infartada. La fibrosis implica la metabolización de un exceso de colágeno que a su vez repercute en una menor capacidad contráctil del corazón.

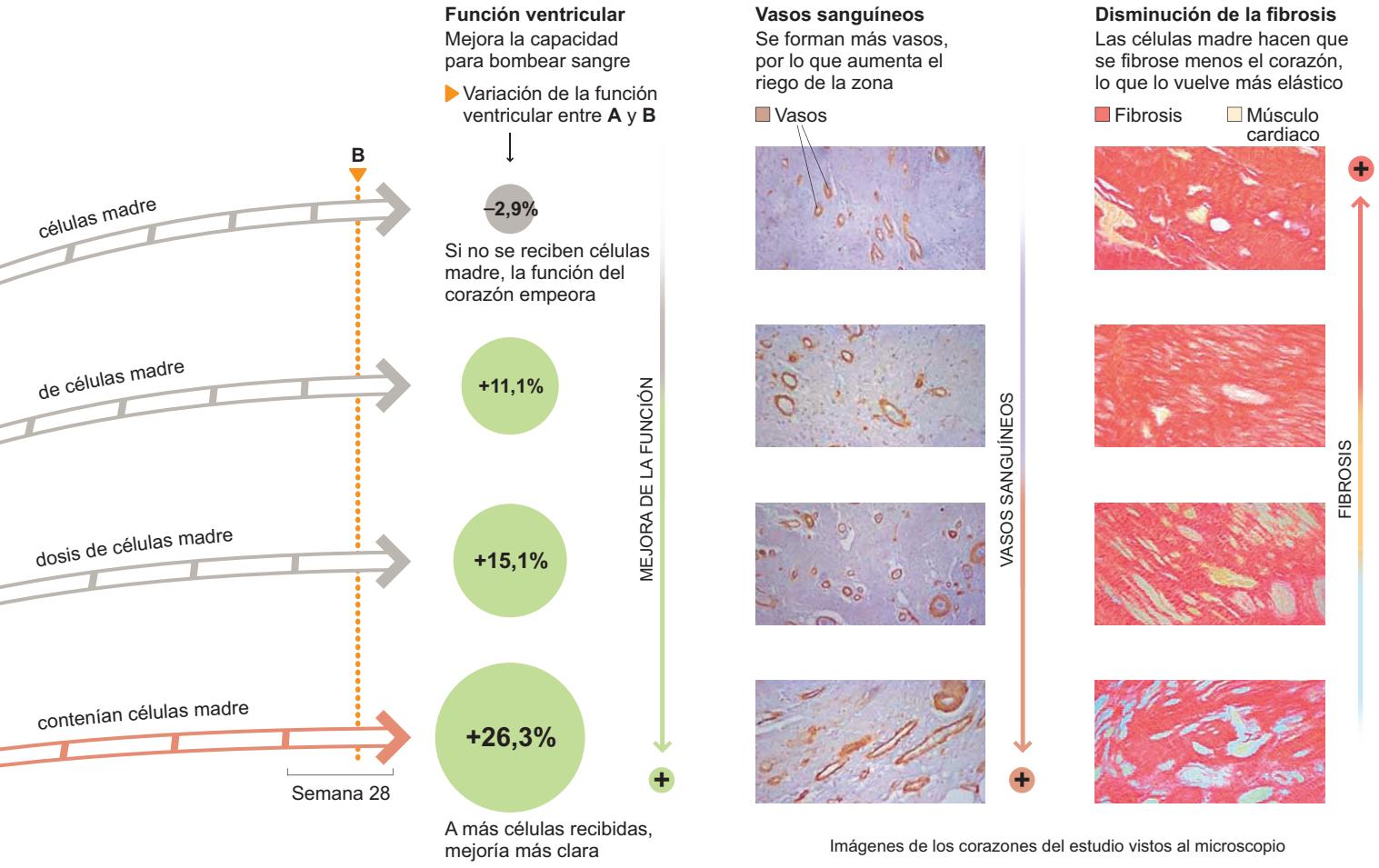
Referencia: Eur Heart J (2010) 31 (8): 1013-1021. doi: 10.1093/eurheartj/ehp342

ENSAYO CLÍNICO ACTUAL

De los resultados obtenidos del ensayo en fase animal se abre un prometedor campo de investigación en la regeneración de corazones infartados mediante la aplicación de terapias celulares. En esta línea, la Clínica Universidad de Navarra en colaboración con el Departamento de Cardiología del Hospital Gregorio Marañón de Madrid dirigido por el Profesor Fernández-Avilés, desarrolla en la actualidad un ensayo clínico en pacientes infartados consistente en la administración de una dosis de mioblastos, obtenidos del propio músculo esquelético de la pierna de cada individuo. El implante de las células madre se realiza de forma percutánea por cateterismo, y no mediante cirugía. Para ello, se utiliza un sistema de navegación no fluoroscópica (NOGA) que localiza la zona infartada donde se deberán administrar las células madre. Se trata de un ensayo que estudiará una muestra de 50 pacientes, de los que ya se han examinado más de 30, y cuya fase de reclutamiento continúa abierta.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La aplicación reiterada de células madre supone mejoras en la zona infartada



Imágenes de los corazones del estudio vistos al microscopio

AVANCES CLÍNICOS

La radioterapia guiada por TAC consigue el control local del 90% de los nódulos pulmonares

El tratamiento consiste en administrar dosis altas de radioterapia en pocas sesiones, gracias a una localización más precisa de la lesión

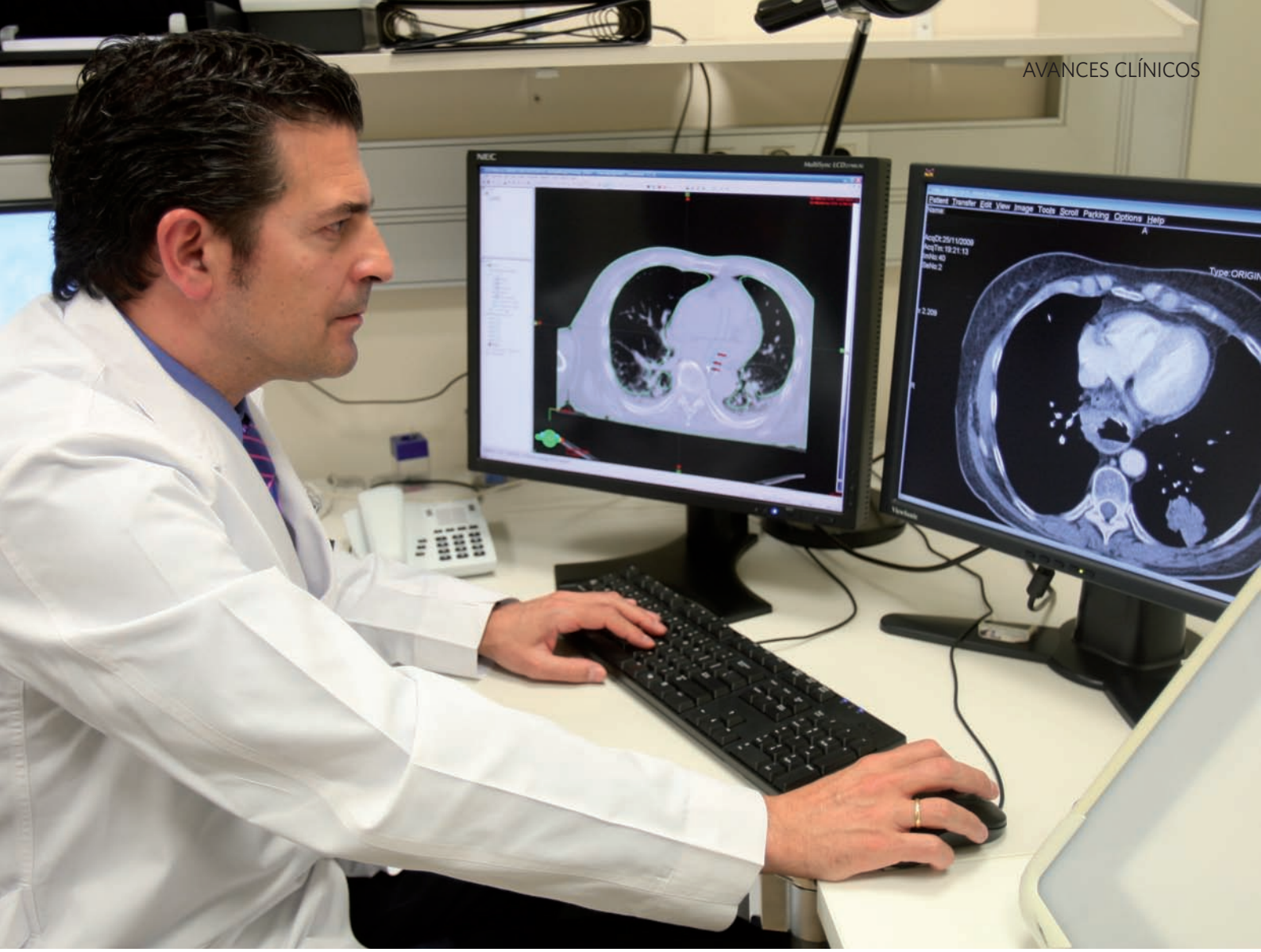
De izquierda derecha, Javier Aristu Mendióroz, Juan Antonio Díaz González, Isaac Ramos García, Juan Diego Azcona Armendáriz, Leire Arbea Moreno, Rafael Martínez Monge y Marta Moreno Jiménez.

CUN ■ El tratamiento de tumores y nódulos pulmonares mediante radioterapia hipofraccionada guiada por Cone Beam (imágenes de TAC tomadas en el acelerador lineal) permite controlar localmente la enfermedad en torno al 90% de los casos. La técnica, que se está realizando en la Clínica desde septiembre de 2009, se ha mostrado igualmente eficaz en alrededor del 80% de los tumores y nódulos hepáticos.

Este tratamiento se emplea para nódulos metastásicos o tumores irresecables de pulmón e hígado.

Tal como explica el doctor Javier Aristu, especialista de Oncología Radioterápica de la Clínica, "cuando tenemos que radiar una lesión en el cerebro podemos conseguir alta precisión porque es un órgano que no se mueve. Pero, a la hora de aplicar la radioterapia en un nódulo pulmonar o hepático, que se mueve con la respiración, necesitamos conocer el movimiento exacto del nódulo para radiarlo con la mayor precisión posible".

Con el fin de restringir el movimiento producido por la respiración, en la Clínica se emplea un sistema de compresión diafragmática del paciente. "En colaboración con el Servicio de Radiología, hacemos distintos TAC del paciente en inspiración y espiración, con y sin compren-



El doctor Aristu examina imágenes de nódulos pulmonares obtenidas mediante TAC.

sión diafragmática, para comprobar si ésta disminuye el movimiento del nódulo", señala el doctor Aristu.

Obtenidas, las imágenes se envían al planificador del procedimiento de radioterapia donde se fusionan las distintas imágenes de TAC y se decide la técnica de radiación más adecuada en cada caso. "Tras determinar el plan óptimo, es decir aquel que consigue una mejor adaptación de las dosis altas de radioterapia al nódulo pulmonar o hepático y que el resto de estructuras sanas reciban la mínima radiación, el paciente pasa a la sala de radioterapia. Mediante el Cone Beam, se toman nuevas imágenes, que se fusionan con las previas de planificación y se determina la posición del nódulo respecto a las de planificación. Antes de cada dosis, se comprueba si hay que modificar la posición del paciente para que la radiación se centre exactamente en la lesión que estamos tratando".

La técnica es también eficaz en el 80% de los tumores y nódulos hepáticos.

Esta técnica consiste en aplicar la radioterapia hipofraccionada. "Se trata de administrar dosis muy altas de irradiación en muy pocas sesiones, que vienen a ser entre tres y cinco, aplicadas en días alternos", concreta el especialista de la Clínica.

Así, añade, "al restringir tanto el área que se va a tratar con radiación, la radioterapia afecta a un volumen menor de tejidos sanos, la dosis total puede ser más alta y, por tanto, más eficaz".

UNO DE LOS POCOS CENTROS QUE APLICA ESTA TÉCNICA

La Clínica es uno de los pocos centros españoles que lleva a cabo la técnica de radioterapia hipofraccionada guiada por Cone Beam, procedimiento en el que tanto el doctor Javier Aristu como el radiofísico Diego Azcona Armendáriz se han formado en la Universidad de Iowa (Estados Unidos).

Tras seis meses de experiencia con este tratamiento, el doctor Aristu destaca que "en el caso de las lesiones de pulmón -tumores primarios en pacientes no operables y nódulos metastásicos únicos o de número reducido-, el control de la enfermedad en ese punto se sitúa por encima del 90%. Son muy buenos resultados porque la toxicidad generada con este procedimiento es baja". En cuanto a los efectos secundarios, añade, puede observarse neumonitis en la mayoría de pacientes, generalmente asintomática, dolor y fractura costal con menor frecuencia, e irritación de la piel.

En el caso de las lesiones hepáticas, "sobre todo metástasis de cáncer de colon que no sean accesibles mediante cirugía o pacientes inoperables por su estado general, la técnica resulta eficaz en el 80% de los casos", afirma.

HISTORIAS DE LA CLÍNICA

Antonio Santos "Por fin alguien asumía la responsabilidad de tratar a nuestra hija sin riesgo de que perdiera el pie"

Tras cuatro años de búsqueda, un especialista de la Clínica se ofreció a tratar la grave malformación arteriovenosa de la niña Mariana Escoval Santos

CUN ■ La solución llegó durante un congreso internacional sobre radiología intervencionista celebrado en Grecia. Fue cuatro años después de que la familia de la niña portuguesa Mariana Santos conociera el diagnóstico de la grave lesión que padecía su hija. En el curso del simposio griego, en 2008, un médico especialista de la Clínica, el doctor Antonio Martínez de la Cuesta, se comprometió a tratar y curar la difícil malformación arteriovenosa que ponía en riesgo la conservación del pie y de la pierna de Mariana y que, incluso, podía hacer peligrar la vida de la niña. Hasta ese mismo instante los mejores especialistas lusos no habían encontrado una posibilidad terapéutica a su problema.

Mariana Santos con el doctor Martínez de la Cuesta en 2009. En la imagen de la derecha, los padres y Mariana muestran su agradecimiento al personal de la Clínica que les atendió.

Pero hasta el congreso de Grecia los padres de Mariana, Antonio Manuel Santos y María Manuela Escoval, y los médicos portugueses que le atendieron habían protagonizado, durante cuatro años, una búsqueda incesante de soluciones para la grave lesión que presentaba. La percepción inicial del problema tuvo su origen a los tres años de la niña, cuando el padre de Mariana, advirtió una leve cojera en su hija. A partir de ese momento, comenzó todo un periplo por los mejores especialistas portugueses. En la actualidad los médicos de la Clínica que la tratan son los doctores Ignacio Bilbao, Pedro Redondo y Leyre Aguado.

La primera vez que escuchan que su hija padece una malformación arteriovenosa tras una resonancia magnética indicada por la doctora Ana Catela, ¿qué pensaron?

La traumatóloga Catela desde el principio creyó en mi preocupación y pidió una resonancia magnética, después de las numerosas pruebas que ya le habían hecho. Ahí se descubrió la malformación arteriovenosa. Nosotros no habíamos oído hablar nunca de esta enfermedad y lo primero que preguntamos es si tenía cura. Ella nos dijo que sí, pero que, dada la naturaleza de la lesión que presentaba, no podía hacer nada. Debíamos remitirla a un equipo experto de especialistas en cirugía vascular.

Y acudieron a uno de los mejores de Portugal.

Ella nos remitió al equipo del Hospital de Santa María de Lisboa, donde el equipo médico, que nos trató de forma maravillosa, nos confirmó el diagnóstico y nos citó para un examen más complejo, una angiografía. Tras cuatro horas de prueba y con una expresión de tristeza en su rostro, el doctor Germano do Carmo nos dijo que el caso de Mariana era muy grave, que podía correr el riesgo de tener que amputar el pie, ya que quirúrgicamente era imposible llegar hasta la lesión. El doctor nos sugirió como procedimiento más adecuado una embolización en quirófano.

El tratamiento se complicaba por momentos.

Tras 4 ó 5 horas de espera y con el corazón en un puño de sufrimiento, el doctor nos dijo que el equipo de radiología intervencionista de su hospital no había conseguido llegar hasta el lugar donde se situaba la malformación. Nos advirtieron que nos fuéramos preparando porque la situación de Mariana se iba a agravar y que si en un futuro próximo no conseguíamos un tratamiento efectivo, su vida podía peligrar. Le pedimos entonces al doctor Germano que nos ayudase a encontrar algún especialista preparado en cualquier parte del mundo.

¿Y consiguió localizarlo?

Pasados unos meses nos presentaron al equipo de radiología intervensionista del Hospital da Luz de Lisboa, experto en embolizaciones. Fue cuando conocimos al extraordinario doctor Luis Rosa. En su hospital volvieron a realizarle a Mariana una angiografía con la esperanza de poderle practicar una embolización. Pero después de unas cuatro horas, el doctor Rosa nos explicó que no habían podido realizarle el procedimiento.

¿Cuál fue entonces el consejo del especialista?

Nos dijo que sólo podría realizárselo un equipo con mucha experiencia en embolización, en un hospital de referencia y con un completo equipo multidisciplinar. Pero que en Portugal no existía un centro médico que reuniese esas particulares características. De inmediato nos prestó su colaboración para buscar por todo el mundo un equipo médico capaz de tratar a nuestra hija, porque él también era padre y deseaba para Mariana lo mismo que para sus hijos, los mejores médicos, en el mejor hospital.

La solución surgió en un congreso en Grecia, donde el equipo de médicos portugueses expusieron el caso de la lesión de Mariana.

Allí fue donde, ante la petición de ayuda, nuestro querido doctor Martínez de

PASA A LA PÁG. 30 >>

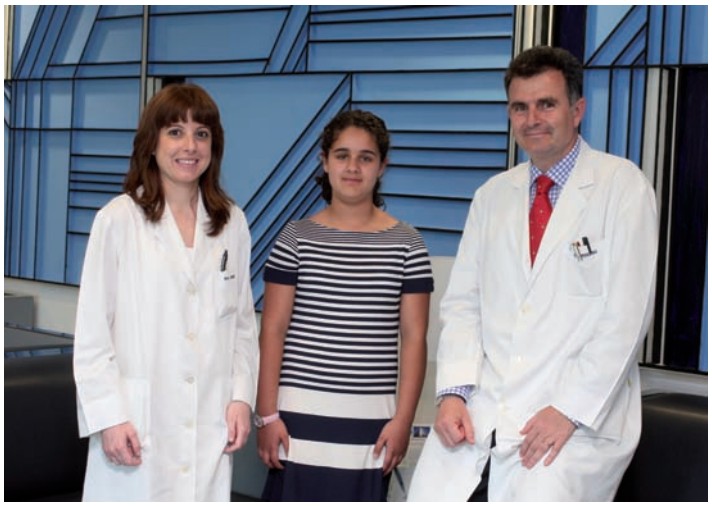
<<VIENE DE LA PÁG.29

la Cuesta dijo de inmediato que él la trataría. Cuando el doctor Luis Rosa regresó a Portugal nos telefoneó de inmediato para darnos las buenas noticias. Finalmente habíamos encontrado a alguien que asumía la responsabilidad de tratar a nuestra hija sin correr el riesgo de que perdiera el pie o parte de su pierna. Nos dio el contacto de la Clínica Universidad de Navarra, del doctor Martínez de la Cuesta, quien nos informó que esta especialidad estaba incluida en el equipo de Dermatología del doctor Pedro Redondo. Rápidamente nos dieron la primera consulta para el 4 de febrero de 2008. Pero teníamos que resolver un problema antes de partir para la Clínica. Necesitábamos una autorización de los servicios médicos portugueses. Para eso era necesario un informe del director del servicio de cirugía vascular del Hospital de Santa María, del doctor Diniz da Gama para entregar a la Asistencia Médica de los Servicios del Estado (ADSE), constatando que en Portugal no existían médicos o centros especializados en el tratamiento de una situación tan complicada y rara como la de Mariana y recomendando a la Clínica Universidad de Navarra. Así, nos fue concedida la autorización para salir del país y soporte financiero de la ADSE para el traslado y los costes del tratamiento en la Clínica.

Con todas las autorizaciones viajaron hasta la Clínica en Pamplona.

Cuando Mariana llegó a la Clínica estaba totalmente traumatizada. Tenía pánico y quería huir, tal era el miedo que sentía. Lloraba, gritaba y se resistía físicamente a entrar en el hospital. Nuestro querido amigo Santiago Tejero estuvo con nosotros desde el principio y con su amabilidad y cariño consiguió calmar a Mariana. Fue una persona muy importante, pues nos recibió y nos orientó para que todo transcurriera bien. Gracias a su presencia, a pesar de encontrarnos fuera de casa, no nos sentimos solos, era como si fuese alguien de la familia. Le estamos muy agradecidos.

Una vez en este centro médico, ¿qué técnica les propusieron que no se hacía en otros hospitales?



Los doctores Leyre Aguado y Pedro Redondo junto a Mariana.

"El doctor Rosa nos prestó su colaboración para buscar por todo el mundo un equipo médico capaz de tratar a nuestra hija".

"En este momento y después de toda la ayuda que hemos tenido, el futuro nos sonríe para Mariana".

"Nada hubiese sido posible sin el doctor Martínez de la Cuesta y su equipo. Sin ellos, Mariana ya no tendría su pierna".

Hablamos con el doctor Pedro Redondo y con el doctor Martínez de la Cuesta quienes nos explicaron los procedimientos que le iban a practicar. Primero, una nueva resonancia magnética con contraste para hacer una valoración más pormenorizada; acto seguido, le realizarían una arteriografía y si fuese posible una embolización con una sustancia que el doctor dijo que funcionaba como una especie de pegamento y que era un procedimiento muy complicado y difícil que deberían hacérselo varias veces debido a la extensión y localización de las lesiones. En Portugal nos dijeron que ya aplicaban esta técnica, pero que no contaban con la experiencia para tratar un caso tan complicado. Por eso nos recomendaron la Clínica Universidad de Navarra.

¿Cómo ha cambiado la vida de Mariana desde entonces?

Mariana ya se dio cuenta de que estaba siendo tratada y desde aquel momento comenzó a tomarse la vida con más optimismo y alegría. La imagen que ella tenía en su mente de que iba a perder su pierna y que iba a tener que usar una prótesis fue desapareciendo. Al darse cuenta de que iba a poder hacer las mismas cosas que otras niñas de su edad empezó a tener otra actitud, mejorando día a día. Su calidad de vida mejoró y también su comportamiento cambió a mejor. Con todo, la evolución positiva de esta situación, hizo que todos volviésemos a tener esperanza.

¿Ha sido duro para una niña de ocho años soportar el tratamiento?

El tratamiento fue difícil, pues Mariana ya estaba bastante traumatizada por todo lo que había pasado anteriormente con tantas pruebas y análisis. Temía a todo tipo de intervención. Fue colaborando a partir del momento en que el doctor Martínez de la Cuesta le consiguió mostrar los beneficios que obtendría con estos tratamientos. Hasta ahora, le han practicado tres embolizaciones en la Clínica que han hecho que vaya mejorando.

¿Debe repetir el tratamiento?

Este tipo de malformaciones debe ser constantemente examinada y de ahí nuestra vuelta con frecuencia a la Clínica, pues existen varios factores que pueden influir en la evolución provocados, tanto por el crecimiento de Mariana, como por la propia evolución de la malformación. No podremos olvidar nunca que nada hubiese sido posible sin el doctor Martínez de la Cuesta y su equipo de la Clínica. Sin ellos en este momento, Mariana ya no tendría su pierna.

¿Cómo afrontan ahora el futuro de su hija?

El futuro de Mariana sólo pertenece a Dios, pero nosotros, como padres, tenemos la certeza de que se ha hecho todo lo posible por reducir el sufrimiento que se preveía tan grande. En este momento y después de las ayudas que hemos tenido, el futuro nos sonríe para Mariana. Ella misma se siente confiada de que todo va a suceder bien y como cualquier otra niña tiene sus sueños y sus deseos, pues entiende que estamos todos a su alrededor, con cariño y dedicación, cambiando su futuro a mejor.

Desde 0,72 € al día, le ofrecemos un seguro de salud que le garantiza la asistencia exclusiva en la Clínica Universidad de Navarra.

Con ACUNSA, podrá acceder a este prestigioso Centro con la garantía de contar con los últimos avances médicos, los tratamientos más innovadores y con profesionales de prestigio internacional.

Garantizamos un servicio integral a nuestros asegurados con coberturas adicionales y exclusivas que no va a encontrar en otros seguros de salud.

Somos la única compañía que garantiza productos de salud adaptados a los servicios que la Clínica Universidad de Navarra ofrece para el tratamiento de las patologías de más difícil curación.

Ofrecemos pólizas de hospitalización con los precios más competitivos del mercado.

No lo dude, entre en nuestra página web www.acunsa.es e infórmese sin compromiso sobre nuestras coberturas y precios.

Además, encontrará ofertas muy interesantes y toda la información sobre las ventajas que ser asegurado de ACUNSA reporta.

Avda. Pío XII, 57 31008 Pamplona
Tfno. 948 194 600 Fax 948 177 658 info@acunsa.es

www.acunsa.es

Clínica Universidad de Navarra + ACUNSA Asistencia Clínica Universidad de Navarra

- precio + salud + tecnología + atención + investigación

CON NOMBRE PROPIO

La doctora **Gema Frühbeck**, especialista del Departamento de Endocrinología y Nutrición de la Clínica, participó en una mesa redonda desarrollada en el Parlamento Europeo con el fin de explicar el impacto decisivo del diagnóstico, tratamiento y, especialmente, de la prevención de la obesidad en nuestra sociedad.

Actualidad

CONVOCATORIAS

XVI Congreso de la Sociedad Española de Investigaciones Quirúrgicas
Fecha: 22-25 septiembre 2010
Lugar: Facultad de Medicina. Universidad de Navarra (Pamplona)
Organización: Departamento de Cirugía General y Digestiva
Información: 948 25 54 00 (ext. 4711)
lmunarriz@unav.es

VIII Curso de Avances en Cirugía Dermatológica y Melanoma
Fecha: 23-25 septiembre 2010
Lugar: Facultad de Medicina. Universidad de Navarra (Pamplona)
Organización: Departamento de Dermatología
Información: 948 25 54 00 (ext. 4311)
egaldeano@unav.es

Aula de innovación en tratamiento farmacológico

La Clínica y Jansen-Cilag se unen para facilitar información sobre medicamentos y estrategias terapéuticas

Jesús Honorato, director del Aula; José Andrés Gómez Cantero, director general de la Clínica, y Antonio Fernández, director de Desarrollo y Relaciones Institucionales de Janssen Cilag, firman el acuerdo.

CUN ■ La Clínica Universidad de Navarra y Janssen-Cilag han creado un "Aula de innovación en terapéutica farmacológica", destinada al análisis, valoración y evolución de las novedades en este ámbito. Los objetivos de la iniciativa son facilitar a los profesionales una información objetiva sobre nuevos medicamentos y estrategias terapéuticas, fomentar la innovación y difundir los conocimientos para formar a profesionales y opinión pública.

El Aula responderá a la necesidad de establecer una estructura competente capaz de realizar valoraciones desde diferentes puntos de vista médicos. Con el nacimiento del Aula, los especialistas sanitarios podrán manejar con mayor eficiencia los recursos farmacológicos de los que disponen y dispondrán. Para el especialista del Departamento de Farmacología Clínica de la Clínica y director del Aula, el doctor Jesús Honorato, "a través de esta iniciativa, industria farmacéutica y universidad se unen en una colaboración que puede resultar muy fructífera, aportando una y otra sus respectivos puntos de vista". En este sentido, el consejero delegado y presidente de Janssen-Cilag en España, Martín Sellés, ha declarado: "Estamos especialmente satisfechos de colaborar con la Clínica Universidad de Navarra para apoyar una iniciativa innovadora, en línea con el espíritu de la compañía. Entendemos estas iniciativas como una manera de devolver a la sociedad parte de lo que recibimos de ella".

El doctor **Javier Salvador**, director del Departamento de Endocrinología y Nutrición de la Clínica, ha sido nombrado presidente electo de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), labor que desempeñará

por un periodo total de cuatro años. La SEEN es una sociedad científica compuesta por endocrinólogos, bioquímicos, biólogos y otros científicos que trabajan en el campo de la endocrinología, la nutrición y el metabolismo.

"Un niño también puede sufrir vértigo"

■ "Aunque el vértigo resulta más frecuente en personas adultas, un niño puede tener crisis vertiginosas, que están relacionadas en la mayoría de los casos con las migrañas vestibulares", asegura el doctor Manuel Manrique Rodríguez, especialista del Departamento de Otorrinolaringología de la Clínica y presidente del comité organizador del 10º Congreso Internacional de la Sociedad Europea de Otorrinolaringología Pediátrica que se celebra en Pamplona entre el 5 y el 8 de junio.

"Se calcula que alrededor de un 2% de las consultas de pacientes menores de 18 años están relacionadas con las crisis vertiginosas, que se presentan a partir de los 4 ó 5 años de edad", concreta el doctor Nicolás Pérez Fernández, director del Departamento de Otorrinolaringología de la Clínica y especialista en esta patología, quien presentó una comunicación en el Congreso sobre el vértigo en los niños.

En este sentido, el doctor Manrique añade que "cuando los niños se quejan, la mayoría de las veces no mienten. Si un niño presenta vértigo, es posible explorarle de forma objetiva y tratarle en la mayor parte de los casos".

Los implantes cocleares ocuparon cerca de una cuarta parte del programa del simposio y la Clínica presentó distintas comunicaciones sobre su colocación en los primeros meses de vida o la utilización de implantes cocleares bilaterales (en ambos oídos, procedimiento que permite a la persona implantada la localización del origen de los sonidos, mejorar la comprensión de la palabra hablada en ambiente de ruido y un desarrollo completo del sistema auditivo central). "Desde que en 1989 iniciamos el programa de implantes cocleares, en la Clínica se han realizado cerca de 500 a pacientes pediátricos", concluye el doctor Manrique.

El doctor Manuel Manrique.

LA CIFRA

2%

Alrededor de un 2% de las **consultas** de pacientes menores de 18 años están relacionadas con las crisis vertiginosas.

Más de **400 especialistas** asisten al Congreso Nacional de Cirugía Oral e Implantología

■ Más de 400 especialistas españoles asistieron el pasado mes de mayo en Pamplona al 13º Congreso Nacional de Cirugía Oral e Implantología de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial (SECOM). El comité organizador del simposio está presidido por el doctor Néstor Montesdeoca García, director del Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Clínica. El contenido del Congreso se centró en la utilización de las nuevas tecnologías de imagen en tres dimensiones y su aplicación tanto en el diagnóstico como en la colocación de implantes dentales guiada por ordenador, avances que se traducen en técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas y que permiten, entre otras ventajas, la colocación de dientes provisionales inmediatamente después de la cirugía. Al mismo tiempo se abordaron las alternativas de tratamiento para los pacientes que presentan déficit de hueso en los maxilares, así como los procedimientos de reconstrucción avanzada para poder rehabilitarlos con implantes dentales.

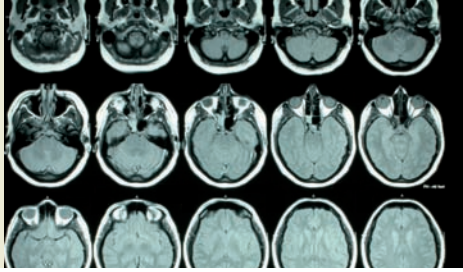
En el encuentro científico intervinieron una treintena de expertos nacionales e internacionales en cirugía de implantes dentales y regeneración de hueso en los maxilares, como los doctores Dennis Rohner y Robert Sader.

Urología recibe la acreditación del European Board of Urology

■ El Servicio de Urología de la Clínica ha recibido la acreditación EBU (European Board of Urology) por un periodo de cinco años. Este reconocimiento refuerza la excelencia de este Servicio de la Clínica tanto a nivel asistencial, como docente y de investigación. En España sólo tienen el certificado los servicios de Urología de tres centros hospitalarios.

ENLACES DEL TRIMESTRE

www.ceafa.es
Página de la confederación española de familiares enfermos de Alzheimer y otras demencias con información sobre las asociaciones por comunidades autónomas y últimas noticias



Libros &Webs

EL ENLACE DE LA CLÍNICA

www.cun.es/la-clinica/servicios-medicos/

DEPARTAMENTOS CON NUEVOS CONTENIDOS
La Clínica renueva de manera periódica los contenidos de sus departamentos médicos para recoger los últimos avances. En los últimos meses se han remodelado los siguientes servicios: Área de Tumores del Tubo Digestivo, Chequeos, Cirugía Oral y Maxilofacial, Cirugía Torácica, Nefrología, Neurocirugía, Neurología, Neumología y Patología Mamaria.

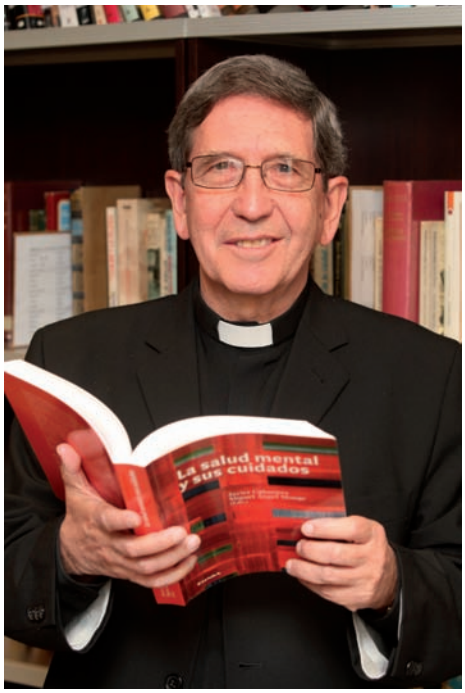
La salud mental y sus cuidados

El capellan Miguel Ángel Monge y el psiquiatra Javier Cabanyes, editan un libro en el que colaboran 44 especialistas

■ La enfermedad psíquica es, con frecuencia, algo desconcertante debido a las características de algunas de sus manifestaciones, lo complejo y poco objetivo de sus causas, la ignorancia de lo que conlleva y el desconocimiento de cómo actuar ante ella. Por esta razón se han generado una serie de estigmas y connotaciones que condicionan su comprensión y la de quien la sufre. Miguel Ángel Monge, capellán de la Clínica, y el doctor Javier Cabanyes, psiquiatra en la Clínica de Madrid, han editado un libro que aborda estas patologías con la colaboración de 44 especialistas. La publicación consta de dos apartados. En el primero se hacen numerosas sobre consideraciones antropológicas y el segundo trata sobre temas de tipo clínico.

El objetivo principal de 'La salud mental y sus cuidados' es hacer más asequibles los conocimientos actuales sobre la enfermedad psíquica y reducir así sus estigmas sociales. Un conocimiento mayor de estos trastornos facilitará una intervención más eficaz, un apoyo más adecuado y una convivencia más armónica.

El segundo objetivo de este libro es ayudar al desarrollo de una vida psíquica equilibrada que contribuya a promover la salud en este campo, logre prevenir algunos problemas y permita la detección temprana de otros. Partiendo del conocimiento de la naturaleza humana y de las aportaciones de la psicología de raíz antropológica, esta publicación pretende aportar algunas orientaciones generales y pautas específicas que podrían facilitar la salud psíquica.



Miguel Ángel Monge, capellán de la Clínica.

La necesidad de tener criterios de actuación ante la enfermedad mental que no olviden la dimensión espiritual de la persona es una exigencia de muchos entornos de formación y convivencia, como la familia o la escuela. Se procura dar orientaciones sobre cómo manejar la enfermedad psíquica respetando el enfoque cristiano de la propia existencia. No obstante, los dilemas que plantean la salud y la enfermedad psíquica son estudiados a partir de la naturaleza humana y contando con los conocimientos de la ciencia experimental, de manera que el enfoque cristiano se limita a resaltar la dignidad de la persona.

Este libro, publicado por la editorial Eunsa y editado por don Miguel Ángel Monge y Javier Cabanyes, cuenta con la colaboración de algunos psiquiatras de la Clínica.

www.aeal.net/
Página de la asociación española de los afectados por los linfomas con información práctica sobre estas patologías.

Página de la Clínica en Facebook
Con todas las noticias de la Clínica e información sobre cursos y congresos

Oncología

PESO PESADO

Autor: Mickael Herrera
Editorial: deauno.com
Número de Páginas: 106

■ Esta es la historia del largo y angustiante combate que Mickael Herrera, paciente de la Clínica, mantuvo en el imaginario ring de la vida con ese contendiente de la categoría más letal de todas las enfermedades: el cáncer. Es el testimonio de un joven que tuvo que enfrentarse a ese Peso Pesado y, agobiado por los padecimientos, en varias ocasiones se sintió tentado de tirar la toalla, como un boxeador que siente que ya no tiene fuerzas para pelear. Pero el mandato de la vida fue más fuerte y continuó haciéndole frente a la enfermedad de la que hoy está recuperándose satisfactoriamente. Ese joven apasionado por los caballos escribe y publica sus vivencias en este libro, para dar una esperanza a todos los seres humanos que, aquejados por el mismo mal, la necesitan.

El dinero recaudado por las ventas de los libros será donado a la Asociación Española de lucha contra el Cáncer.

Vida Sana

ALIMENTACIÓN, EJERCICIO FÍSICO Y SALUD

Autor: Diana Ansorena y J. Alfredo Martínez
Editorial: Eunsa
Número de Páginas: 304

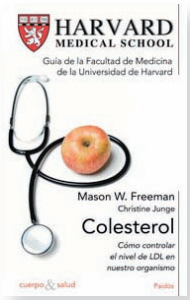
■ Existe evidencia científica que demuestra de forma concluyente que la actividad física regular proporciona beneficios sustanciales para la salud de las personas. Ahora sabemos que las personas que realizan habitualmente ejercicio físico tienen mejor condición física, menos grasa corporal, más masa muscular, una mayor densidad mineral ósea, y un menor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión, y cáncer. El ejercicio también puede ayudar a las personas a mejorar su estado psicológico, y en general su calidad de vida.

Psicología

SER FELICES SIN SER PERFECTOS

Autores: Javier Schlatter Navarro
Editorial: Eunsa
Número de Páginas: 144

■ Hay personas, como los anancásticos, que en vez de correr el riesgo de decidir libremente sobre su vida y ser felices en esa aventura, prefieren refugiarse en la tranquilidad -sucedáneo de la felicidad- prematura y esforzada de lo previsto y lo controlable, o se afanan en la inacabable perfección del deber cumplido. Es frecuente referirnos a estos hombres y mujeres como 'obsesivos', 'perfeccionistas', 'cuadriculados' o 'rígidos', resaltando así alguno de sus rasgos más característicos. Esta personalidad es una de las que generan más ansiedad y estrés. Resulta paradójico que una personalidad conformada para 'funcionar' con eficacia pueda llegar a resultar disfuncional en lo laboral y en las relaciones interpersonales. En estas páginas se describen estrategias útiles tanto para terapeutas como para personas anancásticas, que podrán así disfrutar de esa felicidad y libertad anheladas.



Nutrición

COLESTEROL

Autores: Mason W. Freeman
Christine Junge
Editorial: Paidos
Número de Páginas: 296

■ ¿Qué significa realmente cuando el médico nos dice que tenemos el colesterol demasiado alto y qué debemos hacer al respecto? Mason W. Freeman, director de la Unidad de Metabolismo de Lípidos en el Massachussets General Hospital expone de manera clara y sencilla todo lo que necesitamos saber sobre el colesterol: las diferencias entre colesterol 'bueno' y colesterol 'malo'; lo que los diferentes niveles de colesterol significan para la salud; cómo controlar l colesterol mediante la dieta y el ejercicio, y qué fármacos sirven para reducir el colesterol.

FIRMA INVITADA
XAVIER GIL

Gracias por haber sido tan valiente

QUERIDO/A AMIGO/A. Te escribo para darte las gracias por darme un trocito de tu hueso y por haber sido tan valiente. Gracias a ti y al doctor San Julián y al doctor Crespo y a todas las personas que me han cuidado, mi pierna crecerá bien, pero sobre todo gracias a ti porque hacía falta tu hueso para salvar mi pierna.

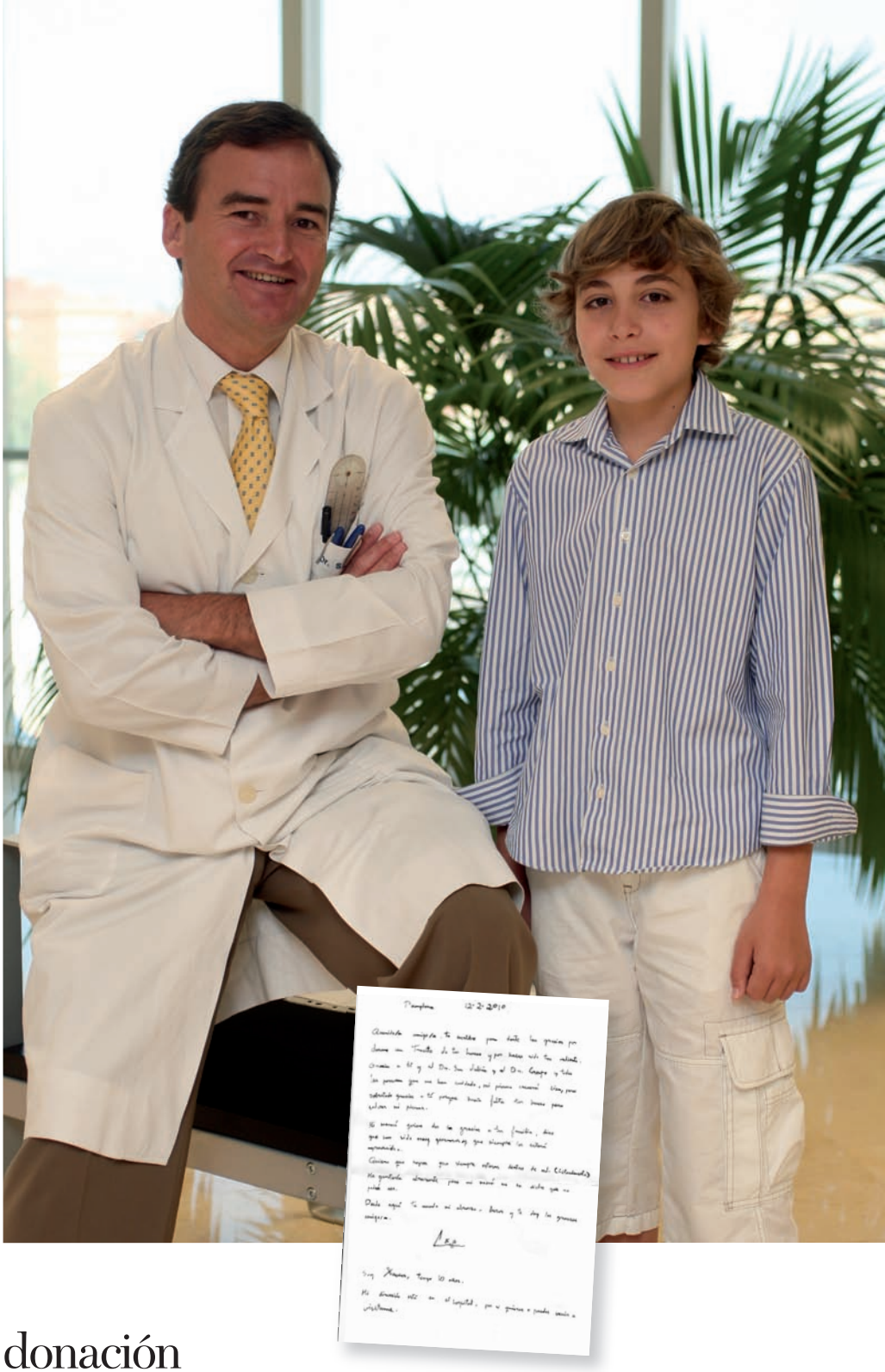
Mi mamá quiere dar las gracias a tu familia, dice que han sido muy generosos y que siempre les estará agradecida.

Quiero que sepas que siempre estarás dentro de mí (literalmente).

Me gustaría abrazarte pero mi mamá me ha dicho que no podrá ser.

Desde aquí te mando mi abrazo, besos y te doy las gracias amigo/a.

*Soy **Xavier** y tengo 10 años. Mi dirección está en el hospital, por si quieres o puedes venir a visitarme.*



La importancia de la donación

LOS TUMORES ÓSEOS son una patología poco frecuente, que afecta principalmente a niños y adolescentes. En el tratamiento quirúrgico de estas lesiones, es necesario en ocasiones contar con tejido óseo humano para poder reconstruir la extremidad una vez eliminado el tumor. Los bancos de huesos han supuesto una gran ayuda en el tratamiento conservador de la extremidad de estos pacientes. Desde principios de los años 80 contamos en la Clínica Universidad de Navarra con un excelente banco de huesos para el tratamiento quirúrgico de estos tumores. El profesor Cañadell, que fue pionero en esto como en tantas otras cosas, quiso disponer de este medio para poder ofrecer las mejores alternativas a cada paciente. La experiencia de la Clínica con esta patología y con este tipo de tratamientos es una de las mayores de Europa, a pesar de ser una patología muy poco frecuente, porque acuden pacientes con tumores óseos de todo el estado español, y de muchos otros países. Una de las razones por las que la Clínica tiene un merecido reconocimiento en este campo es la gran generosidad de los navarros a la hora de donar órganos o tejidos. Esto hace que podamos contar siempre con el mejor tejido para cada caso particular.

El protagonista de esta historia, Xavier, quiere agradecer a su donante el haber tenido esta generosidad. Le hubiera gustado hacerlo personalmente (preguntó "en qué habitación estaba ingresado"), pero al no ser posible (también por motivos de confidencialidad) lo hace por medio de estas líneas.

*El **doctor Mikel San Julián** es especialista del Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Clínica.*

CON EL DESCUENTO EN LOS TALONES

No habrá factura del hogar que pueda librarse de él.

NUEVA CUENTA NÓMINA

EL ESTIRÓN

Tus facturas mensuales se reducen.
Tu nómina parece que se estira.

6% de descuento

en los recibos del hogar el primer año, para nuevos clientes[1]. Benefíciate de una bonificación de **hasta 42 euros cada mes.**

Además, **sin comisiones** de administración y mantenimiento, con las tarjetas VISA y 4B MasterCard **gratis** y con un adelanto de la nómina de hasta 1.800 euros[2], **sin ningún gasto.**

[1] El resto de años te podrás beneficiar del 2% de descuento de los recibos del hogar (hasta 14 euros cada mes). Se consideran recibos del hogar; teléfono fijo, móvil, Internet, gas, luz y comunidad de propietarios.
[2] Sujeto a los análisis de riesgo de los clientes.

RBE: 186/10

BANCO POPULAR

www
grupobancopopular.es

móvil
grupobancopopular.mobi

teléf
902 301 000

Apartamentos y habitaciones junto a la Clínica Universidad de Navarra

- ***Apartamentos de lujo*** en la Avenida Pío XII.
  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 Universidad de Navarra)
T. 948 250 250
www.alojamientosenpamplona.com
info@gestiondealojamientos.com