noticias.cun
REVISTA DE LA CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA ABRIL - JUNIO 2011 NÚMERO 076

Nueva Unidad de Neurorrehabilitación para pacientes con daño cerebral. 4-8

Cirugía robótica. Intervenciones quirúrgicas menos agresivas y más precisas. 18-24

Fibrilación auricular paroxística. Un nuevo equipo reduce el tiempo de intervención. 14-15

HOSTAL ABODI

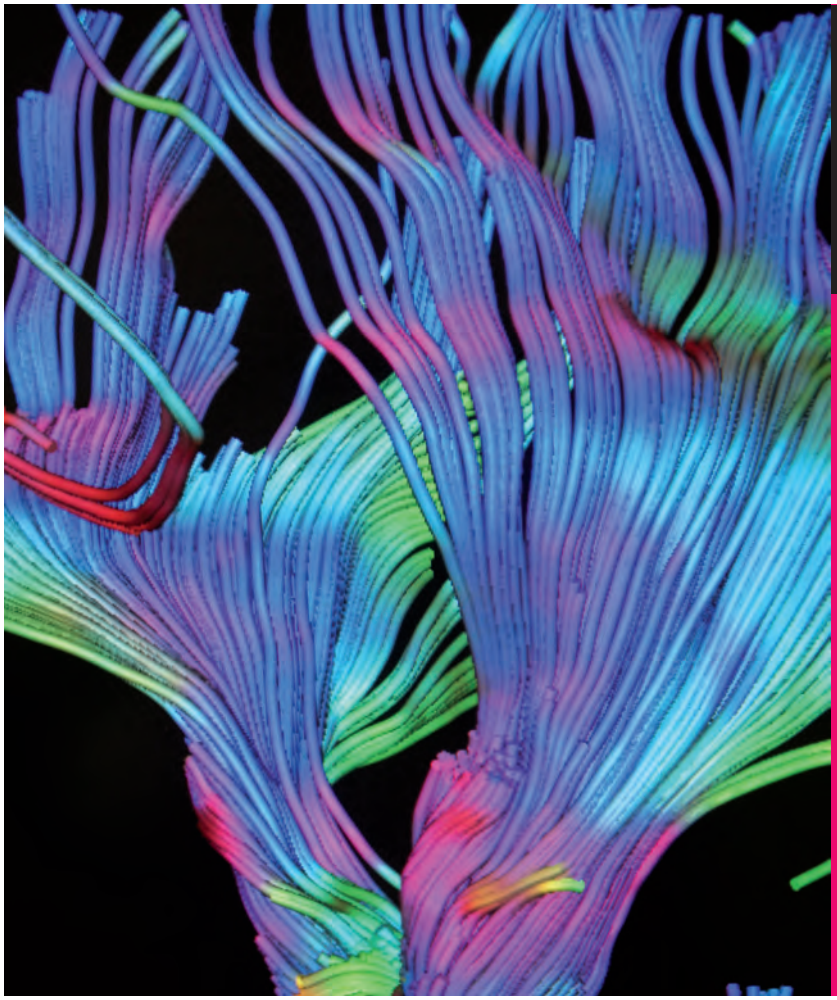
SU CASA JUNTO A LA CLÍNICA

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



EN PORTADA

Unidad de Neurorrehabilitación. Tractografía craneal por resonancia para evaluar el estado de los haces nerviosos. **4-8**

076
Abr-Jun 2011

***Resurfacing* facial.** La Clínica ha adquirido un nuevo equipo láser de CO_2 fraccionado. **10-13**
Fibrilación auricular. Reducción del tiempo de intervención gracias a un nuevo dispositivo. **14-15**
Tumores hepáticos . Las microesferas, igual de eficaces en pacientes mayores. **16-17**
Cirugía robótica. El sistema Da Vinci consigue más precisión y menos agresión. 18-24
Videochats. Los médicos de la Clínica responden en directo. **26-27**
www.cun.es ocupa el primer puesto en el ránking de las webs de salud. **28**
Cáncer de recto. La ecoendoscopia puede determinar una cirugía menos radical. **30-31**
Historias de la Clínica. Antonio Marcilla, conectado a una máquina hasta que le trasplantaron el corazón. **32-34**
Actualidad. Las noticias de la Clínica. **36-37**
Libros y webs. Recomendaciones para estar bien informado en salud. **38-39**

EDITORIAL

La Joint Commission International nos acredita por tercera vez

LA CLÍNICA ha obtenido por tercera vez la acreditación en calidad y seguridad otorgada por la Joint Comission International (JCI), división independiente de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organitations (JCAHO). En España, dicha institución trabaja en colaboración con la Fundación para la Acreditación y el Desarrollo Asistencial (FADA). Después de un trabajo de auditoría sobre más de 1.000 elementos de medición, llevado a cabo los días 14, 15 y 16 de marzo en la Clínica, la JCI emitió la certificación válida por un período de 3 años. Actualmente, en España sólo existen cinco centros hospitalarios más con esta acreditación. La reacreditación por parte de la JCI supone, en palabras de la doctora María de la Viesca, directora de Calidad de la Clínica, "un reconocimiento externo, independiente y altamente exigente, que confirma el nivel de calidad con el que trabajan los profesionales de nuestro centro hospitalario. Además, el contenido de la acreditación nos orienta en el cumplimiento de nuestras funciones, con unos estándares de calidad y seguridad clínica constantemente actualizados". Pero, sobre todo, la acreditación confirma el compromiso de la Clínica "de mejorar la calidad de asistencia del paciente, garantizar un entorno seguro y trabajar sistemáticamente en la reducción de riesgos para los pacientes y el personal".

Noticias de la Clínica Universidad de Navarra. Número 76. Segundo trimestre 2011. Director General: José Andrés Gómez Cantero. **Director Médico:** Dr. Nicolás García González. **Director de Comunicación:** Jesús Zorrilla (jzorrilla@unav.es). **Redacción:** Mónica Ruiz de la Cuesta (mrdelacuesta@unav.es) y Javier Irurtia. *Libros y webs:* 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:** 1139-8157.
CONTACTO. **Pamplona.** Avenida Pío XII 36, 31008 Pamplona. T 948 255 400. **Madrid:** Calle General López Pozas 10, 28036 Madrid. T 91 353 19 20.
Página web: www.cun.es **Correo electrónico:** atpacientecun@unav.es

AVANCES CLÍNICOS

Nace la Unidad de Neurorrehabilitación para pacientes con daño cerebral

Integrada por un equipo multidisciplinar de profesionales especializados, cuenta con instalaciones específicas para potenciar la recuperación funcional

CUN ■ La precocidad en someterse a tratamiento rehabilitador, la intensidad de la terapia y, por supuesto, la atención por parte de un equipo multidisciplinar, integrado por personal especializado, constituyen las claves para el éxito de un tratamiento neurorrehabilitador en pacientes con daño cerebral. Así lo explica el doctor Manuel Murie, neurólogo de la Clínica, especializado en neurorrehabilitación en el Parkwood Hospital de la Universidad de Western Ontario Canadá, y responsable de la Unidad de Neurorrehabilitación que ahora se pone en marcha.

Los pacientes a quienes va dirigido el tratamiento de este nuevo servicio médico son aquellos que hayan sufrido, un daño cerebral debido, principalmente, a ictus, a traumatismos craneoencefálicos o a tumores intervenidos. "Se trata de patologías en las que el daño cerebral ya está establecido y en las que lo esperable es que esa lesión no progrese", apunta el doctor Murie. El equipo que integra la nueva unidad está formado por médicos especializados en neurorrehabilitación del daño cerebral (neurólogo y rehabilitador), fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda, ortopeda, trabajadora social y personal de enfermería y auxiliar especializados. Además, cuando sea necesario, se requerirá la participación de otras disciplinas médicas como Psiquiatría y Psicología Médica, Neurocirugía, Neurofisiología, Neurorradiología u Otorrinolaringología.

"A día de hoy, el mayor grado de recuperación de los pacientes con daño cerebral —confirma el especialista— se consigue gracias a la neurorrehabilitación. Se trata de un conjunto de terapias cuyo mayor éxito se obtiene cuanto más precozmente se comiencen". La premura en el

PASA A LA PÁG. 6 >>

EN DATOS

■ **Zonas:** Despachos del neurólogo responsable, de la terapeuta ocupacional y del neuropsicólogo. En el servicio de Rehabilitación: salas de fisioterapia,gimnasio, camillas especiales, planos inclinados y una piscina para actividades de hidroterapia.

■ **Equipo médico:** Especialistas en neurorrehabilitación del daño cerebral (neurólogo y rehabilitador), fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda, ortopeda, trabajadora social y personal de enfermería y auxiliar especializados.

La terapeuta ocupacional trabaja con el paciente ejercicios de coordinación oculomanual y de destreza manual.

La fisioterapeuta dirige las actividades de hidroterapia en la rehabilitación de un paciente.

<<VIENE DE LA PÁG.4
inicio del tratamiento es importante debido a la mayor plasticidad cerebral, característica por la que las redes neuronales pueden comenzar a recuperar la función perdida o disminuida gracias a las nuevas interconexiones entre neuronas.

PRIMERA VALORACIÓN. La atención a estos pacientes se inicia en la unidad con una primera consulta en la que se realizará una evaluación del paciente por parte de todos los profesionales que integran el equipo médico. "La valoración se prolongará durante 3 días, período de tiempo en el que deberá estimarse si el paciente es candidato o no a un tratamiento neurorrehabilitador y, en caso afirmativo, se programarán las características del procedimiento", indica el doctor Murie.

La Unidad tratará a pacientes con daño cerebral por ictus, traumatismos craneoencefálicos o tumores intervenidos.

El equipo está formado por médicos especializados en neurorrehabilitación, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

En caso de que cumpla los requisitos para ser tratado en la nueva unidad, se desarrollará un plan de tratamiento semanal individualizado atendiendo a las especificidades del paciente. La terapia diaria se prolongará por espacio de tres horas y constará de tratamientos individuales y grupales. Entre otras cuestiones, en la primera valoración se decidirá si el tratamiento se administra de forma ambulatoria o, en una primera fase, el paciente requiere ingreso hospitalario. Para esa primera semana, el equipo médico habrá fijado los objetivos de tratamiento. "Transcurrido este tiempo, mantendremos otra reunión en la que se comprobará el grado de cumplimiento de dichos objetivos", explica el especialista.

TERAPEUTA OCUPACIONAL. Según indica la doctora Milagros Casado, directora del Servicio de Rehabilitación de la Clínica, dentro del tratamiento de neurorrehabilitación de un paciente ocupa un lugar fundamental la rehabilitación motora, procedimiento que realizarán las fisioterapeutas integradas en la unidad.

La terapia ocupacional, por su parte, se dirige a conseguir la mejor adaptación posible del paciente en el desempeño de sus actividades cotidianas y/o de la vida diaria. "La terapeuta ocupacional es quien se va a encargar de adiestrar al paciente para mejorar y optimizar la actividad remanente y conseguir con ella que pueda adaptarse lo mejor posible para desempeñar las actividades cotidianas, a pesar del déficit que presente", explica la doctora Casado. Para conseguirlo, la terapeuta ocupacional deberá crear "estrategias de compensación para que el paciente pueda desarrollar actividades cotidianas, básicas e instrumentales". La labor del esta profesional y del equipo responsable de la terapia reside también en asesorar a los familiares del paciente sobre cómo ayudarle a incorporarse a dichas actividades.

PASA A LA PÁG. 8 >>

1 **Rehabilitación.** Una fisioterapeuta asiste a un paciente en la realización de ejercicios en un plano inclinado.
2 **Equipo.** De izquierda a derecha, las doctoras Isabel Lamet (Neurología) y Milagros Casado (directora de Rehabilitación), Amada Pérez (trabajadora social), los doctores Eduardo Martínez Vila (director de Neurología) y Manuel Murie (responsable de Neurorrehabilitación), la doctora Francisca Lahortiga (Psicología Médica), Sandra Iturralde (Terapia ocupacional y fisioterapia), el doctor Pablo Domínguez (Radiología) y la secretaria Amaya Colomo.
3 **Diferentes terapias.** La fisioterapeuta trabaja con balones la reeducación del equilibrio.

3

LAS CLAVES DEL ÉXITO

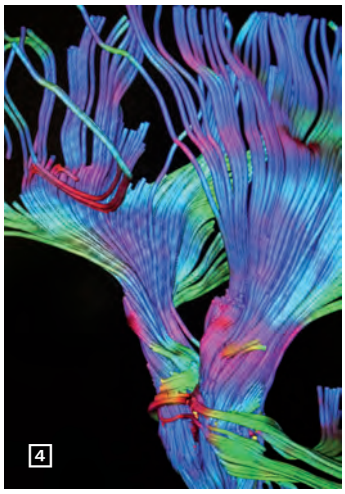
1 Abordaje precoz. Es fundamental acometer este tipo de tratamiento de la forma más precoz posible.

2 Tiempo de mejora. "A partir de los 9 meses del daño cerebral, el grado de mejora posible disminuye. En los períodos inmediatamente posteriores a un ictus, el cerebro está especialmente primado para mejorar. Es una cuestión constatada en todas las investigaciones", asegura el neurólogo.

3 Tratamiento intensivo. Por su importancia, destacó también la necesidad de que el tratamiento sea intensivo, durante un mínimo de 3 horas diarias.

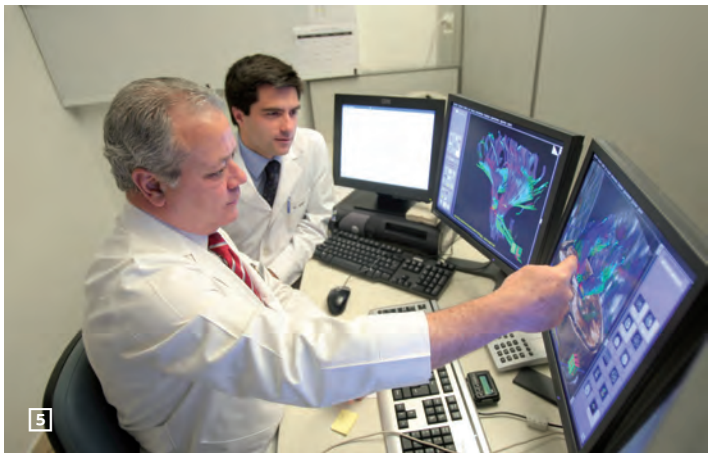
4 Multidisciplinar. La integración de la Unidad de Neurorrehabilitación en un centro hospitalario con todas las especialidades médicas es un factor destacable en la administración de un tratamiento lo más completo posible.

5 Investigación. Entre las labores del equipo de la nueva unidad figura, además, el desarrollo de diferentes líneas de investigación, entre las que destacan estudios sobre neuroimagen, plasticidad cerebral o mecanismos de neuroprotección en la búsqueda de moléculas que reduzcan el daño causado por un infarto cerebral.



4

4 Tractografía cerebral. Obtenida mediante resonancia magnética permite observar la integridad de los haces nerviosos cerebrales.
5 Valoración. Los doctores Zubieta y Murie observan las imágenes de la tractografía cerebral.
6 Ejercicios. La fisioterapeuta trabaja la reeducación de la marcha del paciente en las barras paralelas.



5

6

<<VIENE DE LA PÁG.4

La actuación del terapeuta ocupacional está estrechamente ligada a la del fisioterapeuta, "que se ocupará de la recuperación motora y funcional mediante ejercicios específicos y transmitirá las mejoras del paciente para que el terapeuta ocupacional pueda implicar al enfermo en más o menos actividades, según su evolución", señala la doctora Casado.

Por este motivo, la neurorrehabilitación es considerada "un proceso dinámico" en el que el neurólogo y el médico rehabilitador deberán realizar controles periódicos y evaluar al enfermo, para que junto al fisioterapeuta, al terapeuta ocupacional, al neuropsicólogo y al asistente social puedan llegar a conseguir "la menor dependencia posible del paciente en el desempeño de sus actividades".

ASISTENCIA INTEGRAL

Orientación a familiares y espacios físicos

Los familiares o acompañantes de los pacientes también serán objeto de especial atención por parte del equipo de la unidad, desde donde se les ofrecerá asesoramiento y pautas de actuación para cumplir en el domicilio con los objetivos convenidos. "El principal problema que se plantea a las familias de estos pacientes es conocer cómo va a ser el futuro. Por tanto, es necesario orientarles en este sentido, aunque en estos casos es muy difícil ofrecer un pronóstico preciso", advierte el especialista.

El doctor Murie destacó, en esta línea, la gran diferencia en la recuperación de los pacientes con daño cerebral que siguen un tratamiento de neurorrehabilitación respecto a quienes no lo hacen. "Sin neurorrehabilitación el enfermo con daño cerebral podría mejorar, pero está probado que lo hará en mucho menor grado que si recibe tratamiento neurorrehabilitador", subraya.

La Unidad de Neurorrehabilitación se ubica en diversas dependencias de la quinta planta de la Clínica, donde se sitúan el despacho del neurólogo responsable, de la terapeuta ocupacional y del neuropsicólogo. Además, cuenta con las instalaciones propias del servicio de Rehabilitación, entre las que figuran salas de fisioterapia, gimnasio, camillas especiales, planos inclinados y una piscina para actividades de hidroterapia.

El doctor Eduardo Martínez-Vila, director del Departamento de Neurología de la Clínica, señala la importancia de esta oferta asistencial integrada, basada en la plasticidad cerebral. Añade además la necesidad de avanzar en la investigación de las bases del proceso neurorrehabilitador para conseguir un mayor éxito en el tratamiento de los pacientes con daño cerebral.

EUROPA

Espoz y Mina, 11 Pamplona
T. 948 221 800
www.hreuropa.com

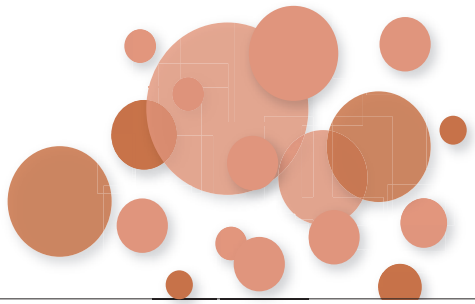
ALHAMBRA

Bergamín, 7 Pamplona
T. 948 245 007
www.restaurantealhambra.com

RESTAURANTES

En los Restaurantes del Grupo Idoate
se encuentran menús,
desde la excelencia gastronómica
premiada con una estrella Michelín,
hasta ajustadas degustaciones de platos
tradicionales con firma de autor,
que podrá disfrutar a partir de 45 euros.

Láser fraccionado de CO_2 de última generación para 'resurfacing' facial



Se utiliza para tratamientos de mejora de cicatrices residuales derivadas de operaciones, marcas de acné, arrugas faciales y dilatación de poros de la piel

CUN ■ La Clínica Universidad de Navarra ha adquirido un nuevo equipo láser de CO_2 fraccionado de última generación, para tratamientos de resurfacing facial ablativo, consistente en la mejora de cicatrices de acné, arrugas faciales y dilatación de poros de la piel. El nuevo equipamiento se utiliza también en el tratamiento de cicatrices residuales derivadas de tratamientos quirúrgicos, así como para la corrección de estigmas producidos por el embarazo, la lactancia y la obesidad.

El desarrollo de este nuevo programa de tratamientos complementarios en Cirugía Plástica surge como consecuencia "de las necesidades de numerosos pacientes que acuden a nuestro departamento. Para este tipo de lesiones, la única opción de corregirlas es el tratamiento estético. Muchas veces, pequeños procedimientos tienen grandes repercusiones en el paciente", precisa el doctor Bernardo Hontanilla, director del Departamento de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora de la Clínica. En concreto, el especialista señala que esta demanda "fue el punto de partida para adquirir el nuevo láser, unido a otras iniciativas similares observadas en unidades de quemados existentes en hospitales europeos y a evidencias que relacionan una mejoría del estado de ánimo con una mejora del aspecto físico de los pacientes".

La técnica mejora las secuelas debidas al paso de los años especialmente de la cara, pero también de manos, cuello y escote.

También es útil en la corrección de estigmas producidos por el embarazo, la lactancia y la obesidad.

El tratamiento con el nuevo equipo láser fraccionado de CO_2, está dirigido a pacientes con acné, secuelas quirúrgicas, quemaduras, pacientes oncológicos y otras personas "a quienes la propia enfermedad, ciertos tratamientos anteriores o el transcurso de la vida les ha dejado secuelas en la cara u otras partes del cuerpo que se pueden corregir o minimizar con pequeños procedimientos estéticos", explica el doctor Hontanilla.

La doctora Gabriela Iribas realiza un tratamiento con el nuevo equipo de láser fraccionado de CO_2.

El láser de CO_2 se utiliza también para tratar cicatrices de acné.

"El tratamiento se realiza en consulta, de forma ambulatoria y con anestesia local"

La doctora **Gabriela Iribas Unceta**, del Departamento de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora de la Clínica, precisa que el fin prioritario de los tratamientos plásticos que posibilita el nuevo equipo de láser fraccionado reside en "reparar las cicatrices post-quirúrgicas de algunos pacientes y en mejorar las secuelas debidas al paso de los años, como son los factores de envejecimiento cutáneo, especialmente de la cara, pero también de manos, cuello y escote".

La doctora Gabriela Iribas.

"Los láseres de CO_2 convencionales producían efectos adversos importantes y un tiempo de baja laboral grande"

De los procedimientos estéticos que oferta la Clínica, ¿cuál sería el más novedoso?

La aplicación del láser fraccionado de CO_2, ya que se trata de un equipo de última generación. El 'gold standar' o regla de oro para el tratamiento del envejecimiento cutáneo y para las técnicas de resurfacing en general es la aplicación del láser de CO_2. Con él se consigue una repavimentación de la piel para conseguir regenerarla. Hasta hace unos años, para aplicar este tratamiento se utilizaban los láseres convencionales de CO_2.

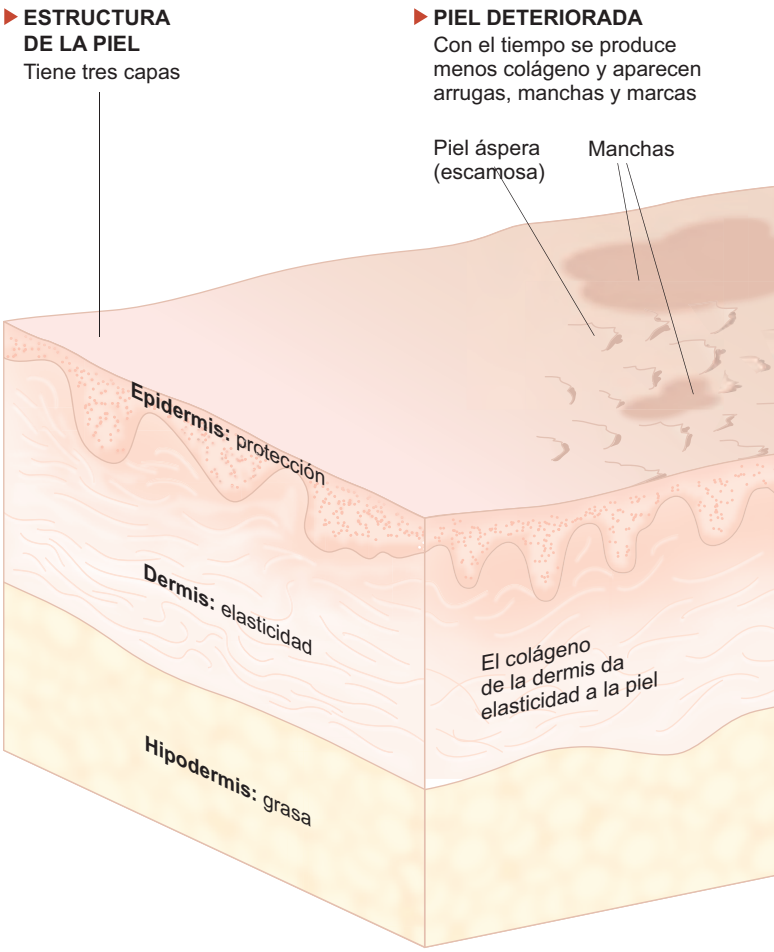
Respecto a los convencionales, ¿qué ventajas aporta el láser fraccionado de CO_2?

Los láseres convencionales de CO_2 producían efectos adversos importantes y conllevaban un tiempo de baja laboral grande. El paciente podía estar cerca de un mes sin poder incorporarse a la vida laboral y con muchas molestias en el postoperatorio. El procedimiento era necesario realizarlo en quirófano, bajo anestesia general. Si bien los resultados eran buenos, lo cierto es que requerían un esfuerzo importante por parte del paciente. Para intentar minimizar estos inconvenientes surgieron hace pocos años los equipos de láser fraccionado de CO_2 que consiguen muy buenos resultados pero tratando una superficie de piel equivalente al 20% del área cutánea a la que afectaba el láser convencional. De este modo, conseguimos que los períodos de recuperación sean cortos y que los efectos secundarios sean prácticamente inexistentes, salvo en raras y mínimas excepciones.

¿En qué consistiría un tratamiento con el nuevo láser fraccionado?

REPARAR LA PIEL CON MENOR IMPACTO

El uso del láser de CO_2 es habitual en el tratamiento de pieles castigadas. Un nueva alternativa, el láser de CO_2 fraccionado, supone tratamientos menos invasivos y con menor tiempo de recuperación.



TRATAMIENTO
Se aplican pequeños haces de luz láser en la zona afectada

RESULTADOS
Doble efecto:

A Efecto ablativo
Se alisa la piel y desaparecen las manchas

Piel lisa

Arruga

Láser

El agua de las células absorbe la luz

B Efecto lifting
El nuevo colágeno alisa las arrugas

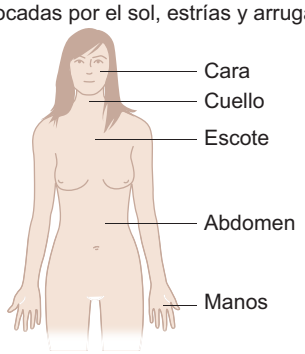
La falta de colágeno provoca arrugas y flacidez

Las células superficiales se vaporizan

Células epidérmicas

El calor reactiva la producción de colágeno

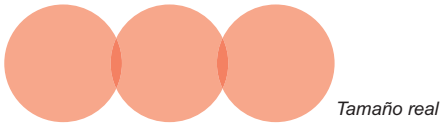
APLICACIÓN
Tratar cicatrices del acné, manchas provocadas por el sol, estrías y arrugas.



BENEFICIOS

LÁSER TRADICIONAL

Haces grandes, de 5 a 20 mm de diámetro



Se trata el 100% de la superficie que se quiere reparar.

Mayor tiempo de recuperación.

LÁSER FRACCIONADO

El haz principal se divide en varios microhaces de 0,1 mm de diámetro

Basta con tratar el 15% de la superficie para reparar toda la zona deteriorada.

Menor tiempo de recuperación.

Se suele realizar mediante dos sesiones en las que se aplica mucha energía, separadas por un intervalo medio de unos 60 días. Los resultados son muy similares y la incapacidad debido a los efectos secundarios es mucho menor. Además, es un procedimiento que se realiza en consulta, de forma ambulatoria y con anestesia local. Habitualmente en una hora se ha llevado a cabo el tratamiento y el paciente hace vida normal, incluso puede volver a maquillarse al cabo de 48 horas.

¿Puede adaptarse a diferentes extensiones de tratamiento?

Si a una persona lo que le preocupa son las arrugas de la boca o las patas de gallo, se puede hacer una aplicación parcial. Si lo que pretende es una sensación de resurfacing facial total, puede hacerse un tratamiento de toda la cara en general. Otras personas solamente quieren tratarse el cuello o el escote. Depende de las aspiraciones de cada uno.

AVANCES CLÍNICOS

Un tercio menos de tiempo de intervención en la fibrilación auricular paroxística

La Clínica es uno de los centros españoles que cuenta con el nuevo equipo que realiza en un único impacto la **ablación alrededor de las venas** pulmonares

Los doctores Alfonso Macías e Ignacio García Bolao, ante el nuevo equipo de electrofisiología para ablación de la fibrilación auricular.

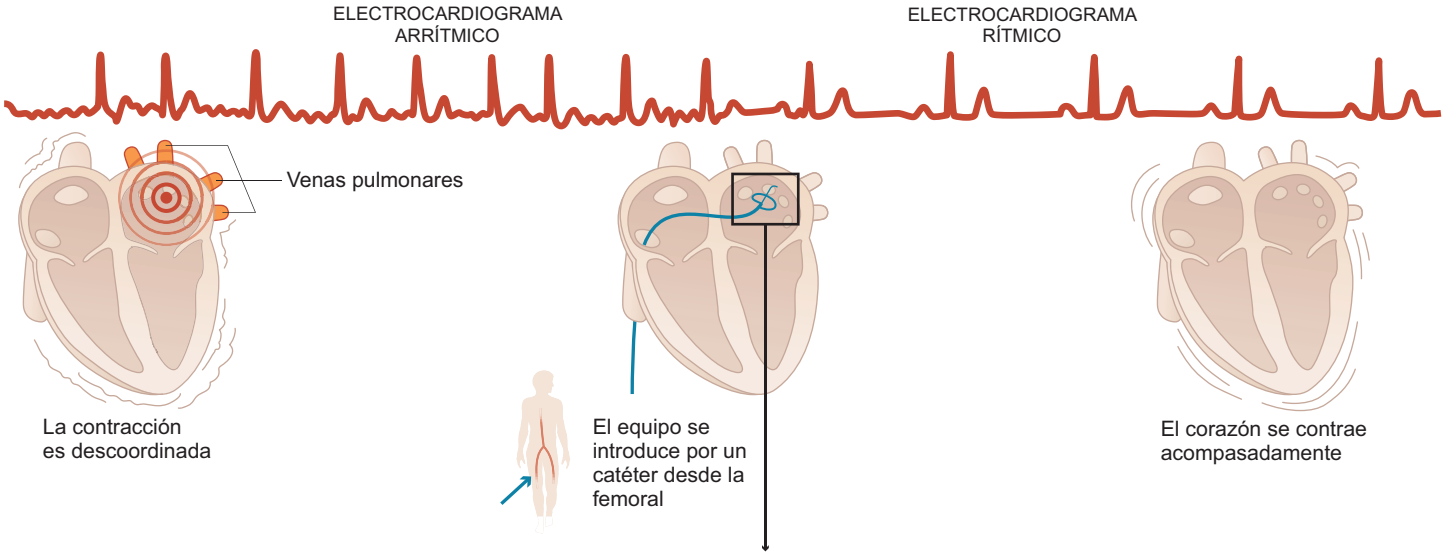
CUN ■ Un nuevo procedimiento de ablación por radiofrecuencia consigue reducir en un tercio el tiempo de intervención habitual para tratar la fibrilación auricular no persistente o paroxística. La Clínica es uno de los cuatro centros españoles que cuenta con la tecnología que posibilita realizar la ablación (lesión) con radiofrecuencia alrededor de las venas pulmonares con un único impacto de energía. La técnica, aplicada por la Unidad de Arritmias de la Clínica, precisa únicamente de anestesia local más sedación y un ingreso de sólo 48 horas. La fibrilación auricular no persistente o paroxística es la arritmia cardiaca sostenida más frecuente y se caracteriza por la descoordinación del ritmo de contracción de la aurícula, lo que puede ser fuente de trombos y embolias y, como consecuencia, de complicaciones cardiovasculares importantes. En el conjunto de la Unión Europea, esta patología afecta a cerca de 4,5 millones de personas. Hay que tener en cuenta que el aumento de la fibrilación auricular está asociado al envejecimiento de la población.

UNA TÉCNICA MÁS PRECISA

1 Fibrilación auricular paroxística
Las venas pulmonares generan impulsos eléctricos a destiempo

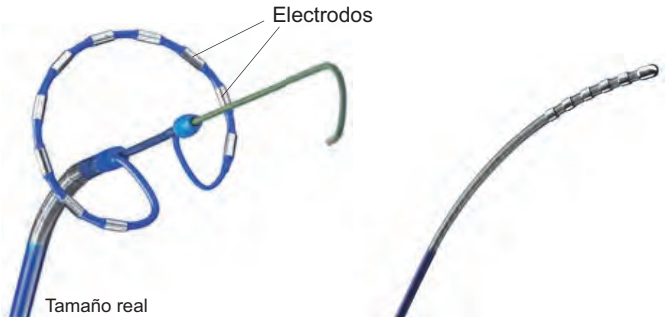
2 Tratamiento
Se aplica radiofrecuencia sobre el origen de la arritmia

3 Recuperación
La zona tratada queda eléctricamente aislada y deja de interferir en los latidos



NUEVO EQUIPO
El nuevo catéter permite aplicar radiofrecuencia en una zonas muy concretas y de forma simultánea.

EQUIPO CLÁSICO
Con los catéteres anteriores había que aplicar la radiofrecuencia punto por punto.



CATETERISMO CONVENCIONAL. En la actualidad, cuando los fármacos no han resultado efectivos, la técnica más frecuente para el tratamiento de la fibrilación auricular paroxística es la ablación o lesión de la zona donde se produce el estímulo causante de la contracción irregular de la aurícula. El objetivo de este procedimiento reside en aislar el lugar donde se produce la alteración e impedir que se propague el impulso eléctrico.

La técnica más extendida para realizar la ablación consiste en introducir un catéter por el interior de la vena femoral hasta llegar a la región del corazón donde se produce la alteración. Los cardiólogos alcanzan la zona donde ocurre la conexión eléctrica errática, situada normalmente alrededor de las venas pulmonares. Una vez allí, con el extremo del catéter realizan descargas de energía y provocan una lesión (ablación) que consigue interrumpir esa transmisión anormal del impulso eléctrico.

NUEVO EQUIPO. La principal ventaja que aporta el nuevo equipo reside en que el catéter cuenta en su extremo distal (el que se introduce) con un cabezal circular que emite en un solo impacto ondas de radiofrecuencia. En muchos casos, una única aplicación de radiofrecuencia permite efectuar de una vez una ablación en todo el perímetro de la vena pulmonar.

La diferencia con la técnica convencional estriba en que mediante el procedimiento habitual "se realiza la ablación punto a punto para lesiones que muchas veces son pequeñas, por lo que la intervención puede resultar larga y compleja. El nuevo sistema permite una eliminación más global de la arritmia mediante un catéter especial de cabezal redondo, cuestión que consigue reducir el tiempo de intervención resultando más eficaz para el paciente y para el especialista", describe el doctor Ignacio García Bolao, director del Departamento de Cardiología y Cirugía Cardiaca de la Clínica.

En cuanto a los resultados obtenidos con la nueva técnica respecto a los del procedimiento habitual, el facultativo subraya que la eficacia alcanzada a día de hoy es similar, con cifras situadas en torno a un 80% de éxito. Además, la reducción del tiempo de intervención repercute en una disminución del riesgo de complicaciones durante el procedimiento, así como en una mayor comodidad para el paciente, añade. Según el doctor Alfonso Macías, cardiólogo de la Unidad de Arritmias de la Clínica y especialista en electrofisiología y arritmias, la potencia de radiofrecuencia empleada es menor con la nueva técnica, cuestión que también beneficia al paciente. "Si con el sistema convencional empleamos una potencia de entre 30 y 40 watios de radiofrecuencia, con el nuevo se utilizan entre 3 y 10 watios", apunta el especialista. Con el catéter de cabezal circular, las ondas de radiofrecuencia se emiten entre dos pares de polos. Además, el nuevo equipo permite el registro simultáneo de las señales cardiacas.

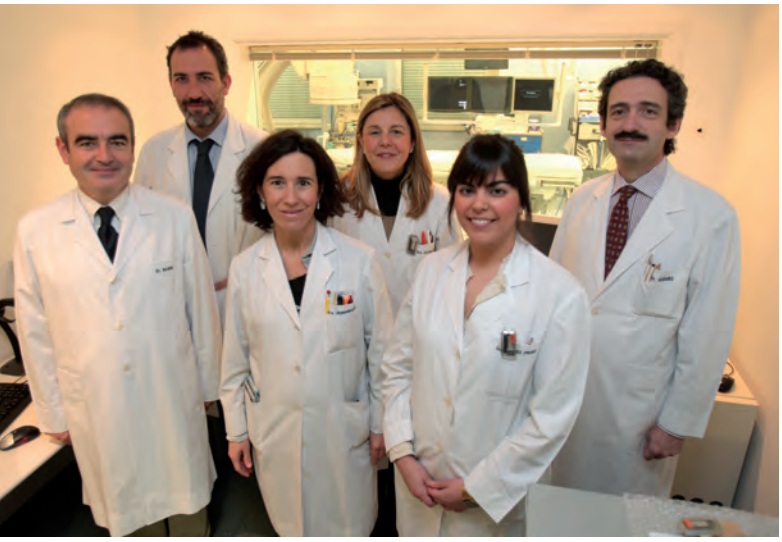
Es la arritmia cardiaca sostenida más frecuente y se caracteriza por la descoordinación del ritmo de contracción de la aurícula.

Con la nueva técnica, el sistema de imagen que los cardiólogos emplean para alcanzar la región alterada también se simplifica, ya que se realiza mediante radioscopia (rayos X). Para el procedimiento convencional, la Clínica cuenta además con tres Sistemas de Navegación No Fluoroscópica que ofrecen, basándose en las imágenes obtenidas del propio paciente mediante escáner, una recreación virtual de las cavidades cardiacas en tres dimensiones que permite la navegación y visualización del catéter de una forma más precisa.

AVANCES CLÍNICOS

El tratamiento de tumores hepáticos con radioembolización tiene la misma eficacia en pacientes mayores

Después más de 300 tratamientos realizados, la Clínica es el centro europeo con mayor experiencia en la aplicación de **microesferas de Ytrio-90**



De izquierda a derecha los doctores José Ignacio Bilbao, Javier Rodríguez, Mercedes Iñarrairaegui , Macarena Rodríguez, Inés Dominguez y Bruno Sangro.

CUN ■ El tratamiento del cáncer hepático mediante la radioembolización con microesferas marcadas con Ytrio-90 en pacientes mayores de 70 años tiene la misma eficacia y no genera más efectos secundarios que en personas de menor edad.

Así lo demuestra un estudio realizado en la Clínica cuyo objetivo era analizar las diferencias en cuanto a resultados y tolerancia de esta técnica en pacientes de dos franjas de edad: mayores y menores de 70 años. El estudio ha sido publicado en la revista estadounidense Hospital Practice.

Este tratamiento para el cáncer de hígado consiste en liberar en la arteria hepática, o en alguna de sus ramas según la extensión de la lesión, unas esferas de unas 30 micras de tamaño que descargan durante tres semanas la radiación contenida. Hasta el año pasado, la Clínica era el único hospital español donde se llevaba a cabo asiduamente la radioembolización con esferas marcadas con Ytrio-90. Actualmente es el centro con mayor actividad de Europa en la aplicación de este procedimiento. De hecho, en los últimos siete años se han realizado en la Clínica más

de 300 tratamientos de este tipo, lo que viene a suponer una media de entre 40 y 50 radioembolizaciones por año

MISMA SUPERVIVENCIA. En concreto, el estudio ha analizado a 251 pacientes con tumores de hígado primarios o metastásicos que habían sido tratados en la Clínica mediante radioembolización entre septiembre de 2003 y febrero de 2010. Del total de pacientes, 73 tenían una edad igual o superior a los 70 años. Para valorar la eficacia del tratamiento en ambos grupos, se estudiaron las dos indicaciones más frecuentes entre los distintos cánceres de hígado: hepatocarcinoma, dolencia que presentaban un total de 102 pacientes de los que 39 eran mayores de 70 años; y metástasis de tumores colorrectales, detectado en 71 pacientes de los que 22 eran añosos. "A la hora de determinar la eficacia del tratamiento, observamos la supervivencia en los distintos casos. Así, los resultados demuestran que el tiempo de supervivencia es idéntico para los pacientes con el mismo tipo de tumor, independientemente de su edad", concreta el doctor Bruno Sangro, director de la Unidad de Hepatología de la Clínica y uno de los autores del estudio.

También se analizaron las complicaciones derivadas del tratamiento, "que resultaron ser igual de bajas en los pacientes jóvenes que en los mayores. Hay que tener en cuenta que este tratamiento se tolera muy bien y su tasa de efectos secundarios es muy reducida, pues las complicaciones relevantes varían solamente entre el 1 y el 4,5% de los casos. Por tanto, ser mayor no expone a un mayor riesgo de sufrir efectos secundarios", aclara el doctor Sangro.

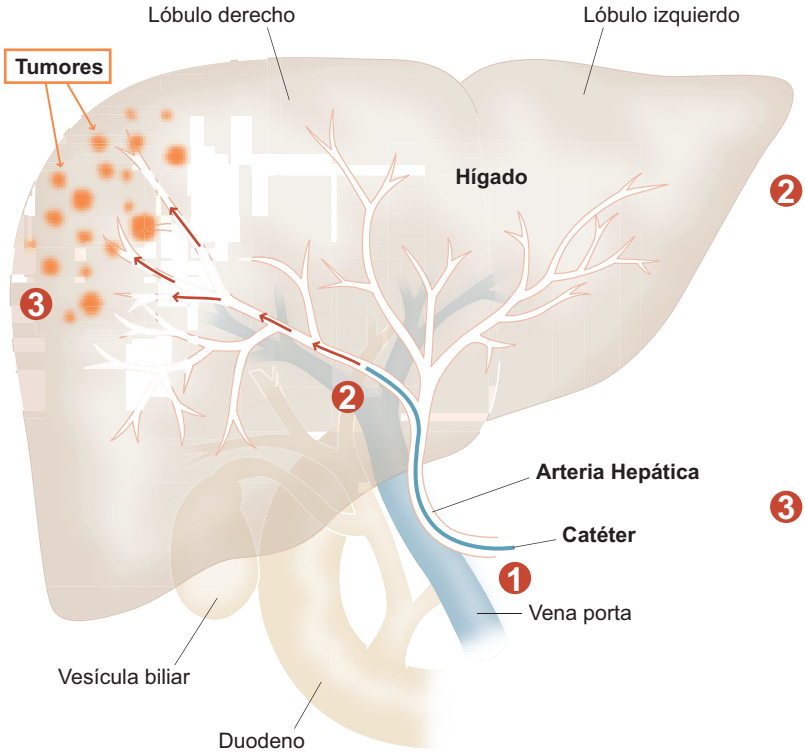
Como consecuencia, concluye el especialista de la Clínica, "los pacientes de mayor edad, que valoran con especial interés el riesgo de efectos secundarios derivados del tratamiento, pueden beneficiarse exactamente igual que los más jóvenes de la técnica de la radioembolización con microesferas marcadas con Ytrio-90. De este modo, si una persona supera los 70 años, no cabe pensar que la técnica puede resultar inadecuada, sino que resulta indicada para esta franja de edad, como lo demuestran los resultados del estudio".

Las complicaciones relevantes son igual de bajas en los pacientes jóvenes que en los mayores y varían sólo entre el 1 y el 4,5% de los casos

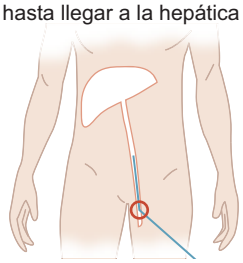
El estudio confirma que los mayores de 70 años pueden beneficiarse de esta técnica igual que los jóvenes.

IRRADIACIÓN HEPÁTICA CON MICROESFERAS

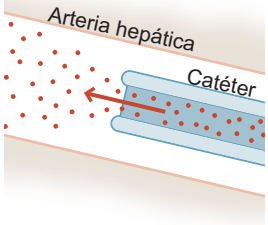
Técnica especialmente indicada para el tratamiento de tumores múltiples. Se inyectan unas diminutas esferas radiactivas directamente en la arteria que lleva la sangre a los tumores. Las microesferas se alojan en las zonas afectadas y, al ir liberando la radiación, dañan a las células tumorales.



1 Se introduce el catéter a través de la arteria femoral hasta llegar a la hepática



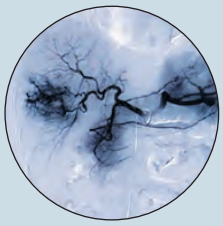
2 En el interior de la arteria hepática se liberan las microesferas de Ytrio-90



3 Las esferas se alojan en la proximidad de los tumores y emiten radiaciones que los destruyen

ESTUDIOS PREVIOS

Se realizan una semana antes de iniciar el tratamiento y su función es evitar que las esferas radiactivas se dirijan a tejidos sanos y produzcan daños en el paciente.



Arteriografía hepática
Se estudia en detalle la anatomía arterial del hígado para identificar los vasos que irrigan el tumor.

Simulación del tratamiento
En lugar de esferas radiactivas se inyectan macroagregados de albúmina marcados con tecnecio, para estudiar hacia dónde se dirigen.

Cálculo de la dosis
Se diseña un tratamiento personalizado, que dependerá de las características del tumor y del paciente.

[+] MÁS INFORMACIÓN
Liver radioembolization using 90Y resin microspheres in elderly patients: tolerance and outcome. Iñarrairaegui M, Bilbao JI, Rodríguez M, Benito A, Sangro B. Hospital Practice. 2010 June; vol. 38, issue 3: I-7.

TECNOLOGÍA

Cirugía robótica para realizar intervenciones quirúrgicas con la mínima agresión

La extirpación de tumores de próstata es la operación más frecuente que se realiza con el **sistema Da Vinci**, que aporta, además, una mayor precisión

De izquierda a derecha, los doctres José Enrique Robles, David Rosell, Teresa Secyugu (enfermera de quirófano), Javier Zudaire, José María Berián, Laura Muñoz (enfermera de quirófano) e Ignacio Pascual.

CUN ■ Mayor precisión quirúrgica, un procedimiento menos invasivo, eliminación del temblor natural de la mano del cirujano y una mejor visualización del campo anatómico que se opera son las principales ventajas que aporta el robot Da Vinci a las cirugías que se practican con este avanzado equipo. La Clínica adquirió a finales del año 2010 el sofisticado sistema robótico para realizar intervenciones quirúrgicas con la menor agresión quirúrgica posible.

La prostatectomía radical (dirigida a extirpar tumores de próstata) es la intervención quirúrgica más frecuente de todas las que se realizan con este sistema, motivo por el que los primeros especialistas de la Clínica en operar con el robot Da Vinci han sido los urólogos. En concreto el director de este servicio médico en la Clínica, el doctor Ignacio Pascual, precisa que desde el punto de vista del cirujano "el robot Da Vinci aporta una curva de aprendizaje más corta, mayor comodidad del área de trabajo por su elevada ergonomía y una visualización en tres dimensiones, de la que adolecen los procedimientos laparoscópicos. El robot permite su utilización a cirujanos con problemas de visión espacial, concretamente la integración

en el cerebro de la sensación de profundidad, necesaria en la cirugía laparoscópica. En definitiva ha democratizado las técnicas de cirugía mínimamente invasivas al permitir su utilización por un mayor número de cirujanos". Además, el instrumental está diseñado de forma tal que permite obtener 7 grados de libertad de movimiento, prácticamente similar a la movilidad de la mano del cirujano, a diferencia de la cirugía laparoscópica convencional que permite sólo 4 grados de libertad de movimiento.

EN PROSTATECTOMÍA RADICAL

En el caso de los pacientes operados de prostatectomía radical asistida por robot, los beneficios que genera el equipo robótico "se centran en la recuperación del control miccional dentro de los tres primeros meses, más rápido que con la cirugía laparoscópica o con la abierta, debido a la mayor precisión en la disección de los tejidos. Además, cuando se realiza una técnica de preservación de las bandeletas o nervios erectores, ésta se consigue en una proporción mayor de pacientes, cuestión que favorece una conservación más efectiva de la potencia sexual y además una mayor integridad del esfínter de la uretra, gracias a una disección mucho más fina y anatómica", indica el doctor Pascual.

La pérdida de sangre durante la intervención, y por tanto la necesidad de transfusiones, se sitúa un 25% por debajo de las exigencias de la cirugía abierta, porcentaje similar al del procedimiento laparoscópico. El ingreso hospitalario que se precisa tras una intervención de prostatectomía radical robótica también es parecido al de la laparoscopia, entre 2 y 3 días, frente a los 5 de una cirugía convencional. El tiempo de intervención con el sistema Da Vinci es de 4 ó 5 horas y en todos los casos se aplica anestesia general.

PASA A LA PÁG. 23 >>

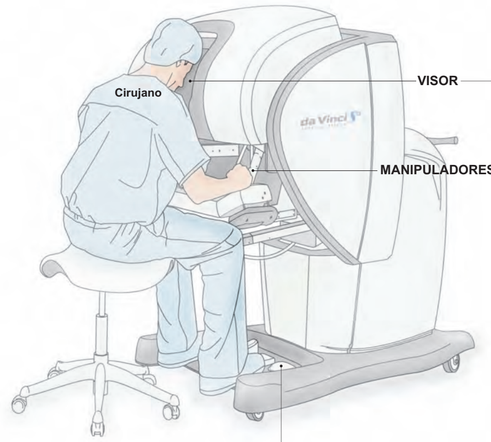
1 Una enfermera acerca los brazos del Da Vinci al área quirúrgica estéril donde se encuentra el paciente.
2 El personal de quirófano debe calibrar con precisión todos los componentes del robot.
3 El cirujano maneja el instrumental robótico desde una consola alejada de la zona estéril donde se sitúa la mesa de operaciones.

CIRUGÍA ROBÓTICA: SISTEMA DA VINCI

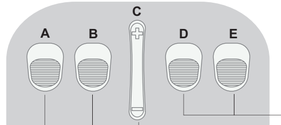
El cirujano trabaja desde una consola conectada a un robot con tres brazos y una cámara. El médico opera a través de dos mandos manuales y cinco pedales que transmiten sus movimientos al robot, haciéndolos más precisos y eliminando los temblores de su mano.

CONSOLA DEL CIRUJANO

Es el centro de control del sistema desde el que el cirujano opera



Combinados con los manipuladores controlan los brazos del robot.



PEDAL A
Recoloca los manipuladores y cambia entre el brazo 2 y 3

PEDAL B
Mueve la cámara

PEDAL C
Enfoca la cámara

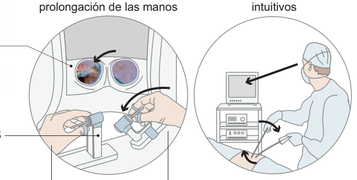
PEDALES D-E
Aplican energía para coagulación

VISIÓN DE LA ZONA OPERADA

El visor proporciona dos imágenes de la zona operada. Juntas dan una visión tridimensional.

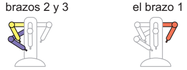
Sistema Da Vinci
Los instrumentos parecen una prolongación de las manos

Laparoscopia
Movimientos menos intuitivos



MANO IZQUIERDA
Controla los brazos 2 y 3

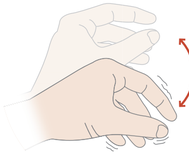
MANO DERECHA
Controla el brazo 1



Paso de uno a otro con el Pedal A

FUNCIONAMIENTO DE LOS MANIPULADORES

Transmiten los movimientos de las manos del cirujano a los brazos del robot.



5 cm

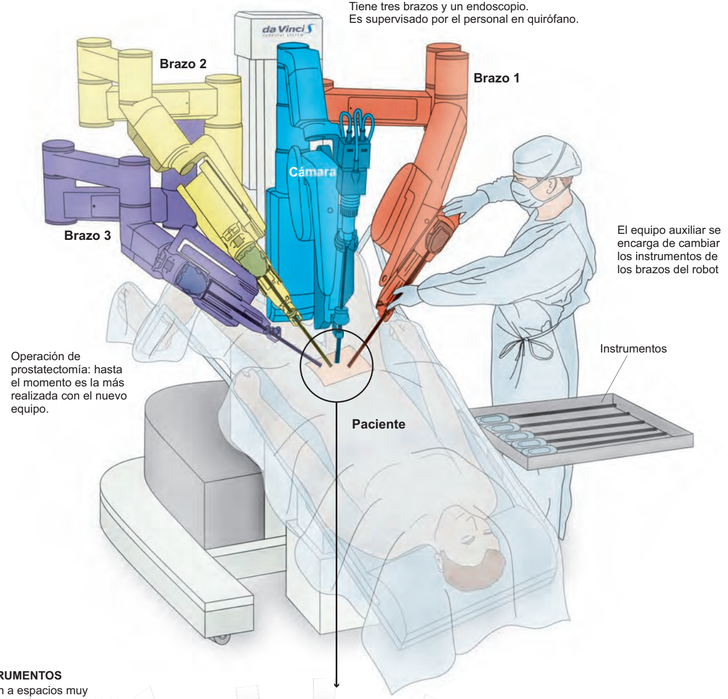
El sistema no transmite los temblores de la mano del cirujano

1 cm

Escalado:
Proporciona mayor precisión

CARRO DEL PACIENTE

Tiene tres brazos y un endoscopio.
Es supervisado por el personal en quirófano.



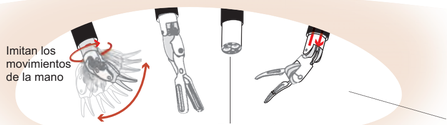
El equipo auxiliar se encarga de cambiar los instrumentos de los brazos del robot

Operación de prostatectomía: hasta el momento es la más realizada con el nuevo equipo.

Instrumentos

INSTRUMENTOS

Llegan a espacios muy reducidos. Son intercambiables



Imitan los movimientos de la mano

Endoscopio:
Dos cámaras captan la imagen en 3D

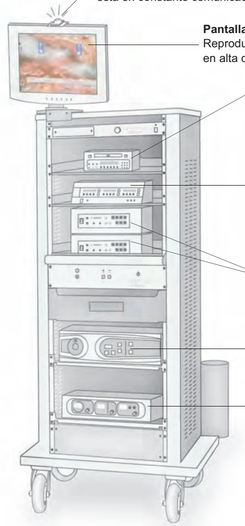
Trócares:
Tubos que se mantienen fijos por cuyo interior pasa el instrumental. Los instrumentos se cambian sin mover el trócar.

Diámetro de los trócares
8 mm
(Tamaño real)

CO_2:
Se insufla en el abdomen. Proporciona mayor visibilidad.

CARRO DE VISIÓN

Soporta el equipo quirúrgico auxiliar



Intercomunicador
Para mayor seguridad, todo el personal en quirófano está en constante comunicación

Pantalla táctil
Reproduce imágenes en alta definición (HD)

Sistema de grabación
Las grabaciones se utilizan posteriormente en la formación de cirujanos

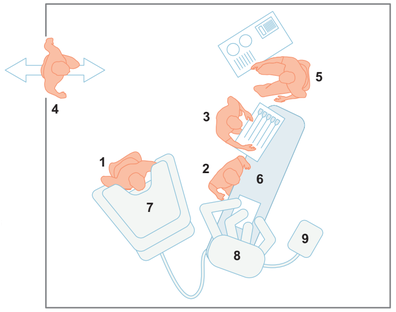
Electrobisturí
Corta tejido blando con ondas electromagnéticas

Controles de la cámara

Iluminador

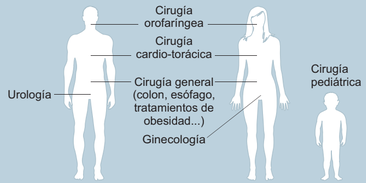
Insuflador de CO_2

DISPOSICIÓN DEL QUIRÓFANO



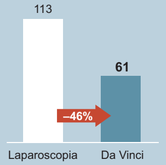
1. **Cirujano**
2. **Cirujano ayudante**
3. **Enfermera instrumentista**
4. **Enfermera de campo**
   Suministra el material no disponible en quirófano
5. **Anestesista**
   Aplica la anestesia general a los pacientes
6. **Paciente**
   Está dormido durante toda la intervención
7. **Consola del cirujano**
   Colocada en un ángulo del quirófano para no entorpecer los movimientos del resto del equipo
8. **Carro del paciente**
9. **Carro de visión**

PRINCIPALES USOS

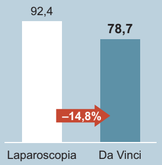


BENEFICIOS DEL SISTEMA DA VINCI

PÉRDIDA DE SANGRE
En mililitros



MINUTOS EN QUIRÓFANO
En una extirpación de útero



ALGUNOS HITOS DE LA CIRUGÍA

1763
Se logra la primera apendicectomía.

1805
Primera endoscopia. Se realizó con un espéculo, una vela como fuente luminosa y un espejo.

1842
Primera intervención quirúrgica con anestesia.

1852
Se inventa el primer endoscopio

1887
La iluminación eléctrica comienza a utilizarse en las laparoscopias

1981
Primera extracción de apéndice con laparoscopia

1986
Se inventa el sistema de videocámara computerizada, que permite una mejor visualización de la cirugía

2001
El sistema Da Vinci es autorizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos

2008
Comienza a utilizarse el robot McSleepy, que automatiza la anestesia en los quirófanos.

2010
Primera cirugía completamente robotizada utilizando el robot Da Vinci y el McSleepy.

En primer plano, los brazos del robot y el cirujano ayudante; al fondo, el cirujano principal maneja el Da Vinci desde la consola, verdadero cer

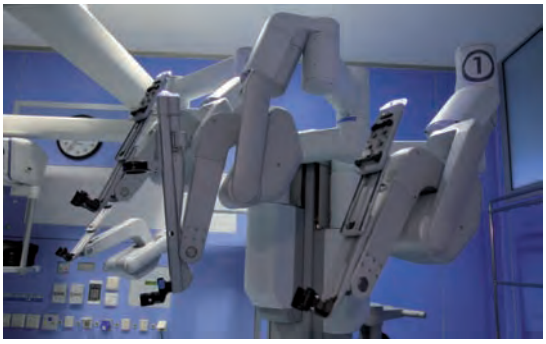
<<VIENE DE LA PÁG.19

DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO QUIRÚRGICO. El sistema quirúrgico Da Vinci consta de tres elementos principales. El carro del paciente sería el componente en el que se integran los cuatro brazos que sostienen el instrumental con el que se interviene al paciente. De los cuatro brazos, uno es el encargado de portar la cámara que transmite las imágenes de la región anatómica interna que se va a intervenir, hasta la consola del cirujano. El personal de enfermería que trabaja en la zona estéril, próxima al carro del paciente y a la mesa de operaciones, es el encargado de mantener el intercambio de instrumentos y endoscopios según vaya precisando el cirujano.

Un segundo elemento del sistema robótico lo constituye la consola del cirujano que es el verdadero "centro de control" del equipo. Este componente se sitúa fuera de la zona estéril, a unos metros de la mesa de operaciones. Desde él, el cirujano controla con sus manos, a través de dos mandos o manipuladores, los instrumentos, así como un endoscopio que ofrece imágenes en tres dimensiones. La consola cuenta también con pedales ya que el cirujano puede controlar, asimismo, parte del instrumental con los pies. El diseño de la consola está configurado de tal forma que imita la alineación natural del ojo, mano e instrumental de la cirugía abierta, lo que, a su vez, contribuye a optimizar la coordinación entre manos y pies. La visión en tres dimensiones, con profundidad de campo, y una óptica de hasta 12 aumentos, muy superior a la de la laparoscopia, permite al cirujano una mayor precisión en sus movimientos, al tiempo que la ergonomía del sistema le ofrece la misma destreza de movimientos que en la cirugía abierta. El tercer elemento es el carro de visión, en el que se integra el equipo de procesamiento de imágenes y de cuya configuración se encarga una persona que no tiene necesidad de situarse en el campo estéril del quirófano. En este componente se integra un monitor de pantalla táctil.

El Da Vinci favorece una conservación más efectiva de la potencia sexual y una mayor integridad del esfínter de la uretra

La recuperación del control miccional es más rápido que con la cirugía laparoscópica o con la abierta.



Los brazos ofrecen una libertad de movimiento similar a la mano.

tro de control del equipo, situado a varios metros de la mesa de operaciones.

ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD. El equipo profesional necesario para una cirugía robótica es similar al que precisa una operación laparoscópica. Según indica el doctor Pascual, el personal quirúrgico debe estar integrado por dos cirujanos, el que lidera la operación y su ayudante, una enfermera instrumentista, una enfermera volante (quien proporciona el material necesario a la instrumentista), un anestesista y una enfermera de anestesia. "Antes de comenzar con un programa de cirugía robótica es preceptivo que el equipo médico (cirujanos y enfermeras) realice un programa de adiestramiento con los distintos componentes del robot, cuya duración es de 2 días completos, de forma que al final del mismo puedan obtener la acreditación oficial que les facultará para poder utilizar el robot. Este adiestramiento lógicamente no incluye el conocimiento de las técnicas quirúrgicas que se vayan a aplicar, ya que se supone que las domina el cirujano".

Para iniciar la intervención, el sistema debe estar ya conectado y calibrados los diferentes elementos que lo componen. Es entonces cuando los cirujanos que van a proceder a la operación de prostatectomía radical introducen en el abdomen del paciente el trocar —instrumento en punta— que portará la óptica. Con la visualización interna que aporta este primer componente del robot, los especialistas pueden colocar el resto de los trocares. Posteriormente, se acerca el carro del paciente a la mesa de operaciones y se ensamblan a ellos los brazos del robot.

"Es entonces cuando el cirujano se traslada a la consola para comenzar con la cirugía. Es en esta consola donde el especialista cuenta con todos los elementos de control necesarios para realizar la intervención", describe el doctor Pascual. Durante la operación, el cirujano ayudante se encarga de manejar el aspirador laparoscópico y colocar los clips cuando el cirujano lo solicita. El instrumental con el que se interviene es de reducidas dimensiones, si bien existen dos opciones, de 8 mm que es el calibre estándar para la mayoría de especialidades, ó de 5 mm que se utiliza en cirugía pediátrica y en otorrinolaringología para determinadas técnicas de cirugía oral.

OTRAS INDICACIONES

Hasta la fecha, las especialidades médicas en las que existen indicaciones para la utilización quirúrgica del robot Da Vinci son, además de urología, determinadas patologías correspondientes a ginecología, cirugía general, cirugía cardio-torácica, cirugía pediátrica, otorrinolaringología y, todavía en desarrollo, para algunas indicaciones de neurocirugía.

MARTINTXO
ASADOR · SIDRERIA
de la huerta
del mar
de la tierra
Nuestra historia se remonta a los años setenta, cuando apenas existía el concepto de Asador tal y como hoy lo conocemos. Nuestra apuesta: una gastronomía basada en un profundo respeto por el producto y una delicada manipulación en cocina, potenciando los sabores puros que nos ofrecen la huerta, el mar y la montaña.
Hoy mantenemos la misma filosofía, indagando hasta encontrar los mejores pescados y mariscos, las mejores carnes, personalmente, sin intermediarios; produciendo nosotros mismos algunos productos en nuestras huertas y granjas.
Así alcanzamos nuestra plena satisfacción: ver cómo nuestros clientes nos despiden con una sonrisa y un "hasta pronto".
Calle Irunbidea, 1 · 31190 Cizur Menor · Navarra
Tel. 948 180 020 · Fax 948 183 890
www.martintxo.com · lasidreria@terra.es
GPS: Latitud 42.78817 N · Longitud 1.67576 W

Nueva sección de 'videochat' con los médicos de la Clínica

El doctor Irimia durante el videochat sobre migrañas.

En el nuevo espacio, los internautas pueden enviar sus preguntas con anterioridad o en directo

CUN ■ "Prevención del cáncer de colon", "Migrañas y dolores de cabeza" y "Alergias primaverales" han sido los primeros temas abordados en la nueva sección de 'videochat' que ha puesto en marcha recientemente la Clínica. En este nuevo espacio on line, los facultativos expertos en cada patología responden en directo a las cuestiones planteadas por los internautas. El director del Servicio de Digestivo, el doctor Miguel Ángel Muñoz Navas, fue el encargado de inaugurar el primer videochat, respondiendo en directo a las preguntas formuladas por los usuarios.

El acceso al nuevo espacio on line podrá hacerse a través de la web de la Clínica www.cun.es, en la sección Comunicación. El enlace directo es: /www.cun.es/la-clinica/servicios-generales/comunicacion/. Desde él los interesados podrán seguir en directo las respuestas del especialista, en la sección 'videochats', pulsando el botón "acceder al videochat". El doctor Muñoz Navas responderá a una selección de las preguntas que envíen los internautas. A partir de las 12 horas, finalizado el tiempo del 'videochat', la web de la Clínica pondrá a disposición de los usuarios la grabación en vídeo de las respuestas del especialista. En los días siguientes a la emisión se publicará asimismo la transcripción escrita de los contenidos audiovisuales y las respuestas a aquellas preguntas que debido a lo limitado del tiempo no hayan podido emitirse en directo.

El acceso al videochat se hace a través de www.cun.es, clicando en la sección Comunicación. El enlace directo es: www.cun.es/la-clinica/servicios-generales/comunicacion/

La nueva sección on line de 'videochats' tendrá una periodicidad mensual, ya que se emitirá en el mismo horario, de 11 a 12 horas, todos los segundos jueves de cada mes.

PRÓXIMOS ENCUENTROS

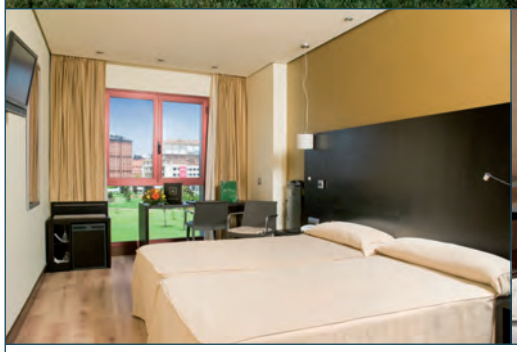
12 de mayo
Obesidad

La que se ha dado en denominar la epidemia del siglo XXI centrará el encuentro del doctor **Javier Salvador** con los internautas. El doctor Salvador es licenciado (1977) y doctor (1986) en Medicina y Cirugía por la Universidad de Navarra. Especialista en Endocrinología y Nutrición (1981) por la Universidad de Zaragoza. Clinical research fellow en el Departamento de Medicina de la Welsh National School of Medicine (Heath Hospital) en Cardiff (Gran Bretaña). Desde el año 2000 es director del Departamento de Endocrinología y Nutrición de la Clínica.

9 de junio
La piel y el sol

Con el verano a la vuelta de la esquina, la doctora **Pilar Gil** resolverá las dudas que los internautas planteen sobre la el sol y la piel: las horas en las que se debe evitar la exposición, el efecto de las cremas de protección, los riesgos de las quemaduras, etc. Licenciada en Medicina (1993) por la Universidad de Navarra, realizó la especialidad en Dermatología en la Clínica, en cuyo departamento de Dermatología trabaja como especialista desde 1999. Sus áreas de investigación principales son el cáncer cutáneo no melanoma y el pénfigo. Ha sido autora de varios capítulos de libros y artículos en revistas nacionales e internacionales.

abba
hotels



HOTEL REINO DE NAVARRA
Calle Acella 1
31008 Pamplona/Iruña [Navarra]
T 948 177 575
F 948 177 778
reino-de-navarra@abbahoteles.com

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.

AENOR Gestión Ambiental
CALIDAD TURÍSTICA
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

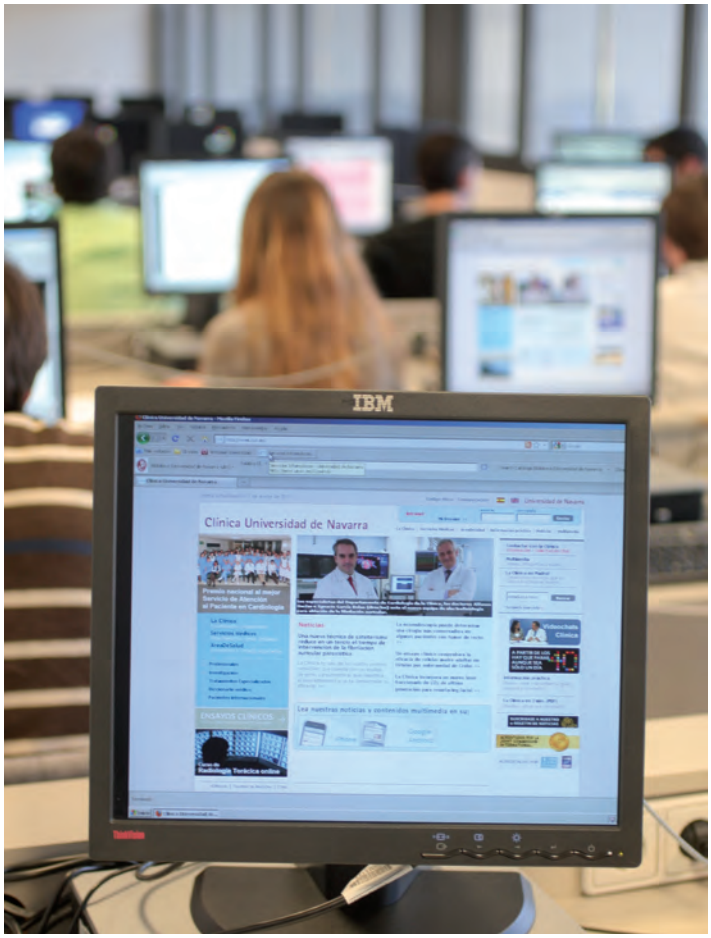


Imagen de la página principal de la web de la Clínica, www.cun.es.

La web de la Clínica, primera de España en el ranking mundial de medios sanitarios

www.cun.es se sitúa en el puesto 12 de Europa y en el 72 de los 18.000 hospitales evaluados en todo el mundo

CUN ■ La web de la Clínica ocupa el primer puesto de las publicaciones electrónicas de centros hospitalarios españoles en el Ranking Web de Hospitales del Mundo y el lugar duodécimo de los europeos. La clasificación se ha realizado entre 18.000 centros sanitarios de todo el mundo, de los que la Clínica ocupa el puesto 72. "El Ranking Mundial de Hospitales en la Red" es una iniciativa del Laboratorio de Cibermetría perteneciente al Centro de Información y Documentación Científica (CINDOC), integrado en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), el mayor organismo público de investigación de España.

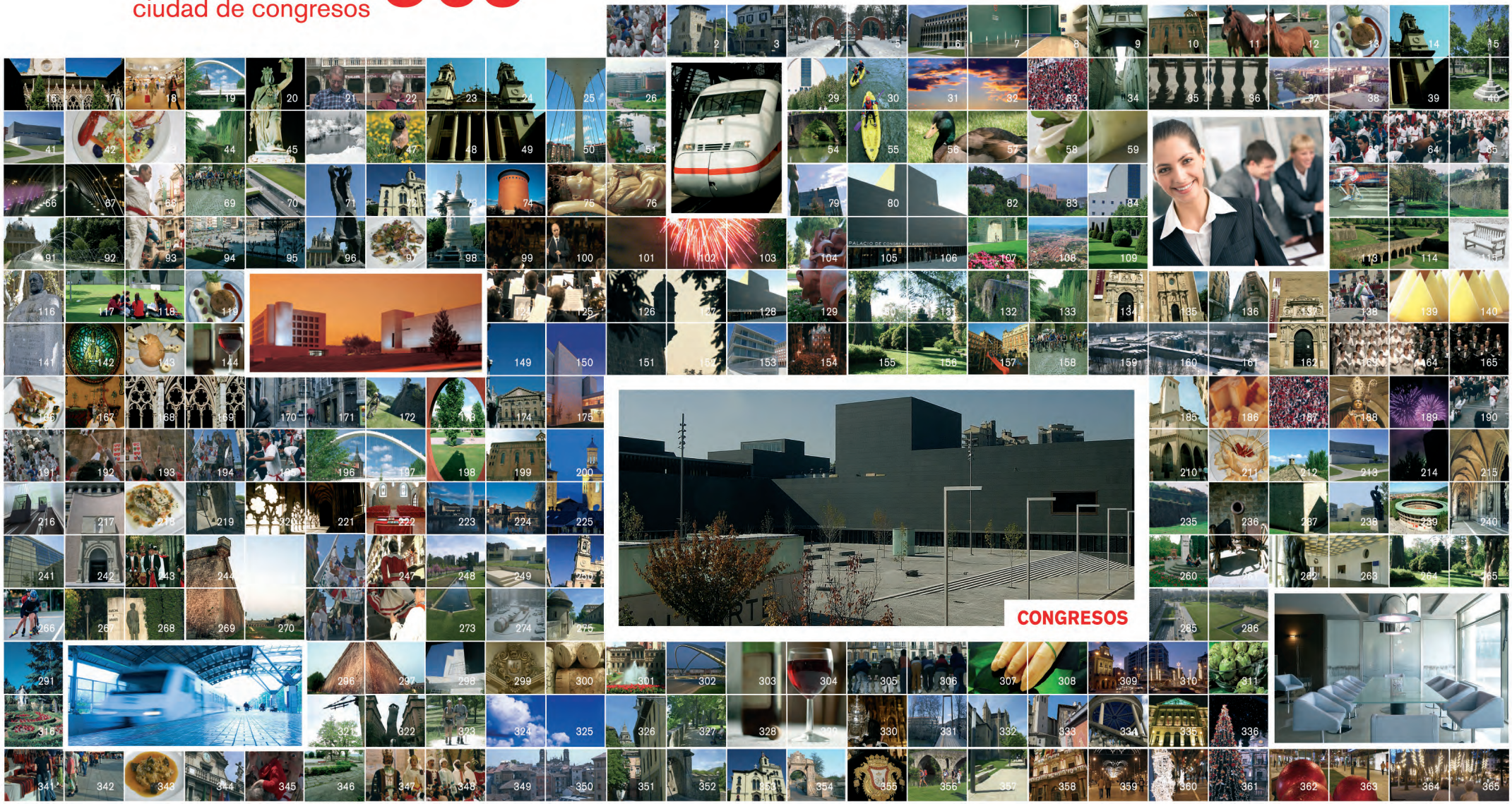
En la clasificación general, entre las diez primeras webs hospitalarias figuran las de ocho centros estadounidenses y dos taiwaneses. En el listado español, por debajo de la Clínica Universidad de Navarra se sitúan el Institut Municipal d Investigacions Médica Hospital del Mar (138), el Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga (221), el Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona (262), el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (277), el Hospital Cruces de Bilbao (289), el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada (347), el Hospital Clinic de Barcelona (520), el Hospital Santa Creu i Sant Pau de Barcelona (524) y el Institut Catalá d Oncologia (527), grupo que constituye los diez centros hospitalarios españoles con webs mejor situadas en este ranking mundial.

El propósito del Ranking Web de Hospitales, según explican en su publicación electrónica (http://hospitals.webometrics.info/index__es.html), reside en medir el volumen, visibilidad e impacto de las webs publicadas por los hospitales, con especial énfasis en la producción científica (publicaciones de artículos evaluados, contribución a congresos, entre otros). También tiene en cuenta otros materiales como los procedentes de cursos, seminarios, bibliotecas digitales, bases de datos, información general de la institución, de sus departamentos y grupos de investigación, entre los principales factores analizados.

ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LA WEB Y COMPROMISO

El Laboratorio de Cibermetría se dedica al análisis cuantitativo de internet y de los contenidos de la red, "especialmente de aquellos relacionados con el proceso de generación y comunicación académica del conocimiento científico", describen desde la institución. Para elaborar el ranking, el laboratorio ha diseñado y aplicado indicadores que permiten estudiar la actividad científica de la web. "Los indicadores cibermétricos —indican— se pueden usar para la evaluación de la ciencia y la tecnología y complementan los resultados obtenidos con métodos bibliométricos en los estudios cienciométricos". Según la organización, el ranking web de hospitales "pretende ser una herramienta que muestre el compromiso de las organizaciones de salud para con la publicación electrónica y la diseminación de la información académica relacionada con la medicina". El ranking tiene en cuenta "no sólo el volumen de información disponible sino su visibilidad e impacto a través de la medición del número de enlaces externos que las páginas web reciben de otras".

PAMPLONA 365
ciudad de congresos



Descubre una maravillosa ciudad ideal para congresos y reuniones de empresa. Descubre una ciudad en la que los edificios más vanguardistas contrastan con sus empedradas calles. Una ciudad en la que perderse por sus calles es perderse por la historia. Una ciudad amable, moderna, con excelentes conexiones. **Pamplona es ciudad de congresos... Y mucho más.**
Descúbrela el 7 de julio, el 3 de octubre, el 1 de mayo, en enero, en septiembre o en abril. Descubre sus paisajes, su cultura, su ocio y su gente. **DESCÚBRELA LOS 365 DÍAS DEL AÑO.**

Ayuntamiento de Pamplona
Iruñeko Udala

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

INVESTIGACIÓN

Pacientes con tumor de recto podrían optar a cirugías más conservadoras según el resultado de la ecoendoscopia

Un estudio comprueba que 7 de cada 50 pacientes, tratados antes con quimio y radioterapia de intensidad modulada, podrían evitar la cirugía radical

Los doctores Jesús Javier Sola, José Carlos Subtil, Leire Arbea, José Javier Aristu y José Luis Hernández-Lizoáin, delante de un acelerador lineal, equipo para administrar radioterapia.

CUN ■ La utilización de la ecoendoscopia se ha mostrado eficaz para determinar la existencia o no de afectación ganglionar en pacientes con tumor primario en el recto, después de haber sido tratados con quimioterapia y radioterapia de intensidad modulada. Si, tras este tratamiento preoperatorio con quimio-radio, se realiza una ecoendoscopia y se comprueba que no existen ganglios tumorales (afectados por el tumor), podría recomendarse en algunos casos una cirugía conservadora de la función del esfínter (ano), en lugar del tratamiento quirúrgico estándar, consistente en una cirugía más radical. De este modo, sería posible evitar la incontinencia del esfínter y, por tanto, la necesidad de colocar una bolsa -efecto de la cirugía radical de recto- en un porcentaje importante de pacientes con tumor colorrectal de baja localización.

Así lo ha revelado un estudio realizado por un equipo de especialistas de la Clínica, desarrollado en 51 pacientes diagnosticados de esta enfermedad. La investigación, liderada por la doctora Leire Arbea, del Departamento de Oncología Radioterápica, y en la que han participado los doctores Juan Antonio Díaz-Gon-

zález (Oncología Radioterápica), José Carlos Subtil (Endoscopias, Digestivo), Jesús Javier Sola (Anatomía Patológica), José Luis Hernández-Lizoáin (Cirugía General) y José Javier Aristu (Oncología Radioterápica), ha sido publicada recientemente en la revista de la Sociedad Americana de Oncología Radioterápica, International Journal of Radiation Oncology Biology Physics.

Como se sabe, la ecoendoscopia es una exploración que permite la visualización directa del interior del esófago, estómago, duodeno, recto y sigma, la visualización ecográfica del interior de su pared, así como de las estructuras que rodean a estas vísceras mediante la introducción de un tubo flexible delgado por la boca o por el ano.

LA ECOENDOSCOPIA. En la actualidad, el tratamiento convencional de pacientes con tumor de recto bajo, mediante quimioterapia, radioterapia y cirugía radical (sin conservación del esfínter), ofrece muy buenos índices de curación. No obstante, hay casos en los que la efectividad de la quimio y radioterapia previas es tan elevada que podría optarse por una cirugía más conservadora, en la que no resultara afectada la función del esfínter y, por tanto, se pudiera prescindir de la colocación de una bolsa, mejorando la calidad de vida.

Con tal motivo, el trabajo desarrollado ha consistido en analizar la capacidad de la ecoendoscopia para predecir la existencia de enfermedad residual tras el tratamiento con quimioterapia y radioterapia de intensidad modulada y antes de la cirugía. "Además, este estudio resulta también novedoso por la técnica de radioterapia empleada", subraya la doctora Arbea. La radioterapia de intensidad modulada consigue aplicar mayor concentración de dosis de irradiación en el tumor, evitando en gran medida que la radiación afecte a los órganos sanos próximos y concentrando mayor intensidad en la lesión tumoral, "por lo que podría resultar más efectivo y menos tóxico para el paciente", describe la especialista.

El doctor Subtil realiza una ecoendoscopia a un paciente.

Hay casos en los que la efectividad de la quimio y radioterapia previas es tan elevada que podría optarse por una cirugía más conservadora

Respecto al valor predictivo de la ecoendoscopia, "hasta la fecha, está comprobada la elevada sensibilidad y especificidad de esta técnica en el diagnóstico de un paciente con un tumor de recto sin tratar a la hora de obtener datos precisos del tumor, en cuanto a dimensiones y a existencia de afectación ganglionar", advierte. Sin embargo, el tratamiento convencional para estos casos establece la administración de quimio y radioterapia antes de la cirugía, lo que provoca cambios importantes e inflamación en la zona tratada, de modo que los datos que aporta la ecoendoscopia sobre el estado del tumor después de este tratamiento pierden fiabilidad.

PRESERVAR EL ESFÍNTER. El estudio de la Clínica se ha realizado en 51 pacientes con tumor primario en el recto, a los que se había administrado previamente quimio y radioterapia de intensidad modulada para realizarles a continuación la cirugía. "Como son pacientes que se tenían que operar, hemos podido comparar los hallazgos de la ecoendoscopia (el estado del tumor tras el tratamiento con quimio-radioterapia y si existía o no afectación ganglionar) con lo que realmente había, según se podía ver en la cirugía", explica la doctora Arbea.

Tras este análisis, el equipo de investigadores ha confirmado que la ecoendoscopia aporta escasa fiabilidad para predecir el tamaño en el que ha quedado el tumor, tras el tratamiento con quimio-radioterapia, pero puede tener un papel importante en la evaluación del estado de los ganglios tumorales. "Esta técnica de diagnóstico por imagen ofrece una alta fiabilidad, de casi el 90%, en cuanto a especificidad y valor predictivo negativo de la existencia de afectación tumoral en los ganglios", asegura la oncóloga. Y ésta es la clave para poder optar por una cirugía menos radical que la convencional.

De este hallazgo podría beneficiarse un subgrupo de pacientes sin afectación ganglionar de inicio, en quienes tras el tratamiento con quimio-radio, se corrobore mediante una ecoendoscopia que sigue sin existir afectación ganglionar, es decir, que la enfermedad no está extendida más allá de la pared rectal. En el estudio realizado por el equipo de especialistas de la Clínica, estas condiciones pudieron observarse en 7 de los 51 pacientes analizados, que tenían tumores de localización muy baja y no presentaban ganglios afectados.

[+] MÁS INFORMACIÓN

Patterns of response after preoperative intensity-modulated radiation theray and capecitabine/oxaliplatin in rectal cancer: is there still a place for ecoendoscopic ultrasound? Arbea L, Diaz-Gonzalez JA, Subtil JC, Sola J,Hernandez-Lizoain JL, Martinez-Monge R et al. Int J Radiat Oncol B Phys 2010.

HISTORIAS DE LA CLÍNICA

Antonio Marcilla

"Estuve más de tres semanas sin corazón, enganchado a una máquina"

Este auxiliar de farmacia pamplonés, tras sufrir su quinto infarto, fue trasladado a la Clínica donde esperó casi un mes a un **trasplante cardiaco**

CUN ■ Tan elevado era el riesgo para su vida que la ambulancia tardó media hora en recorrer la pequeña distancia que separa los dos centros hospitalarios. La decisión del trasplante había sido cuestión de minutos. Una vez llegado a la Clínica Universidad de Navarra, el equipo médico le sometió a diversas pruebas con las que corroboraron que el resto de sus órganos cumplía las condiciones adecuadas para el trasplante.

Antonio Marcilla Clemente, de 56 años, sufrió el tercer infarto de su vida el pasado 19 de enero. Justo el día que se incorporaba a trabajar después de haber permanecido 10 meses de baja médica debido a una enfermedad arterial en la pierna. La convalecencia no le había supuesto un problema para acudir, frecuentemente, de visita a la farmacia donde trabaja como auxiliar desde hace más de 30 años.

El 19 de enero llegó contento y puntual al establecimiento. Se dispuso a comenzar su trabajo cuando comenzó a sentirse mal. Sudoración, pesadez en los brazos, eran síntomas que le resultaban familiares de ocasiones anteriores y que le hacían reconocer que aquello podía tratarse de su tercer infarto. Volvió a su casa y enseguida su madre llamó al 112, desde donde enviaron una ambulancia medicalizada que le trasladó al Hospital de Navarra. Allí quedó ingresado durante dos o tres días en la UCI para pasar después a planta. Instalado en su habitación, en un momento dado, su hijo Iván, siempre cerca de su cama, le advirtió que tenía mala cara. "De nuevo volvía a estar en la UCI. Mi siguiente recuerdo ya fue en la Clínica Universidad de Navarra".

El lapso de tiempo que transcurrió entre los dos centros hospitalarios no llegó a dos días. Entre tanto, Antonio había sufrido dos infartos más. Su situación se había vuelto insostenible; su vida pendía de un hilo. Puestos en contacto los equipos médicos de los dos centros hospitalarios se decidió que la única solución para él era el trasplante de corazón.

DOS POSIBLES TRASPLANTES. Mientras tanto, el corazón de Antonio no era capaz de mantenerlo con vida. El equipo de Cirugía Cardiaca de la Clínica, liderado por el doctor Gregorio Rábago, decidió someterlo a una primera intervención para conectarlo a una máquina externa que hiciera las funciones del órgano cardiaco hasta que llegase un corazón adecuado. El paciente pamplonés no fue consciente de la operación. Ni siquiera guarda malos recuerdos del postoperatorio. Así permaneció más de tres semanas, enganchado a cuatro tubos por

los que la sangre entraba y salía de su organismo tras recibir el impulso necesario de aquel equipo externo.

En tal situación, el pasado 3 de febrero Antonio cumplió 56 años. En un momento dado pareció que el día le iba a traer un regalo extraordinario. El personal de trasplantes informó al paciente y a su familia de la existencia de un corazón que podía ser para él. Pero la ilusión se tornó pronto en decepción. El órgano no presentaba las condiciones idóneas para ser trasplantado.

Ocho días más tarde se repitió la circunstancia, pero tampoco esta ocasión fue la definitiva. Nueve días después su suerte cambió.

El 19 de febrero, al mes justo de ingresar por su tercer infarto, amaneció un día especial para usted.

Aquel día ocurrieron una serie de detalles fuera de lo habitual. Entraron por confusión a darme de comulgar en un momento en que estaba adormilado. El que había pedido la Comunión era el paciente de la habitación de al lado. Pero ya que el sacerdote estaba allí, comulgué. Me sirvió para concienciarme. Aquel día reñí con el de arriba. Reñí en serio con Dios. Le dije: "O me traes hoy el corazón o ya no me lo traigas". Y realmente se lo dije con toda la fe del mundo. Tanto es así que cuando llegaron mi mujer y mi madre a las 5 de la tarde les aseguré: "Hoy me trasplantan". Ellas me preguntaron que quién me lo había dicho. Les contesté que el de arriba. Mi madre me preguntó si me refería al director de la Clínica. Pero enseguida entendieron que de quien hablaba era de Dios.

"El 26 de enero, cuando me trasladaron a la Clínica, pensé que ya me había muerto."

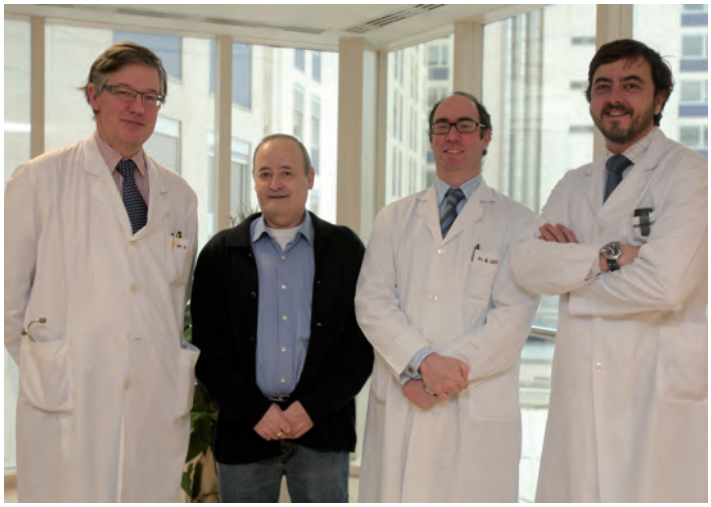
"No tengo más que palabras de agradecimiento para el equipo médico y para las enfermeras que me transmitían mucha seguridad y ánimo".

"Tengo que dar gracias a mi familia porque sin ellos no hubiese llegado hasta aquí."

Pero eran las cinco de la tarde y realmente usted no tenía noticia de nada.

Ellas se fueron y a eso de las 20:45 me di cuenta de que había pasado ya el turno de las cenas y a mí no me la habían traído. Entonces me di cuenta de verdad que me iban a trasplantar porque yo sabía que todas las operaciones de trasplante se hacen por la noche. A eso de las 9 de la noche, el doctor Rábago entró en mi habitación para decirme que

PASA A LA PÁG. 34 >>



Antonio Marcilla flanqueado por el equipo de cirujanos cardicacos que le intervino. A la izquierda, el doctor Rábago y a la derecha, los doctores Levy y Hernández Estefanía.

Las enfermeras de la UCI que asistieron a Antonio antes y después del trasplante: De izquierda a derecha, María Lucia, Amparo Martínez, Mercedes Galdiano y Arantzazu Marco.

<<VIENE DE LA PÁG.33

había un corazón y que esta vez sí era válido para el trasplante. A las dos de la mañana, con todo ya preparado para la intervención, avisaron a mi familia. Llegaron y me despedí de todos.

Un momento muy difícil. Entraba en el quirófano para someterse a una operación a vida o muerte.

La verdad es que bajé al quirófano muy tranquilo. Lo viví como si estuviese en una película. Incluso se lo dije al doctor Rábago: "Es como si fuésemos dos actores protagonistas, tú el principal y yo el segundo y todo el personal que nos rodea en el quirófano son los demás actores". Lo cierto es que estaba muy tranquilo. Me despedí de todos mirándoles a la cara y pensando: "Hacedlo bien que luego vuelvo".

Le asistía la tranquilidad de creer que la intervención iba a salir bien.

Sí, porque la esperanza yo ya la había perdido en enero cuando, ingresado en el hospital, me dieron los dos infartos seguidos. El 26 de enero, cuando me trasladaron a la Clínica pensé que ya me había muerto.

Tuvo la suerte, entre comillas, de que aquel quinto y sexto infartos de su vida le sobreviniesen estando ingresado.

De verdad me alegro de ello, porque si en lugar de estar en el Hospital hubiese estado en la calle, probablemente yo ya no estaría aquí. De ahí que cuando me llevaban a hacerme el trasplante no sintiera ningún miedo. Lo cierto es que no me puedo quejar de nada. Me han hecho el trasplante y he quedado de maravilla. Estoy que no me lo creo. Esta experiencia me ha hecho ver todo por el lado positivo.

Tras una intervención de doce horas de duración con un elevado compromiso de su vida, ¿cómo ha sido su recuperación?

Al día siguiente de la operación ya me encontraba muy bien. El doctor Rábago me dijo que en tres días me pasarían a planta y cuatro más tarde estaría en la calle. Y así fue. Cuando me lo decía, yo le recordaba que llevaba un mes sin poner los pies en el suelo. Pero él me dijo que no importaba, que iba a ser así. En esto también tengo que dar gracias a mi familia porque sin ellos no hubiese llegado hasta aquí.

Un mes más tarde ¿cómo se encuentra?

Durante la recuperación no he sentido ningún dolor, ni cuando estaba enganchado a la máquina lleno de tubos y cables, ni en el postoperatorio. Ahora mismo, no siento nada. Hay veces que me pongo la mano a la altura del corazón para sentir que lo tengo, porque realmente no lo noto. No como cuando tenía el mío que lo notaba palpitar como una cafetera vieja.

Echando la vista atrás ¿qué ha obtenido de esta experiencia?

Que la vida es muy bonita y que estamos aquí para aprovecharla. También, que es necesario que haya más donaciones. La gente se tiene que concienciar pero sé que hay veces que, si no te pasa un caso cerca, no te das cuenta de lo importante que es.

Está viviendo una segunda oportunidad con todas las letras.

Soy consciente. Para mí esto ha sido un milagro.

Ahora le toca plantearse de nuevo la vida ¿qué perspectivas de futuro tiene?

Ahora veo la vida de color rosa. Lo primero que espero es poder volver a trabajar pronto. El doctor Rábago me ha dicho que probablemente en dos o tres meses ya esté en condiciones Y, en general, tengo ganas de hacer vida normal, de trabajar, de estar con la familia y con los amigos, que se han portado conmigo de forma inmejorable. Físicamente, tengo todavía los problemas que tenía en la pierna, anteriores al trasplante, que me dificultan dar largos paseos como a mí me gusta. Pero el médico me ha dicho que es posible que el nuevo corazón pueda mejorarme también la pierna.

En general, ¿cómo calificaría esta experiencia vital?

De muy positiva. En el proceso no lo he pasado mal, creo que en gran parte por el trato recibido. Antes del trasplante, cuando estaba enganchado a la máquina había ocasiones en que estaba anímicamente bajo, algo que no he intentado que no viese mi familia, aunque sé que lo han pasado muy mal por mí. Pero las enfermeras me animaban para que cuando viniesen ellos me encontrase bien. La verdad es que no tengo más que palabras de agradecimiento para el equipo médico y, en especial, para las enfermeras que, a pesar de la juventud de algunas, me transmitían mucha seguridad, ánimo y tranquilidad. Sinceramente, creo que viven su trabajo de forma vocacional.

plusalud

Hospitalización
+
Segunda opinión médica presencial
+
Medicina Preventiva y Soluciones Estéticas
+
Seguro dental gratuito

Póliza de hospitalización + plusalud
desde 0,9 euros al día

Con la garantía de la
Clínica Universidad de Navarra

Clínica Universidad de Navarra + ACUNSA Asistencia Clínica Universidad de Navarra

- precio + salud + tecnología + atención + investigación

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

www.acunsa.es

CON NOMBRE PROPIO

El doctor **Javier Salvador**, director del departamento de Endocrinología y Nutrición, ha participado en la 'Guía de manejo post tratamiento de cirugía bariátrica' de la Endocrine Society, publicada por el *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. El documento ha sido elaborado por cinco especialistas norteamericanos y el doctor Salvador, que fue propuesto por la Sociedad Europea de Endocrinología.

Actualidad

CONGRESOS

I Jornada multidisciplinar de acceso vascular de hemodiálisis,
Fecha: 26 mayo 2011
Lugar: Facultad de Medicina. Universidad de Navarra
Organización: Departamento de Nefrología (CUN)
T 948 25 54 00 (ext. 4831)
alarraga@unav.es

Programa educativo para padres y profesionales que trabajan con niños con implante coclear.
Fecha: 23 junio 2011
Lugar: Facultad de Medicina. Universidad de Navarra (Pamplona)
Organización: Departamento de Otorrinolaringología (CUN)
T 948 25 54 00 (ext. 4651)
agancino@unav.es

Curso Retina Pamplona 2011
Fecha: 17 junio 2011
Lugar: Facultad de Medicina. Universidad de Navarra
Organización: Departamento de Oftalmología (CUN)
T 948 25 54 00 (ext. 4231)
mclara@unav.es

Comer mal puede deprimirnos

Investigadores del Proyecto SUN demuestran que las grasas trans aumentan el riesgo de depresión y el aceite de oliva lo evita

Almudena Sánchez-Villegas y Miguel Ángel Martínez-González.

UN ■ Investigadores de las universidades de Navarra y Las Palmas de Gran Canaria han demostrado que la ingesta de grasas trans y grasas saturadas aumenta el riesgo de sufrir depresión y que el aceite de oliva, en cambio, protege frente a esta dolencia.

Así lo han comprobado tras estudiar durante seis años a 12.059 voluntarios integrantes del proyecto SUN (Seguimiento Universidad de Navarra), de quienes se analizó la dieta, estilo de vida y las enfermedades que sufrían al comienzo, en el transcurso y al final del proyecto. De este modo se confirmó que a pesar de que ningún voluntario sufría depresión al iniciar el estudio, al finalizarlo ya se habían detectado 657 nuevos casos.

De todos ellos, los participantes con un elevado consumo de grasas tipo trans —grasas presentes de forma artificial en la bollería industrial y la comida rápida, y de forma natural en algunos productos lácteos enteros— "presentaron un incremento del riesgo de depresión de hasta un 48% cuando se les comparó con los participantes que no las consumían", asegura Almudena Sánchez-Villegas, profesora titular de Medicina Preventiva de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, primera autora del trabajo.Asimismo, el estudio constata una relación dosis-respuesta, "de modo que cuantas más grasas trans se consumían, mayor efecto dañino causaban éstas en los voluntarios", afirma la experta.

Por otro lado el equipo, dirigido por Miguel Ángel Martínez-González, catedrático de Medicina Preventiva de la Universidad de Navarra, analizó también la influencia de las grasas poliinsaturadas -abundantes en pescados y aceites vegetales- y del aceite de oliva en la presencia de la enfermedad: "De hecho, descubrimos que este tipo de grasas más sanas, junto con el aceite de oliva, se asocian a una reducción del riesgo de sufrir depresión", subraya el investigador, director del Proyecto SUN.

En este sentido, los resultados del estudio corroboran la tesis de mayor incidencia de la enfermedad en países del norte de Europa respecto a países del sur, donde prevalece un patrón de dieta mediterráneo.

Sin embargo, los expertos advierten que en los últimos años la incidencia de la enfermedad ha aumentado, llegando a los 150 millones de personas afectadas en el mundo.

El doctor **Carlos Villas**, del Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología, ha sido nombrado presidente del Congreso de la Sociedad Internacional Argospine, una asociación de grupos europeos de investigación para la osteosíntesis de la columna vertebral. El doctor Villas sustituye en el cargo a un especialista japonés y se convierte en el primer español nombrado presidente de este congreso, que se celebrará en París en 2012.

El doctor Duilio, examinador del Board Europeo de Anestesia

■ El doctor Ariel Duilio González, del Departamento de Anestesiología y Reanimación, ha obtenido la certificación como examinador del Board Europeo de Anestesia e Intensivos. El certificado lo concede la Sociedad Europea de Anestesiología. Durante el primer fin de semana de marzo, ejerció en Madrid como examinador de candidatos que quieren obtener el Diploma Europeo en Anestesia e Intensivos. Esta actividad fue también un examen para el especialista, ya que fue evaluado paralelamente su papel como examinador.

Este año, el doctor Duilio fue el único especialista de un hospital español designado examinador, pasando a formar parte de un comité de 20 examinadores de diferentes países europeos. "Esto tiene mucho valor para la carrera profesional de cualquier especialista", reconoce el doctor Duilio. "No sólo es un honor inimaginable si pienso en mis primeros años como anestesista, sino un compromiso de proyecto y formación que he asumido llevar a cabo con mi mayor esfuerzo. El ser parte del comité de examinadores implica estar actualizado y en formación continua con respecto a todos los tópicos en anestesia e Intensivo para cumplir con el rol solicitado", concluye el doctor.

La Asociación Europea de Urología destaca el programa de residencia de la Clínica

■ La Asociación Europea de Urología ha publicado en su revista *Urology Today*, que llega a 10.000 urólogos europeos, un artículo sobre el programa de residencia del Departamento de Urología de la Clínica titulado *Comprehensive residents training as a central goal*. La publicación del texto surge a raíz de la obtención de la acreditación como departamento de formación de residentes por laEuropean Board of Urology el año pasado. El artículo destaca los puntos fuertes del programa de residencia de urología, que comenzó en 1974. Además, ofrece datos sobre el departamento, como el número de consultas realizadas, las operaciones practicadas o las estancias hospitalarias. Por otro lado, el texto cuenta cómo la identidad cristiana de la Clínica, "se refleja en la atención al paciente". Según el doctor Ignacio Pascual, director del Departamento, la obtención de este reconocimiento "supone corroborar la excelencia del programa formativo de los residentes, que cuentan con unos estándares internacionales de calidad, y facilitar la estancias formativas de profesionales de otros países en nuestro centro".

De izquierda a derecha, Isabel Martínez, María Victoria García, Maribel Puyol y Carolina Ostiz.

Premiada una comunicación sobre los cuidados de enfermería en el tratamiento de radioesferas

■ Una comunicación de cuatro enfermeras de la Clínica ha obtenido el primer premio en el IX Congreso Nacional de Radiología Intervencionista, celebrado en Sevilla del 2 al 4 de marzo. La comunicación, titulada "Cuidados de enfermería en el tratamiento de radioesferas", fue la mejor de las dieciséis que realizaron hospitales de Barcelona, Toledo, Madrid, Sabadell, Córdoba, Alicante, Asturias, Santander, Valencia, Zaragoza, Hospitalet de Llobregat y Pamplona.La comunicación fue presentada por Carolina Ostiz, Mariví García, Maribel Puyol e Isabel Martínez, enfermeras del Departamento de Radiología.

El trabajo sostiene que el papel de la enfermería en la sala de angiografías durante la radioembolización hepática garantiza que el tratamiento se realice correctamente y cubra totalmente la necesidad de bienestar del paciente.

ENLACES DEL TRIMESTRE

www.pasearconepoc.es/
Hacer ejercicio constituye un tratamiento importante para los pacientes con EPOC para mejorar el control de su enfermedad.

Libros &Webs

EL ENLACE DE LA CLÍNICA

www.cun.es/la-clinica/servicios-medicos/unidad-de-genetica-clinica/

NUEVOS CONTENIDOS DE LA UNIDAD DE GENÉTICA CLÍNICA
La Unidad de Genética Clínica ha actualizado los contenidos de su página web para ofrecer más información sobre su actividad en el diagnóstico y pronóstico de patologías con componente genético. La información, orientada a especialistas clínicos, a personas afectadas y a sus familias, detalla los métodos de diagnóstico genético indicados en cada caso, así como los riesgos o el seguimiento específico de cada familia o paciente.

El doctor Narbona coedita un libro sobre neuropediatría

La publicación, en la que participan doce autores, tres de ellos de la Clínica, está dirigida a especialistas.

El doctor Narbona posa junto a un ejemplar del libro.

El doctor Juan Narbona, del Departamento de Pediatría, ha coeditado, junto al doctor Josep Artigas Pallarés, neuropediatra y psicólogo del Hospital Niño Jesús de Barcelona, el libro 'Trastornos del neurodesarrollo', el número uno de la colección de monografías de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica.

En la publicación han participado doce autores de diferentes hospitales españoles, tres de ellos del Departamento de Pediatría de la Clínica: el doctor Narbona, Nerea Crespo y Sara Magallón. En concreto, los especialistas de la Clínica se han encargado de los capítulos 'El trastorno de aprendizaje procedimental' y 'Parálisis cerebral'.

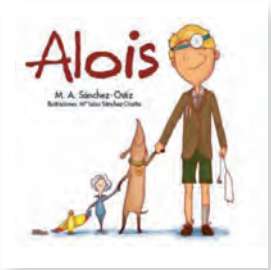
FICHA TÉCNICA

Título: Trastornos del neurodesarrollo.
Autores: J. Artigas-Pallarés, J. Narbona
Editorial: Viguera
Nº de Páginas: 522
Precio: 57,69 €

Según el doctor Narbona, el libro profundiza en temas relacionados con el neurodesarrollo: "los trastornos o dificultades del desarrollo infantil, desde los trastornos de aprendizaje, el autismo, el retraso mental, la parálisis cerebral o todos los síndromes genéticos que se traducen en peculiaridades de la conducta que tienen que ver con constituciones genéticas determinadas". 'Trastornos del neurodesarrollo' no es sólo un libro con descripciones detalladas, "sino que también intenta revisar muy a fondo los conocimientos actuales sobre la etiopatogenia de estas situaciones y, sobre todo, las soluciones de tipo farmacológico o psicoeducativo que se pueden ofrecer a cada uno de ellos".

www.adeaweb.org/
Asociación de pacientes y familiares con dermatitis atópica, con información de actualidad, foros de debate y testimonios.

www.institutotomaspascual.es/
Información divulgativa sobre aspectos de la nutrición, alimentación y hábitos de vida saludables.



Geriatría
ALOIS

Autor: Mª Angeles Sánchez-Ostiz
Edita: Foro QPEA
Número de Páginas: 137
Precio: 20 euros

■ Dar a conocer a los niños y jóvenes la enfermedad de Alzheimer de una forma "alegre y esperanzadora" es el objetivo de Alois un libro de la escritora navarra María Ángeles Sánchez-Ostiz, quien propone el cariño a los enfermos como el mejor tratamiento paliativo. El libro consta de una primera parte que cuenta la biografía del doctor Alzheimer y en la segunda parte un abuelo explica a su nieta en qué consiste la enfermedad a través de un cuento cuyas protagonistas son cuatro neuronas bibliotecarias que viven en el cerebro, una de las cuales se pone enferma de Alzheimer. El mensaje que lanza a los niños es que el tratamiento paliativo que se recomienda y que los enfermos reconocen es el cariño y esto es algo que todos, mayores y pequeños, pueden darles.

Cuidados Paliativos
EL DOLOR CRÓNICO

Autor: Julie K. Silver
Editorial: Paidós Ibérica
Número de Páginas: 224
Precio: 18 euros

■ El dolor engendra estrés y, a su vez, el estrés provoca dolor en una espantosa espiral descendente. La doctora Silver revisa las causas y características del dolor crónico e investiga el impacto que produce en las relaciones en el seno de la familia y en el clan familiar, abarcando aspectos como el trabajo, la labor de hacer de padre, la maternidad, la herencia, y la salud emocional. Trata aspectos del dolor crónico no abordados en una típica visita al consultorio del médico: cómo difieren ambos sexos en su experiencia del dolor crónico, su efecto sobre la conducta de un niño pequeño o el rendimiento de un niño más mayor en la escuela, los riesgos de dependencia y adicción de los analgésicos, y medios prácticos para que los familiares más allá del círculo familiar inmediato ofrezcan apoyo a la víctima del dolor.

Traumatología
LA OSTEOPOROSIS

Autor: Kathleen Mayes
Editorial: ONIRO
Número de Páginas: 224
Precio: 13,90 euros

■ Unos huesos finos y quebradizos, fracturas de muñeca y de cadera, ancianos encorvados... La osteoporosis es una enfermedad cada vez más frecuente, en especial entre las mujeres después de la menopausia, aunque también puede afectar a un nada despreciable número de hombres. Pese a su gran prevalencia, en muchos casos es posible prevenirla, y también cabe tomar medidas para detener su curso o al menos retrasar su aparición.

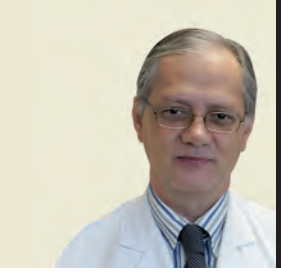
Kathleen Mayes explica las causas y los efectos de esta temible enfermedad, con abundante información sobre el papel del calcio en el organismo, los beneficios del ejercicio físico y la dieta que conviene seguir.

Nutrición
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Autor: Francisca Lahortiga Ramos y Adrián Cano Prous
Editorial: Everest
Número de Páginas: 150
Precio: 15,95 euros

■ Los trastornos de la conducta alimentaria no son sólo síntomas, sino auténticas enfermedades, más propias de nuestra cultura occidental, que han sufrido un progresivo incremento durante las últimas décadas. El inicio en edades cada vez más tempranas, su alta incidencia, las repercusiones que tienen a nivel físico y psicológico, el impacto que causan en el entorno familiar y las enormes dificultades para conocer sus causas, han aumentado el interés en los últimos años por el estudio de estas patologías.

Los medios de comunicación han propiciado un conocimiento cada vez mayor de estas enfermedades y han fomentado una preocupación social por el tema, pero existen todavía importantes lagunas en el conocimiento de estas patologías. En este libro encontrará amplia información sobre estas enfermedades de graves consecuencias.



FIRMA INVITADA
EDUARDO MARTÍNEZ VILA

Ictus, daño cerebral y unidades de neurorrehabilitación

EL ICTUS representa en los países desarrollados uno de los condicionantes más importantes de incapacidad permanente en el adulto y la segunda causa de muerte en la población (la primera en las mujeres). Las repercusiones a nivel personal, familiar, social, sanitario y económico del ictus son de primera magnitud. Si, además, se tiene en cuenta que las tres cuartas partes de los ictus acontecen en mayores de 65 años, no es de extrañar que se considere al ictus como una auténtica "epidemia".

Los ictus son la consecuencia de un trastorno de la circulación sanguínea en el cerebro y se producen por la obstrucción del flujo sanguíneo en una arteria (trombosis, embolia), lo que origina un infarto, o por la rotura de una arteria, dando lugar a una hemorragia o derrame cerebral. De todos los ictus, aproximadamente el 75% son infartos y el 25% hemorragias cerebrales. De los supervivientes a la fase aguda del ictus, alrededor del 60% quedarán con secuelas incapacitantes y requerirán ayuda para las actividades básicas de la vida diaria.

Sin embargo, en las dos últimas décadas los avances experimentados en el conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos y factores etiopatogénicos de los distintos tipos de ictus, en las medidas de prevención primaria y secundaria, en técnicas diagnósticas más precisas, incruentas y de aplicación más precoz, y en el desarrollo de nuevos fármacos y técnicas terapéuticas no farmacológicas, pueden considerarse espectaculares. El ictus es una urgencia médica, en donde cada minuto que pasa las posibilidades de recuperación se reducen. La afirmación de que "el tiempo es cerebro", adquiere cada vez mayor relevancia, y ello es aplicable en consonancia con los avances farmacológicos, técnicas endovasculares y desarrollo de las Unidades de Ictus (la Clínica es una de las pioneras en nuestro país).

En la actualidad, no solo es posible reducir la frecuencia del ictus, sino también modificar su historia natural y mejorar los déficit neurológicos producidos. La incorporación de nuevas posibilidades terapéuticas es cada vez más significativa y abre un área importantísima donde poder actuar de forma muy eficaz, para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Este avance se pone de manifiesto en el campo de la neurorrehabilitación, que a través de un conjunto de métodos aprovecha la plasticidad cerebral para recuperar aquellas funciones neurológicas perdidas o disminuidas como consecuencia de un daño cerebral. Esta nueva subespecialidad precisa de un equipo multidisciplinar donde el neurólogo debe formar parte activa del mismo, pues su conocimiento de la neuroanatomía, fisiopatología y la plasticidad cerebral le sitúan en una posición ideal para establecer mejoras en la orientación diagnóstica, pronóstica y terapéutica, así como para desarrollar nuevas y más efectivas técnicas para optimizar el control motor y las habilidades cognitivas. Además de neurólogo y médico rehabilitador, el equipo debe contar con fisioterapeuta, logopeda, terapeuta ocupacional, neuropsicólogo y trabajador social. Según el caso, podrá ser necesario requerir la participación de otros especialistas como psiquiatras, otorrinolaringólogos, neurocirujanos, neumólogos, traumatólogos y ortopedas, etc.

La organización de los diferentes tipos de unidades de neurorrehabilitación generan resultados que apuntan en la misma dirección, aunque con magnitudes diferentes, lo que lleva a pensar que la organización y el funcionamiento de las unidades de neurorrehabilitación pueden modificar los resultados del tratamiento neurorrehabilitador. Si se comparan los datos de diferentes sistemas sanitarios, se pueden encontrar aspectos que justificarían al menos parte estas diferencias, como un ingreso más precoz en la unidad, un tratamiento más intenso y específico, así como la existencia de unidades de neurorrehabilitación ambulatoria bien estructuradas y sin esperas.

Parece oportuno tender hacia un diseño de tratamiento neurorrehabilitador que consiga la mayor reducción de la discapacidad de los pacientes, y una menor duración de la estancia hospitalaria, con la consiguiente disminución del gasto sanitario. Evidentemente es complicado instaurar un sistema que asegure el tratamiento perfecto, pero es deber de todos conocer cuáles son las condiciones ideales para la recuperación del daño cerebral y tender hacia ellas.

*El doctor **Eduardo Martínez-Vila** es director del Departamento de Neurología de la Clínica Universidad de Navarra.*

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