noticias.cun

REVISTA DE LA CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA OCTUBRE - DICIEMBRE 2011 NÚMERO 078

Cirugía robótica con Da Vinci. Primer centro en España en intervenir por la cavidad oral. 4-6

Ensayo contra la diabetes tipo1. Una investigación comprobará la eficacia de las células madre adultas. 18-22

Diagnóstico del TDA-H. Un test de realidad virtual consigue avances, precisión y rapidez. 8-10

HOSTAL ABODI

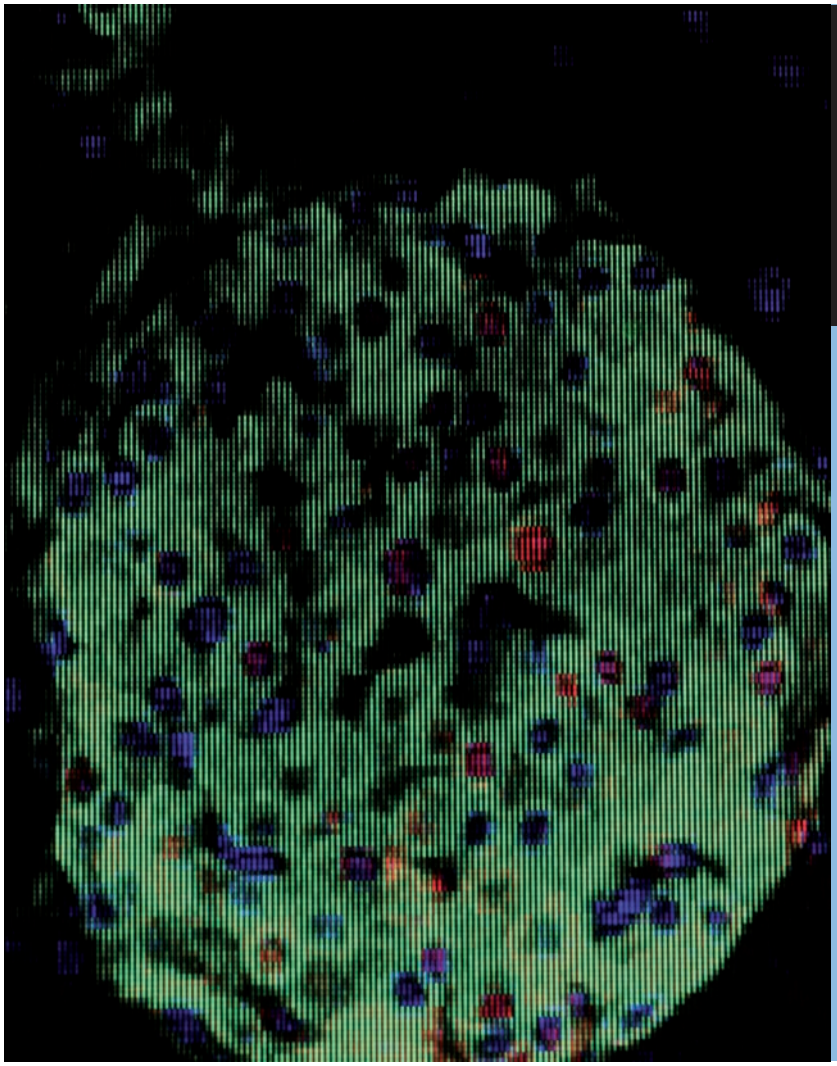
SU CASA JUNTO A LA CLÍNICA

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
Células madre adultas vs diabetes. Imagen de microscopio de fluorescencia mostrando células beta productoras de insulina. **18-22**

078
Oct-Dic 2011

Cirugía robótica. Primera intervención en España de cirugía transoral con Da Vinci. **4-6**
Realidad virtual para TDA-H. La nueva prueba aporta más precisión y rapidez diagnóstica. **8-10**
Ventilación Jet. Nuevo sistema respirador para acceder a zonas quirúrgicas más complejas. **12-14**
Cirugía de la obesidad. La Clínica acreditada como centro de excelencia. **16-17**
Braquiterapia perioperatoria. Comprobada su eficacia en la mayor serie mundial de pacientes. **24-25**
Estudio contra la cirrosis. Comienzan a ensayar un tratamiento mediante terapia celular. **26-27**
Investigación. Tras la intervención de la parálisis facial, el cerebro de la mujer se readapta mejor. **28-29**
Historias de la Clínica. Alfredo Villaverde supera un cáncer de colon. **30-32**
Actualidad. Las noticias de la Clínica. **36-37**
Libros & Webs. Recomendaciones para estar bien informado en salud. **38-39**
Firma invitada Enrique Sueiro. **38**

EDITORIAL

Apuesta por la tecnología

LA CRISIS ECONÓMICA en la que nos hallamos inmersos está condicionando las políticas estratégicas y de inversión de las empresas de cualquier sector, incluido, como vemos todos los días en los medios de comunicación, el sanitario. Pese a esta realidad, a la que la Clínica no es ajena, nuestros esfuerzos se siguen encaminando a mantener e incrementar las políticas de calidad y seguridad de los pacientes, a potenciar la investigación, y a sostener el programa de inversiones en tecnología que suponga un salto cualitativo en el tratamiento de las principales patologías. Este número de la revista explica tres de nuestras últimas apuestas tecnológicas: la aplicación del robot Da Vinci en otorrinolaringología por primera vez en España; la habilitación, también de manera pionera en nuestro país, de una TAC con la incorporación de una mesa quirúrgica, que logra la máxima eficacia en la braquiterapia; y la aplicación de un sistema de anestesia denominada "ventilation jet" que facilita intervenciones hasta ahora difíciles de abordar. Más tecnología para curar mejor.

Noticias de la Clínica Universidad de Navarra. Número 78. Cuarto trimestre de 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:** 1889-8157.
CONTACTO. **Pamplona.** Avenida Pío XII 36, 31008 Pamplona. T 948 255 400. **Madrid:** Calle General López Pozas 10, 28036 Madrid. T 91 353 19 20.
Página web: www.cun.es **Correo electrónico:** atpacientecun@unav.es

AVANCES CLÍNICOS

Primer hospital español en practicar una cirugía por la cavidad oral con el robot Da Vinci

Otorrinolaringólogos de la Clínica han empleado el equipo robótico para tratar a dos pacientes con síndrome de apnea obstructiva del sueño

CUN ■ Un equipo de otorrinolaringólogos de la Clínica ha efectuado recientemente la primera cirugía transoral (practicada a través de la cavidad oral) que se realiza en España con el robot Da Vinci. Los especialistas, formados en Estados Unidos para el empleo de la cirugía robótica en tratamientos de Otorrinolaringología, los doctores Peter Baptista y Juan Manuel Alcalde, han practicado una extirpación (resección) parcial de la amígdala lingual y de la base de la lengua en un paciente con apnea obstructiva del sueño. Este volumen excesivo de la amígdala lingual le provocaba una obstrucción parcial de la vía aérea y, como consecuencia, una apnea obstructiva del sueño, síndrome que puede ocasionar una interrupción frecuente del sueño con consecuencias en forma de fatiga diurna, hipertensión e incluso problemas cardiacos como arritmias. Los especialistas han efectuado posteriormente un segundo caso de cirugía robótica para esta misma indicación en una paciente de 52 años, también con resultados satisfactorios. La Clínica Universidad de Navarra cuenta ya con una importante experiencia en cirugía robótica para tumores de próstata.

La apnea obstructiva del sueño es una enfermedad con una elevada incidencia, cuya prevalencia situada entre un 2 y un 4% de la población. Este síndrome se produce debido a la existencia de una serie de alteraciones anatómicas de la vía aérea superior. Puede tratarse de una obstrucción en partes blandas (paladar, amígdala, base de lengua y adenoides) o de alteraciones de la estructura ósea.

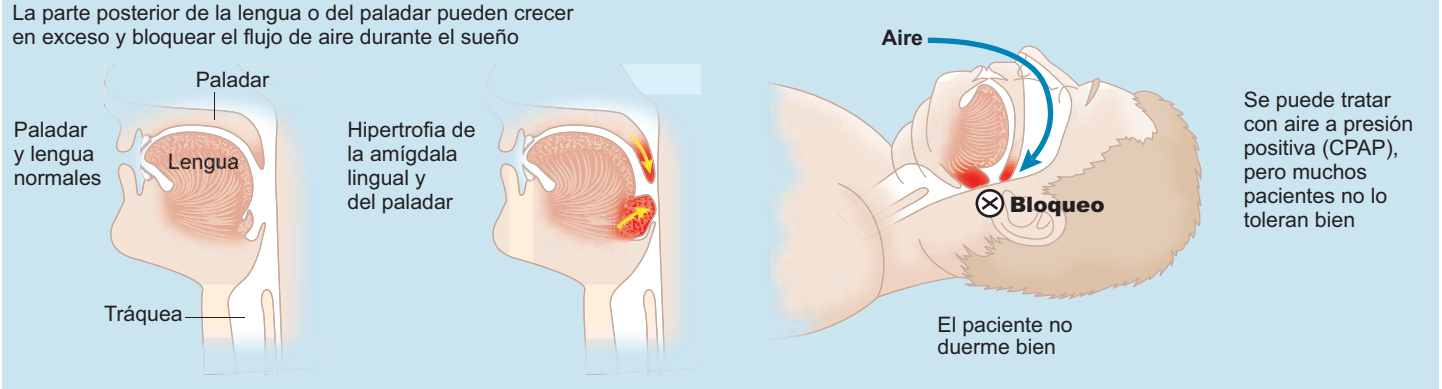
El tratamiento habitual de los pacientes con apnea del sueño severa es el CPAP. Consiste en una máscara unida a un equipo que impulsa aire a presión positiva.

No obstante, existe un número importante de pacientes que no toleran bien este tratamiento o dejan de utilizarlo. Este grupo es el que debe ser tratado mediante una cirugía basada en la remodelación del paladar, en una extirpación de amígdalas (amigdalectomía), en cirugía nasal si fuera precisa y, actualmente, en una intervención quirúrgica sobre la base de la lengua mediante cirugía robótica transoral. "El procedimiento quirúrgico con el robot Da Vinci es la cirugía de base de lengua de amígdala lingual, más efectiva. Es una cirugía para pacientes con hipertrofia de amígdala

CIRUGÍA ROBÓTICA PARA LA APNEA

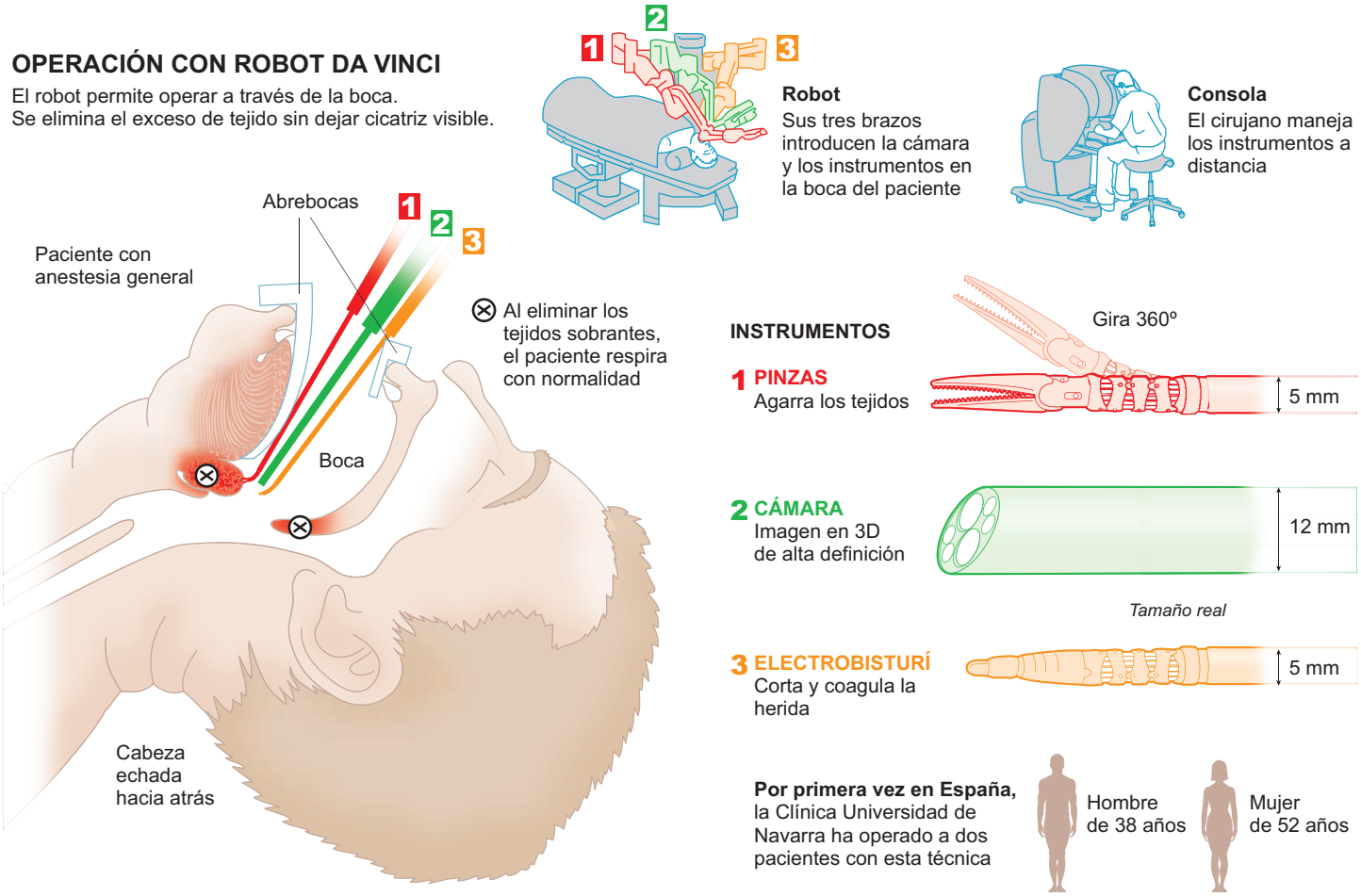
APNEA OBSTRUCTIVA

La parte posterior de la lengua o del paladar pueden crecer en exceso y bloquear el flujo de aire durante el sueño



OPERACIÓN CON ROBOT DA VINCI

El robot permite operar a través de la boca.
Se elimina el exceso de tejido sin dejar cicatriz visible.



lingual, para la que ningún otro procedimiento quirúrgico facilita tanto la labor del cirujano, ni ofrece tan buenos resultados", describe el doctor Baptista.

PRIMERA INTERVENCIÓN. La primera intervención de cirugía robótica transoral se practicó a un paciente brasileño de 38 años que presentaba apnea obstructiva del sueño con una marcada hipertrofia de la base de la lengua. La intervención transcurrió de forma satisfactoria y duró una hora. El ingreso hospitalario fue de cuatro días con la primera noche de estancia en la UCI.

Con anterioridad, el paciente que había sido tratado mediante CPAP, si bien no había tolerado el tratamiento. La opción quirúrgica debía incluir una resección de amígdala lingual y base de lengua que hubiera resultado compleja por métodos convencionales. Por este motivo se optó por una cirugía robótica transoral. "El robot Da Vinci facilita el abordaje quirúrgico y la resección. Se trata de un instrumento que mejora las opciones de tratamiento quirúrgico en determinados casos", precisa el doctor Alcalde. La óptica 3D del robot, "permite una visión en alta definición del campo quirúrgico en diferentes ángulos y posibilita la cirugía sobre áreas anatómicas de difícil acceso con otros procedimientos convencionales", indica.

La cirugía robótica transoral se lleva a cabo con instrumentos especialmente diseñados, de reducido tamaño y una gran precisión en su manejo. "Este avanzado equipamiento quirúrgico nos permite trabajar con una perfecta visualización y precisión milimétrica", resume el doctor Baptista.

Se trata, en definitiva, "de un procedimiento de presente, no de futuro, que también puede utilizarse en la extirpación por vía transoral de tumores de amígdala, base de lengua, hipofaringe y laringe, como alternativa a la cirugía con láser o a procedimientos quirúrgicos abiertos", señala el doctor Alcalde.

"El trabajo en equipo de los especialistas me generó mucha confianza"

Andrés Piñón, que padecía apnea obstructiva del sueño, es el primer paciente intervenido en España mediante cirugía robótica transoral

Los doctores Juan Alcalde y Peter Baptista flanquean a su paciente, Andrés Piñon Siqueira.

CUN ■ Cuatro días después de la cirugía robótica transoral (a través de la cavidad oral) que le efectuaron en la Clínica los doctores Baptista y Alcalde, Andrés Piñón Sequeira, empresario brasileño de 38 años, ya dormía siete horas de tirón. Este paciente llevaba cuatro años con una necesidad de sueño de 12 horas diarias que, además, no le procuraban un descanso suficiente. Tras pasar por varios especialistas en Río de Janeiro (Brasil), su ciudad natal, le diagnosticaron un Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño. El tratamiento que finalmente le indicó un neumólogo en su país fue el CPAP, un equipo que emite aire a presión positiva, facilitando la respiración nocturna. Sin embargo, Andrés no toleró bien su uso.

Para el paciente brasileño, las consecuencias de la enfermedad se tradujeron en una somnolencia diurna permanente y fatiga crónica, lo que le impedía trabajar en condiciones adecuadas, así como desarrollar una vida familiar y social normalizada. "Antes no podía trabajar ni tampoco tenía energía para jugar con mis dos hijos que todavía son pequeños, una niña de de 8 años y un niño de 5. A pesar de dormir 12 horas todavía me sentía cansado", advierte.

Sufrió durante años un sueño poco reparador que le limitaba mucho la vida.

Al final, me la limitaba tanto que mi estado de ánimo también se resintió. Por eso, en Brasil me prescribieron medicación para la depresión. Este tratamiento hizo que algunos médicos atribuyeran la somnolencia y el cansancio a fármacos para la depresión. Los médicos que me fueron viendo en Brasil no se ponían de acuerdo. Por eso, cuando vine a la Clínica el trabajo en equipo y las decisiones conjuntas, con todos los especialistas de acuerdo, me resultaron muy satisfactorios.

Una prima suya de Galicia, paciente de la Clínica, fue quien le informó de que aquí contaban con tratamientos avanzados la apnea.

Con esta recomendación nos pusimos en contacto con la Clínica y vinimos desde Brasil. Me vieron especialistas en Neurología, Neurofisiología y Otorrinolaringología, especializados en trastornos del sueño. Me quedé muy satisfecho porque después de hacerme un estudio polisomnográfico, el equipo de especialistas me aconsejó la cirugía como tratamiento más adecuado para mi caso. Y todo este proceso de trabajo en equipo es lo que me ha dado en mucha confianza.

Además, le indicaron un procedimiento nuevo, la extirpación de parte la amígdala lingual y de la base de la lengua mediante cirugía robótica.

Sabía que me iban a operar con el robot Da Vinci, que era un equipo muy avanzado que tienen pocos hospitales. Me dijeron que para esta área anatómica era la primera vez que se utilizaba en España. En Brasil no me indicaron en ningún momento esta operación.

Con este equipamiento robótico, ¿cómo han transcurrido la intervención?

La cirugía duró menos de una hora y después, pasé una noche en la UCI y, en total, sólo cuatro días ingresado.

¿Cómo prevé su vida a partir de ahora, su futuro inmediato?

Mis dos hijos todavía son pequeños y tienen mucha energía. Me gusta mucho jugar con ellos. Aunque son niños, ellos ya se daban cuenta de mi cansancio. Era una situación que repercutía en todos los aspectos de mi vida. Cuando uno está muy cansado, el trabajo no se hace con tanto gusto. Pienso que ya he resuelto la parte psicológica que me hacía sentir muy mal por no producir como que debía. Creo que, a partir de ahora, cuando vuelva a Brasil mi vida va a cambiar en todos los aspectos, en el trabajo, con la familia y con las amistades.

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

AVANCES CLÍNICOS

La realidad virtual, un paso más en el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

El **equipo de Neuropediatría** de la Clínica ha participado en el diseño de un test que sitúa al paciente en un entorno similar al de una clase escolar real

CUN ■ El equipo de especialistas de la Unidad de Neuropediatría de la Clínica ha participado con la empresa Nesplora en el diseño de "AULA", un novedoso test dirigido a ofrecer un diagnóstico más preciso y completo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA-H).

La nueva herramienta se fundamenta en el desarrollo de un sofisticado software que introduce al niño en un escenario virtual semejante al de una clase escolar. Según explica la empresa, "el instrumento está diseñado para evaluar los procesos de atención y ayudar en el diagnóstico de los trastornos causados por su déficit". El test se ha probado en una muestra de 1.500 niños y niñas de entre 6 y 16 años.

Como se sabe, el TDA-H está causado por una disfunción neurobiológica y se presenta con una prevalencia situada entre el 5 y 7% de la población infantil y adolescente. "Los pacientes con TDA-H manifiestan problemas de atención, impulsividad y exceso de actividad, lo que puede originar un deficiente rendimiento escolar, así como problemas de comportamiento y dificultades en la relación familiar y social", advierten los expertos de la Clínica.

El equipo de especialistas de la Unidad de Neuropediatría de la Clínica Universidad de Navarra, que ha contribuido al diseño de la herramienta AULA, cuenta con una experiencia de más de 25 años en el diagnóstico y tratamiento del TDA-H y está constituido por los neuropediatras, los doctores Juan Narbona y Rocío Sánchez-Carpintero, y por la doctora en Psicopedagogía Nerea Crespo. Según destaca el director de la empresa diseñadora del nuevo test, Flavio Banterla, "al plantear este proyecto, decidimos contactar con el grupo de Neuropediatría de la Clínica por ser uno de los más reconocidos en trastornos del aprendizaje a nivel nacional e internacional. Nos encontramos con profesionales muy comprometidos con el avance de las herramientas de evaluación".

La nueva herramienta aporta numerosos datos objetivos y cuantificados que permiten completar un diagnóstico más preciso de este trastorno.

El paciente sujeta en su mano el pulsador con el que deberá cumplir las instrucciones que le solicita el profesor virtual.

FACTORES EVALUADOS. Entre los principales aspectos que evalúa la nueva herramienta figuran la tendencia a la distracción, la desviación del foco de atención y la atención dividida (la auditiva y la visual) de forma simultánea. Además, mide la actividad motora y garantiza la cooperación del paciente ya que su uso es similar al de un videojuego de ordenador, ámbito que resulta muy atractivo para el niño.

"Un aspecto realmente importante que aporta AULA es que introduce al niño en un entorno virtual muy parecido a la realidad escolar, con los posibles factores de distracción que pueden encontrarse en una clase real", apunta la doctora Rocío Sán-

PASA A LA PÁG. 10 >>

DESCRIPCIÓN DEL TEST Y SUS EJERCICIOS

Un software "ecológico"

La perspectiva obtenida mediante el diseño gráfico en 3D sitúa al paciente en uno de los pupitres del aula. Para ello, la herramienta consta de unas gafas especiales dotadas de sensores de movimiento y de auriculares que debe colocarse el niño. El dispositivo introduce al paciente en la realidad virtual escolar: entre otros alumnos y frente a un profesor que ofrece sus explicaciones en una pizarra. "El software actualiza la perspectiva del aula en función de los movimientos de la cabeza, ofreciendo al sujeto la sensación de encontrarse dentro de la clase", describen desde Nesplora.

En la pizarra virtual y a través de los auriculares se presentan una serie de estímulos a los que el niño deberá responder con un pulsador según las instrucciones que el profesor virtual le vaya dando. La prueba consta de dos ejercicios de evaluación. "En el primero –explican-, debe pulsarse el ratón cada vez que el estímulo presentado sea diferente al estímulo diana (el que se ha descrito previamente al paciente)". Por el contrario, en el segundo ejercicio, el botón debe pulsarse cada vez que se escuche o se vea el estímulo diana.

Durante la prueba, el software recibe directamente los datos objetivos y cuantificados sobre el grado y modo de cumplimiento de los diferentes tipos de ejercicios. El programa informático procesa dichos resultados para ofrecer, en un breve espacio de tiempo (unos 20 minutos), un informe completo al especialista.

Un niño pasando el test AULA con las gafas 3D y los auriculares que le permiten situarse en un aula.

<<VIENE DE LA PÁG.9

chez-Carpintero. Según describen desde la empresa, la presencia de numerosos "distractores" típicos de un aula escolar real como, por ejemplo, el reclamo de un compañero o la llamada a la puerta de la clase virtual, "permiten situar al paciente en un entorno "orgánico", similar a la situación real en la que mayor perjuicio le supone el trastorno".

La doctora Nerea Crespo, psicopedagoga de la Clínica, subraya la novedad del test, "especialmente en la evaluación neuropsicológica, porque además de ofrecer una información sobre funciones cognitivas del individuo, lo hace en una situación muy "ecológica". Gracias a este nuevo aspecto, conseguimos hacernos una idea muy real sobre cómo se comporta el niño". Para la especialista esta circunstancia supone un paso importante, "porque en la evaluación neuropsicológica actualmente no existe ningún instrumento basado en la realidad virtual".

Según el director de la empresa diseñadora del test, Flavio Banterla, "los métodos clásicos de evaluación de la conducta se pueden beneficiar de los avances tecnológicos actuales. AULA se ha diseñado con el objetivo de mejorar las herramientas de ayuda al diagnóstico del TDAH, para aumentar la calidad de vida de los afectados".

Entre los aspectos más importantes que se obtienen con la nueva herramienta, los especialistas de la Clínica destacan la medición simultánea de la atención auditiva y de la visual, así como su cuantificación de forma independiente, "lo que permite conocer en qué momentos concretos y en qué modalidades de procesamiento se producen las distracciones", destaca la doctora. De este modo, "cuando colaboramos en el diseño de las pruebas pusimos especial interés en que incorporara la medición auditiva, pues los test convencionales se fundamentan sobre todo en la visual", advierte.

"Es un avance importante no sólo en el diagnóstico, sino también en la prescripción de la intervención que debe llevarse a cabo con ese paciente concreto. Nos ofrece información muy valiosa sobre si en ese niño es más eficaz trabajar el aspecto visual, en caso de que hayamos advertido con la prueba que atiende mejor a estímulos visuales, o si el niño capta mejor los estímulos auditivos", explica la neuropediatra.

DISCERNIR EL GRADO DE ATENCIÓN. Otro aspecto importante que ofrece AULA es que "el test cuantifica la actividad motora pero además consigue discernir y ofrecer información sobre el grado de atención que presta el niño cuando permanece, sin moverse, mirando hacia el foco de interés —la pizarra—; es decir, ofrece datos sobre la calidad atencional", señala la psicopedagoga. Esto es una cuestión muy relevante "especialmente en la evaluación de pacientes que manifiestan déficit de atención sin hiperactividad, un trastorno más difícil de detectar y de evaluar", confirma la doctora Sánchez-Carpintero. La especialista considera que la nueva herramienta "constituye una ventaja importante, ya que aporta una serie de medidas objetivas de las funciones ejecutivas (inhibición de distractores, control de la impulsividad y atención selectiva, sostenida y dividida) que completan lo que los especialistas observamos sobre la conducta del niño en los ámbitos familiar, escolar y social, en los que se basa fundamentalmente el diagnóstico." Además, añade, "la captación de las cualidades y el grado de atención del paciente nos permiten realizar una comparación evolutiva del progreso de ese paciente y conocer en qué parámetros ha mejorado".

En definitiva, el equipo de la Clínica concluye que, si bien el diagnóstico lo da el conjunto de pruebas, "la nueva herramienta aporta numerosa y valiosa información que facilita un diagnóstico más detallado del trastorno".

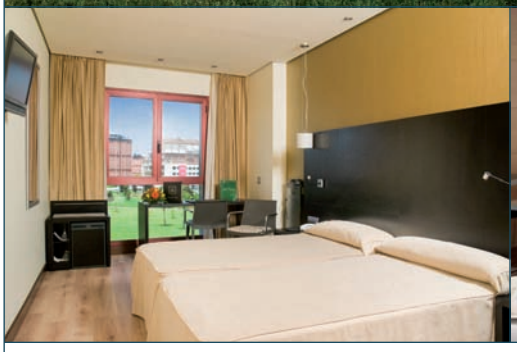
LA CIFRA

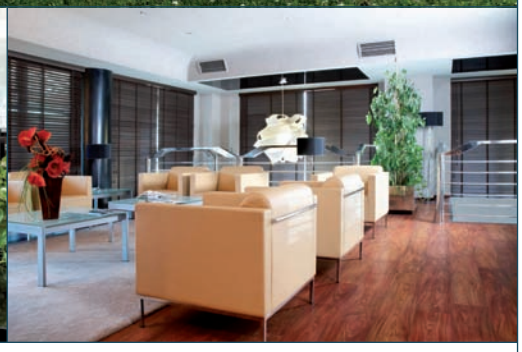
5-7%

Se estima que entre el 5 y el 7% de la población pediátrica sufre Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA-H).

De izquierda a derecha, la doctora en Psicopedagogía Nerea Crespo, Flavio Banterla (Nesplora), el doctor Juan Narbona, la enfermera Esperanza Berástegui, la doctora Rocío Sánchez-Carpintero y Gema Climent (Nesplora).

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 UNE-EN ISO 14001 · CALIDAD TURISTICA · CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

AVANCES CLÍNICOS

La ventilación jet facilita la técnica quirúrgica en las áreas anatómicas más complicadas

La Clínica ha adquirido un sistema respirador que proporciona al paciente más aporte de oxígeno y un espacio anatómico más amplio para el cirujano

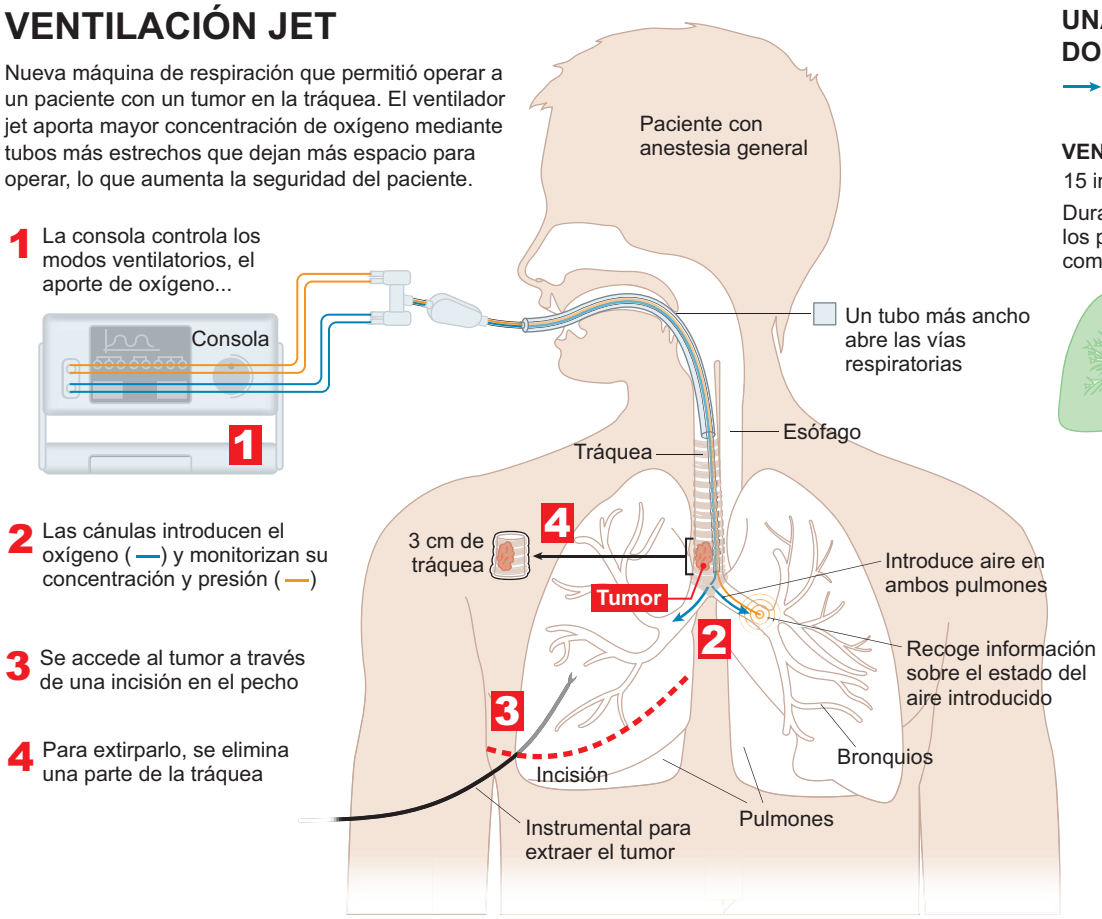
CUN ■ "Un aporte más elevado del flujo de aire y, por tanto, mayor concentración de oxígeno, un espacio más amplio para facilitar al cirujano la intervención en las áreas anatómicas más complicadas, así como una estrecha monitorización de la ventilación durante el procedimiento son las características diferenciales que ofrece el nuevo sistema de ventilación jet, respecto a los equipos respiradores convencionales", explica el doctor Rafael Moncada, especialista del Departamento de Anestesia y Cuidados Intensivos de la Clínica. El centro hospitalario ha incorporado recientemente este equipo respirador de última generación en numerosos procedimientos quirúrgicos.

El primer paciente con el que se ha hecho uso del avanzado equipo de ventilación Jet ha sido un responsable de enfermería de un centro hospitalario cubano, que fue intervenido en la Clínica por un equipo de cirujanos torácicos dirigidos por el doctor Wenceslao Torre, director del departamento. El paciente presentaba un tumor endobronquial, muy próximo a la zona de la tráquea que se bifurca en los dos bronquios (carina traqueal). Se trata de un tipo de tumor poco frecuente cuya ubicación representa una dificultad añadida. "El tumor se situaba en una posición anatómica muy compleja. Se trata de un espacio de difícil acceso para que el anestesiólogo pudiera ventilar al paciente con la tráquea abierta. Un problema que pudimos solventar gracias al sistema de ventilación Jet", advierte el doctor Moncada. "La intervención —apunta— se hubiera podido realizar también con un equipo convencional y, posiblemente, la necesidad de circulación extracorpórea. Pero hubiésemos tenido más dificultades y aumentado el porcentaje de riesgos para el paciente. El nuevo respirador facilitó en gran medida el abordaje quirúrgico y la seguridad del procedimiento".

En este caso, el uso del equipo respirador resultó especialmente importante gracias a las cánulas más finas (de menor diámetro que las convencionales) necesarias para introducir, durante la intervención, el flujo de aire por el aparato respiratorio del paciente. "Al incorporar unas

VENTILACIÓN JET

Nueva máquina de respiración que permitió operar a un paciente con un tumor en la tráquea. El ventilador jet aporta mayor concentración de oxígeno mediante tubos más estrechos que dejan más espacio para operar, lo que aumenta la seguridad del paciente.



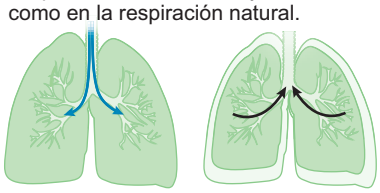
UNA MÁQUINA, DOS VENTILACIONES

→ Aire inspirado (O_2) → Aire espirado (CO_2)

VENTILACIÓN NORMAL

15 impulsos / minuto

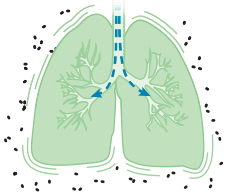
Durante el inicio y el final de la cirugía, los pulmones se hinchan y deshinchan como en la respiración natural.



ALTA FRECUENCIA

Hasta 1.500 impulsos / minuto

Durante la extracción del tumor, los pulmones se mantienen hinchados, vibrando. Es más fácil operar (menos movimientos).

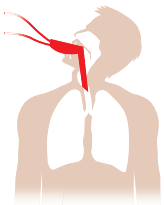


El CO_2 puede acumularse. Se controla con análisis de sangre periódicos durante la operación.

TIPOS DE INSTRUMENTOS

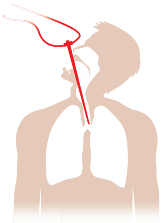
Se adaptan a diversos tipos de operaciones.

LARINGOSCOPIO



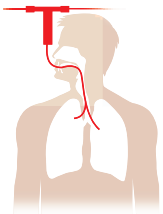
Operaciones de glotis y cuerdas vocales.

BRONCOSCOPIO



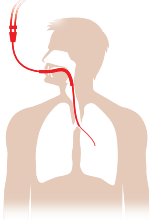
Operaciones en los bronquios.

APLICACIÓN PARA TUBO ENDOTRAQUEAL



Permite ventilar un pulmón mientras se opera el otro.

CATÉTER MULTILUCES JET



Se utiliza en operaciones en las que hay poco espacio.

cánulas mucho más finas el equipo respirador facilitó al cirujano el acceso al tumor y la anastomosis (unión o sutura) traqueobronquial", especifica el doctor Moncada.

CARACTERÍSTICAS DESTACABLES. El sistema de ventilación Jet, de emisión de un mayor flujo de aire, ya existía con anterioridad. Sin embargo, el nuevo equipo adquirido por la Clínica incorpora novedades relevantes. Entre ellas destacan distintos modelos de cánulas que permiten su adaptación a distintas áreas anatómicas y, por tanto, su utilización en diferentes tipos de cirugías.

Es importante también la alta frecuencia de emisión del flujo de aire que aumenta el número de ventilaciones por minuto "que facilita y mejora la oxigenación del paciente durante la intervención, al tiempo que permite modular esta frecuencia según resulte conveniente en cada caso", indica el especialista. Además, para determinadas cirugías endobronquiales, el nuevo equipo permite ventilar, incluso, el pulmón sobre el que se opera, "lo que supone una gran ventaja en este tipo de intervenciones", añade.

El nuevo respirador facilitó en gran medida el abordaje quirúrgico y la seguridad del procedimiento.

El nuevo equipo incorpora cánulas de diámetro muy pequeño que permiten su adaptación a diferentes áreas anatómicas.

El nuevo equipo, comercializado por una firma austriaca, aporta diferentes piezas de cirugía compatibles con el nuevo dispositivo respirador, entre las que figura instrumental específico para efectuar broncoscopias y laringoscopias y el sistema de monitorización del paciente durante la intervención.

INDICACIONES. En la Clínica, los especialistas del Departamento de Anestesia y Cuidados Intensivos ya utilizan el dispositivo de ventilación jet de forma habitual en cirugía torácica, de laringe y cuerdas vocales (torrinolaringología).

De forma general, gracias a los distintos tipos de cánulas y piezas que incorpora el nuevo modelo, el abanico de indicaciones en las que puede utilizarse se amplía. Según subraya el doctor Moncada, debido a esa variedad instrumental, el dispositivo es compatible, entre otras, con la ventilación bronquial necesaria en la realización de broncoscopias, especialmente con técnicas complejas en las que puede peligrar la correcta ventilación del paciente.

Las cirugías de la especialidad de Otorrinolaringología

PASA A LA PÁG. 14 >>

<<VIENE DE LA PÁG.13
se benefician también de las ventajas de este equipo respirador, así como los pacientes con patología pulmonar ingresados en las unidades de críticos. Del mismo modo, reporta ventajas en numerosas cirugías torácicas de pacientes con poca reserva respiratoria, "en los que la existencia de un pulmón muy patológico pone en riesgo una correcta oxigenación", apunta el anestesista.

En cuanto a las nuevas piezas que incorpora cabe destacar las indicadas para las broncoscopias, las cánulas especiales para laringoscopia y, en especial, para la cirugía de cuerdas vocales. Asimismo, aporta una pieza en forma de T, indicada para adaptarse a tubos endotraqueales y mascarillas laríngeas, utilizados en cirugías torácicas en las que se ventila un solo pulmón mientras se interviene el otro (tubos de doble luz). El dispositivo posee también cánulas multiluces que se emplean en ventilaciones de secciones traqueales, en las estenosis (estrechamiento) traqueales y en cirugías de tráquea en general. En conjunto, apunta el especialista, "se trata de un equipo de ventilación jet que ofrece importantes ventajas y un uso muy variado".

Respecto al paciente, este sistema de ventilación reduce el tiempo de algunas cirugías al facilitar el acceso quirúrgico. Aumenta, en este sentido, la seguridad de la intervención gracias a la capacidad para aportar mayor volumen de oxígeno según sea necesario en cada momento. La posibilidad de ventilar de forma adecuada al paciente operado de pulmón resulta un beneficio importante porque disminuye los riesgos de daño pulmonar en el postoperatorio.

"Este tipo de ventilación humaniza la cirugía al reducir el tiempo de intervención y los riesgos"

Lázaro Hernández Vergel, enfermero superior de un hospital cubano, fue el primer paciente operado en la Clínica con este nuevo sistema respirador.

El doctor Torre junto a Lázaro Hernández a quien operó.

CUN ■ Los síntomas comenzaron con la aparición de unos cuadros respiratorios que se repetían hasta dos veces en un mismo mes. "Inicialmente no le di importancia, pensé en un cuadro viral o un catarro común. El síntoma alarmante fue un cuadro hemoptóico (expectoración con sangre) que me hizo pensar en una enfermedad más grave, una tuberculosis o un tumor", detalla Lázaro Luis Hernández Vergel, de 46 años, enfermero superior de la Clínica Central 'Cira García' de La Habana (Cuba).

A la vista de estos síntomas acudió inmediatamente a los servicios médicos de su ciudad donde le practicaron una broncoscopia de la que resultó un diagnóstico contundente: "Me detectaron un tumor en la tráquea muy próximo a la carina (bifurcación de la tráquea en los bronquios). Los estudios histológicos dieron como resultado que se trataba de un mixoma (tumor benigno). Sin embargo, el lugar donde se situaba resultaba de muy difícil acceso por lo que era complicado poderlo intervenir en mi país, a pesar de los adelantos médicos que tenemos".

En la búsqueda de un centro hospitalario fuera de su país, dotado de personal y medios adecuados para operarle llegó hasta la Clínica Universidad de Navarra.

Así fue. Y tengo que agradecer la atención recibida por parte de toda la institución desde el primer momento hasta el último. Hacen falta muchos hospitales como este en el mundo, al menos uno por país.

¿Sabe que ha sido el primer paciente operado en la Clínica asistido con un equipo respirador de ventilación jet de última generación?

Sí. El especialista y los anestesistas que me hicieron la valoración previa a la intervención fueron muy éticos. Me informaron de su intención de utilizar una tecnología muy puntera. Se trataba de una técnica muy beneficiosa porque una cirugía con circulación extracorpórea presenta mayores riesgos que con este tipo de ventilación.

Desde su conocimiento como profesional sanitario ¿qué opinión le merece este nuevo sistema respirador?

Pienso que humaniza mucho la cirugía porque el tiempo de intervención es menor y los riesgos también. Creo que hizo más cómodo, confiado y seguro el trabajo al equipo de anestesistas y cirujanos.

Esta entrevista transcurre una semana después de la intervención, ¿cómo se encuentra?

Muy bien, teniendo en cuenta el corto período de tiempo que ha pasado desde la cirugía. A penas he sufrido dolor postoperatorio, sólo alguna pequeña molestia, normal en este tipo de incisiones propias de una cirugía torácica, de una toracotomía. La evolución ha sido muy buena.

A sus 46 años con mucha trayectoria profesional por delante, ¿cómo observa el futuro inmediato de vuelta a su país?

Regreso a mi país muy contento, con el deseo de incorporarme pronto al trabajo.

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.

EUROPA

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

ACREDITACIÓN

La Clínica, acreditada como centro de excelencia en Cirugía de la Obesidad

Se trata de una certificación de la Federación Internacional para la Cirugía Bariátrica (IFSO) que reconoce también al doctor **Fernando Rotellar**

CUN ■ La Clínica ha obtenido recientemente la acreditación como Centro de Excelencia en Cirugía Bariátrica y Metabólica concedida por el Consejo Europeo de Acreditación dependiente de la Federación Internacional para la Cirugía Bariátrica (IFSO, de su denominación en inglés, 'International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders'), institución de mayor prestigio mundial en cirugía de la obesidad. Se trata de uno de los 14 centros que hasta la fecha han recibido esta credencial en Europa.

El objetivo de la certificación es reconocer la seguridad que ofrece el centro acreditado en el tratamiento quirúrgico de la obesidad. Se trata de un doble reconocimiento, por un lado a la institución y, por otro, al cirujano especialista, en este caso, al doctor Fernando Rotellar Sastre.

El Consejo de Acreditación Europea de Cirugía Bariátrica (EAC-BS) es la organización que estudia los medios institucionales y la calificación del cirujano, así como su experiencia, "con el fin de garantizar una gestión segura y eficaz para los pacientes con obesidad mórbida y con otros trastornos metabólicos que puedan ser tratados quirúrgicamente, como la diabetes tipo 2", informa la organización.

El objetivo de la certificación radica, por tanto, en "garantizar la seguridad y mejorar la calidad de los servicios ofrecidos a los pacientes con obesidad severa en todo el mundo y al mismo tiempo alentar a los proveedores de atención sanitaria para mejorar sus servicios hasta alcanzar un nivel de excelencia", aseguran desde la entidad acreditadora.

El objetivo de la certificación es garantizar la seguridad y calidad de los servicios.

La acreditación tiene validez de cuatro años, hasta 2014, si bien la evaluación del centro seguirá un proceso de actualización hasta esa fecha. Durante este período de tiempo, un miembro del comité acreditador podrá realizar visitas de inspección al centro acreditado para corroborar que continúa cumpliendo con los requisitos exigidos.

Para obtener esta certificación internacional es necesario que, a partir del inicio del proceso acreditador, el hospital que lo ha solicitado realice al menos 50 intervenciones de cirugía bariátrica y las presente con un seguimiento

De izquierda a derecha, los doctores Fernando Rotellar, Javier Salvador, las enfermeras Mª Luisa Irigoyen y María Molina, la evaluadora del Consejo de Acreditación Europea de Cirugía Bariátrica, Ioanna Gallou, y los doctores Gema Frühbeck y Víctor Valentí.

mínimo de 6 meses a partir de la fecha de la operación.

MÁS DE UNA DÉCADA DE EXPERIENCIA. Según subraya el doctor Rotellar "esta acreditación supone, sobre todo, una garantía para el paciente, ya que certifica los buenos resultados obtenidos por el centro acreditado y le asegura que cumple con todos los medios necesarios exigidos para proporcionarle una atención óptima". Además, "viene a refrendar el buen hacer de la Clínica en la especialidad de cirugía bariátrica, con más de una década de experiencia, ya que para obtener la certificación no ha tenido que realizar ningún cambio en su modo de abordar esta patología y cuenta con un equipo muy consolidado", destaca el especialista.

La obesidad mórbida es una enfermedad que a menudo presenta diversas patologías asociadas y que necesita un abordaje multidisciplinar. Actualmente, según el Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España, se calcula que el 39% de la población sufre sobrepeso, con un IMC (índice de masa corporal) entre 25 y 30, y el 23% es obesa, con un IMC superior a 30. Los pacientes candidatos a una cirugía bariátrica deben presentar un IMC superior a 40 kg/m² o mayor de 35kg/m² si tienen patología grave asociada. La prevalencia de esta enfermedad ha aumentado de forma alarmante en los últimos años en los países occidentales.

Los procedimientos quirúrgicos que se emplean en la Clínica para tratar los casos de obesidad mórbida se centran, principalmente, en el by pass gástrico y en la gastrectomía tubular, ambas realizadas por abordaje laparoscópico. Conviene subrayar que no existe una técnica universal, ya que el empleo de cada una depende de las características particulares de cada paciente.

NIVELES MÁXIMOS DE ATENCIÓN

En la evaluación efectuada por el consejo certificador, además del buen hacer quirúrgico se valoran también múltiples factores, entre ellos, la existencia de camas adecuadas para el peso de un paciente obeso, ascensores apropiados, atención de urgencias las 24 horas del día, anestesistas especializados en cirugía bariátrica, sillas de ruedas adecuadas para este tipo de pacientes o ascensores alternativos.

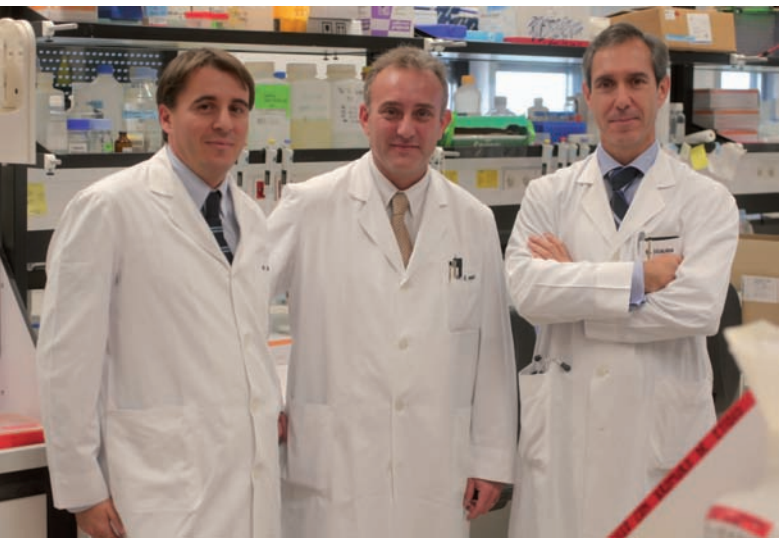
En definitiva, "se trata de una valoración muy importante" ya que garantiza al paciente obeso que el centro acreditado "cumple con los niveles máximos de atención y que los resultados obtenidos por ese cirujano en ese centro han ofrecido un nivel mínimo de complicaciones", indica el doctor Rotellar.

[+] MÁS INFORMACIÓN
www.cun.es/la-clinica/areas-multidisciplinares/departamento/unidad-obesidad

AVANCES CLÍNICOS

Células madre adultas contra la diabetes mellitus tipo 1

La investigación se fundamenta en los resultados obtenidos por un equipo del Área de Terapia Celular de la Clínica en un ensayo en ratones NOD



Los doctores Miguel Barajas y Enrique Andreu, del Área de Terapia Celular, y el doctor Javier Escalada, investigador principal del ensayo y responsable de la Unidad de Diabetes.

CUN ■ Un equipo de investigadores de la Clínica iniciará en breve un ensayo clínico fase I-II con células madre adultas obtenidas de la médula ósea del propio paciente, para tratar la diabetes mellitus tipo 1 autoinmune (DM1A) en sus fases más incipientes. Se trata de células mesenquimales, caracterizadas por su posibilidad de diferenciarse en distintos tipos celulares y por su acción inmunomoduladora o reguladora del sistema inmune. El objetivo general del ensayo radica en intentar "detener la agresión autonimune de la enfermedad, mediante el tratamiento con este tipo de células madre", describe el doctor Javier Escalada, investigador principal y responsable de la Unidad de Diabetes del Departamento de Endocrinología de la Clínica.

El ensayo se prolongará por espacio de un año en su fase inicial y se calcula que hasta 3 años para obtener resultados definitivos.

La investigación está coordinada por el CAIBER (Plataforma Española de Ensayos Clínicos), red de centros de investigación a la que pertenece la Clínica Universidad de Navarra junto a otros 39 centros de toda la geografía española, perteneciente al

El doctor Miguel Barajas (Terapia Celular) observa al microscopio el cultivo de las células madre adultas mesenquimales.

Instituto de Salud Carlos III. El trabajo ha sido cofinanciado mediante un fondo ICI (Investigación Clínica Independiente) del Ministerio de Sanidad, por la Clínica y el CAIBER.

Además del equipo de la Clínica que lidera el ensayo, en el trabajo participan también especialistas de los siguientes centros hospitalarios: Hospital Gregorio Marañón (Madrid), Hospital de Basurto (Bilbao), Hospital Universitario de Canarias (Tenerife), Hospital Miguel Servet (Zaragoza), Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo), Hospital Clínico de Valencia y Hospital Universitario de Salamanca.

"Este proyecto pretende llevar a cabo la primera experiencia de investigación clínica traslacional a partir de los resultados obtenidos con tratamientos celulares inmunomoduladores en modelos animales de diabetes. Por ello integra en un mismo proyecto un grupo de especialistas clínicos con investigadores del Área de Terapia Celular, dedicados a modelos preclínicos de esta enfermedad, y del Servicio de Bioquímica Clínica con dedicación a la biología de las células madre mesenquimales", subraya el endocrinólogo.

LA ENFERMEDAD Y SU CRECIENTE PREVALENCIA. Las diabetes mellitus 1A es una enfermedad de origen autoinmune caracterizada por la destrucción de las células beta del páncreas, generadoras de insulina. La eliminación de estas células se produce por una reacción del sistema inmune contra sus propios islotes pancreáticos, estructuras que contienen las células beta del páncreas. Como se sabe, la insulina es la hormona encargada de facilitar que la glucosa en sangre penetre en las células y pueda así ser utilizada como fuente de energía y, por tanto, se ocupa de controlar los niveles de glucosa en sangre.

Los primeros resultados clínicos podrían obtenerse en un plazo de 2 a 3 años.

La posibilidad de modificar el ataque autoinmune con un producto celular procedente del propio paciente supondría un enorme avance.

La diabetes mellitus 1 se manifiesta a edades tempranas y no ofrece sintomatología hasta que la enfermedad se encuentra en un estado muy avanzado. Estadísticamente representa entre el 5 y el 10% de todos los casos de diabetes mellitus. Su prevalencia en España se sitúa entre 12 y 20 casos por cada 100.000 habitantes, aunque en los últimos años se ha observado una tendencia creciente en la incidencia de esta enfermedad.

Hasta la fecha, el tratamiento de este tipo de diabetes se fundamenta en la administración de insulina. El problema es que con el avance de la en-

PASA A LA PÁG. 20 >>

<<VIENE DE LA PÁG.19

fermedad la necesidad de aporte de insulina exógena aumenta. Para el tratamiento en origen de este tipo de diabetes se utiliza el trasplante de islotes pancreáticos, si bien ésta técnica presenta el inconveniente de la necesidad de medicación inmunosupresora para evitar el rechazo.

"Lo novedoso de nuestro ensayo es el tratamiento de este tipo de diabetes con células madre", advierte el especialista. Los tratamientos convencionales de la enfermedad basados en el aporte de insulina, "si bien han experimentado interesantes novedades, con productos análogos a la insulina, siguen suponiendo la dependencia diaria de numerosas inyecciones", describe. A pesar de las innovaciones, los tratamientos existentes a día de hoy "necesitan la intervención constante del paciente y precisan de una avanzada educación diabetológica".

El protocolo que plantea el equipo de la Clínica para el tratamiento de la DM1A con células madre adultas mesenquimales, obtenidas de la médula ósea, puede constituir un nuevo procedimiento terapéutico para los pacientes diabéticos. "Además, —añade— esta estrategia presenta una ventaja adicional puesto que es posible extraer las células mesenquimales de la propia médula del paciente, expandirlas in vitro, para conseguir un número suficiente de células que nos permitan realizar más de un trasplante e implantarlas en el propio paciente".

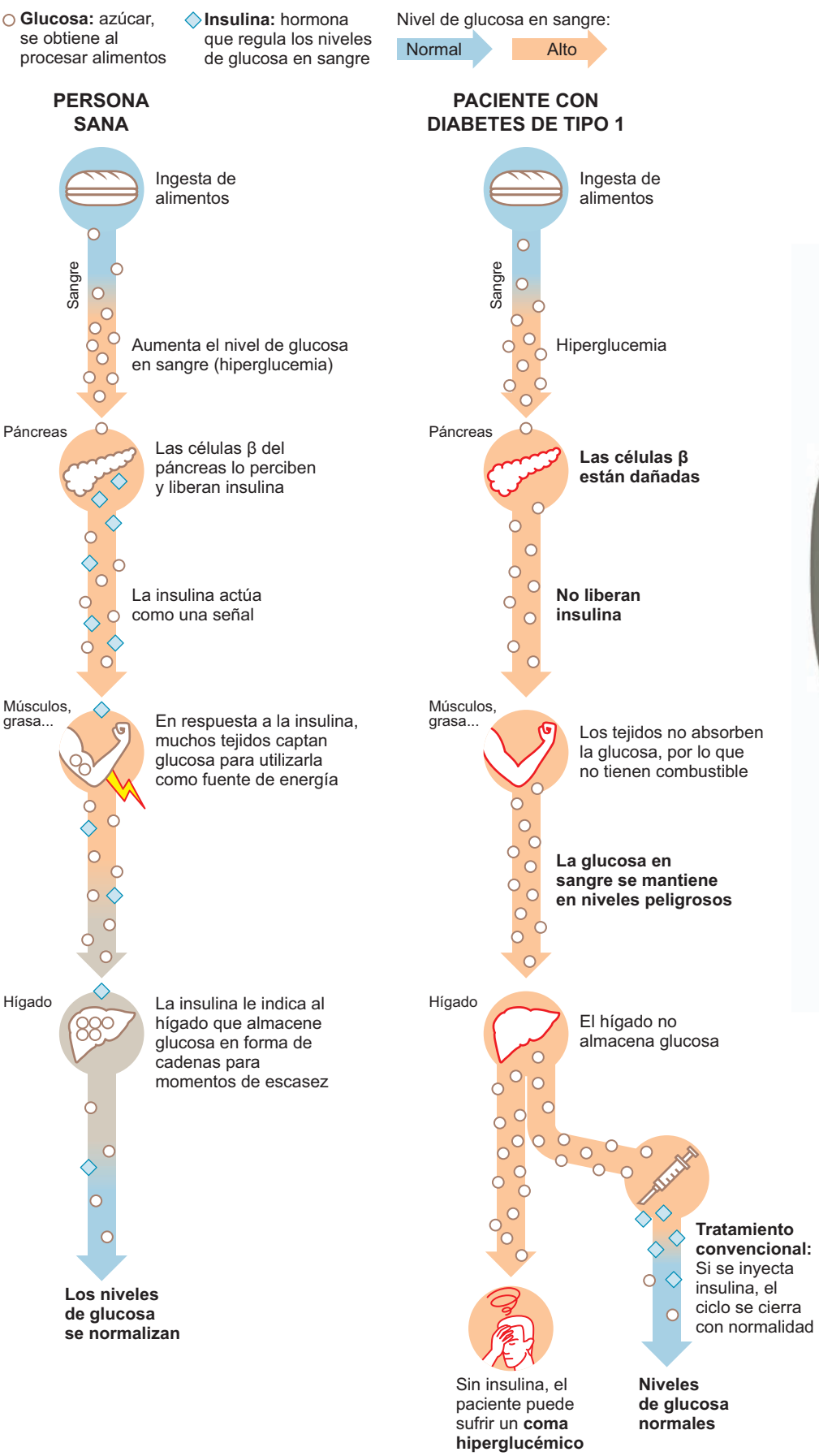
Según subraya el doctor Escalada, "la posibilidad de modificar el ataque autoinmune con un producto celular procedente del propio paciente supondría un enorme avance". Para el especialista significaría "un importante paso en la búsqueda de tratamien-

PASA A LA PÁG. 22 >>

ENSAYO CONTRA LA DIABETES

El tratamiento con células madre propias ha obtenido esperanzadores resultados en ratones. Permitiría a los pacientes con Diabetes Mellitus de tipo 1 liberarse de la dependencia a la insulina.

IMPORTANCIA DE LA INSULINA



FUNCIONES DEL PÁNCREAS

Tiene una doble función:

A → Segrega jugos digestivos al intestino delgado

B → Libera hormonas, como la insulina, a la sangre

Páncreas

Los alimentos llegan desde el estómago

Jugos digestivos del hígado

Insulina

PÁNCREAS

B

A

Insulina

Células β

Venas

Acinos pancreáticos: producen enzimas digestivas que ayudan a descomponer grasas, proteínas e hidratos de carbono

CÉLULAS β: producen insulina y la liberan en sangre

Intestino delgado

Los jugos digestivos del hígado y del páncreas se unen al bolo alimenticio

Los alimentos continúan su trayecto por el tubo digestivo

TRATAMIENTO EXPERIMENTAL

1 DIABÉTICOS DE TIPO 1

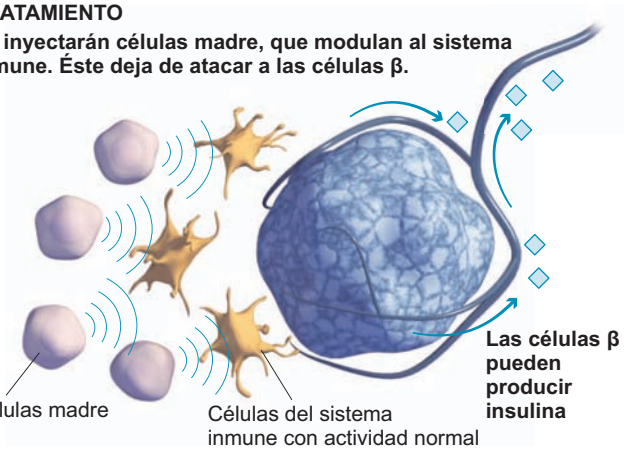
El sistema inmune está activado en exceso y ataca a las células β, que no funcionan bien.

2 CÉLULAS MADRE MESENQUIMALES

Se obtienen de una muestra de médula ósea del propio paciente, cultivándolas en laboratorio.

3 TRATAMIENTO

Se inyectarán células madre, que modulan al sistema inmune. Éste deja de atacar a las células β.



El tratamiento con células madre adultas se realizará mediante la inyección de una sola dosis.

<<VIENE DE LA PÁG.20

tos curativos para la enfermedad que a día de hoy es la principal causa de insuficiencia renal terminal y de ceguera en países desarrollados, así como causa importante de gasto sanitario".

EFICACIA EN UN 40% DE RATONES NOD. La puesta en marcha de este ensayo clínico tiene su fundamento en los resultados obtenidos en un estudio preclínico por un equipo de investigadores del Área de Terapia Celular de la Clínica, dirigido por el doctor Felipe Prósper, con décadas de experiencia en la elaboración de tratamientos personalizados con células madre adultas para enfermedades autoinmunes.

La investigación preclínica reveló que en el 40% de los ratones a los que se les daba una dosis de células mesenquimales la enfermedad se detenía.

Ya que hasta ahora no se han descrito tratamientos para la diabetes basados en células mesenquimales autólogas, los resultados serán de gran interés científico

Este equipo de Terapia Celular efectuó recientemente el estudio en ratones NOD, especie genéticamente propensa a desarrollar este tipo de enfermedad, la diabetes mellitus tipo 1 autoinmune (DM1A). "Observamos que esta enfermedad podía constituir una posible diana para poderla tratar con células mesenquimales, ya que es una enfermedad autoinmune en la que estas células madre adultas podrían resultar beneficiosas debido a sus importantes propiedades inmunomoduladoras", advierte el doctor Miguel Barajas, especialista del Área de Terapia Celular de la Clínica y coordinador de esta línea de investigación sobre el tratamiento celular de la DM1A en modelo animal.

En la investigación preclínica comprobaron que en el 40% de los ratones a los que se les administraba una única dosis de células mesenquimales la enfermedad se detenía, y en los casos en los que se repetía la administración de estas células procedentes de otros ratones (heterólogas), la efectividad se producía en más del 50% de los individuos tratados.

Todo el procesamiento celular necesario puede llevarse a cabo en la Clínica gracias a las instalaciones del Laboratorio GMP de Terapia Celular, con las que cuentan muy pocos centros hospitalarios. El trabajo en modelo animal contó con la participación del Laboratorio de Inmunología del Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) de la Universidad de Navarra.

CRITERIOS DE ADMISIÓN Y METODOLOGÍA. El ensayo está dirigido a pacientes con diagnóstico reciente de DMI, mayores de 18 años, a quienes se haya diagnosticado la enfermedad hasta 6 semanas antes de participar en el estudio. Además, deben presentar niveles detectables de péptido C, indicativo de la existencia de reservas de insulina, y anticuerpos positivos de anticélulas beta del páncreas.

El tratamiento aplicado durante el ensayo consistirá en la extracción de células mononucleares de la médula ósea y plasma del propio paciente. Después se procederá al cultivo de las células mesenquimales en el laboratorio GMP (Good Manufacturing Practice o normas de buenas prácticas) de Terapia Celular de la Clínica Universidad de Navarra para elaborar con ellas una preparación que se administrará por vía intravenosa, inicialmente, en una única dosis. "Las complicaciones asociadas a estos procedimientos en las series publicadas son excepcionales, por lo que esperamos que resulte un tratamiento altamente seguro", afirma el especialista.

Cada tres meses se realizará un muestreo sanguíneo para poder monitorizar y analizar la respuesta que se obtiene en cada individuo. Se realizarán unos test de estímulo (administración enteral de un preparado nutricional) y se irán extrayendo muestras en cada hospital de procedencia. Las muestras se remitirán a la Clínica Universidad de Navarra para su procesamiento, análisis y medición de parámetros bioquímicos e inmunológicos.

"Dado que hasta la fecha no se han descrito tratamientos para la diabetes basados en la utilización de células mesenquimales autólogas (del propio paciente), los resultados que se obtengan de este estudio serán de gran interés científico", conviene el especialista.

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

AVANCES CLÍNICOS

Confirmada la eficacia de la braquiterapia perioperatoria en la mayor serie de pacientes del mundo

Un equipo de la Clínica comprueba que esta técnica permite aumentar la cantidad de irradiación en una zona más delimitada y resultar menos tóxica

De izquierda a derecha, los doctores Mauricio Cambeiro, Néstor Montesdeoca, Rafael Martínez Monge, Matías Jurado y Mikel San Julián junto al equipo de braquiterapia de la Clínica.

CUN ■ Una menor toxicidad para el paciente y la posibilidad de aumentar el volumen de irradiación en una zona determinada si es preciso son dos ventajas de la braquiterapia perioperatoria de alta dosis, tratamiento que se viene aplicando en la Clínica desde hace más de una década.

Precisamente, los especialistas de la Clínica han realizado tres estudios que recogen la experiencia acumulada con esta terapia en cerca de 500 pacientes durante los últimos diez años, lo que supone la muestra más numerosa publicada a nivel mundial sobre la aplicación de esta técnica.

Como se sabe, la braquiterapia es un tratamiento radioterápico que consiste en la colocación de fuentes radiactivas dentro del tumor o próximas a éste. Por su parte, la braquiterapia perioperatoria de alta dosis se aplica en los días inmediatamente posteriores a la cirugía, para lo cual se prepara durante la operación la zona que va ser tratada.

En concreto, las investigaciones abordan el tratamiento de tres tipos de tumores: en diferentes localizaciones, en cabeza y cuello y en sarcomas. El primer estudio se ha publicado en el 'International Journal of Radiation Onco-

Especialistas de Maxilofacial aplican braquiterapia para tratar determinados tumores de la cavidad oral.

logy, Biology and Physics', revista oficial de la Sociedad Americana de Oncología Radioterápica, y los otros dos ya han sido aceptados para aparecer en posteriores números de la misma publicación.

En estos trabajos han participado directamente especialistas de cinco departamentos de la Clínica: Rafael Martínez-Monge, Mauricio Cambeiro, (Departamento de Oncología Radioterápica); Mikel San Julián (Cirugía Ortopédica y Traumatología); Juan Alcalde (Otorrinolaringología), Matías Jurado (Ginecología y Obstetricia) y Néstor Montesdeoca (Cirugía Oral y Maxilofacial).

El empleo de braquiterapia de alta dosis implica una serie de beneficios para el paciente relativos al desarrollo del tratamiento. "La gran ventaja —indica el doctor Martínez-Monge, director del Departamento de Oncología Radioterápica— es la reducción del tiempo total. Si con la radioterapia convencional el tratamiento viene a durar unas siete semanas, aplicando parte de la radiación con braquiterapia puede llevar unas dos semanas menos".

LA CIFRA

500

El centro ha tratado a cerca de medio millar de personas en la última década.

También esta técnica logra reducir el tiempo de radiación frente al requerido con la braquiterapia convencional. "Gracias a la existencia de nuevas fuentes de irradiación, los tratamientos se liberan en unos minutos. Antes el paciente tratado con braquiterapia llevaba la fuente radiactiva colocada durante días y, por ello, tenía que estar aislado en una habitación plomada, con limitaciones en cuanto al régimen de visitas y de atención de enfermería. Sin embargo, con la braquiterapia de alta dosis, el paciente no es radiactivo; por tanto, puede permanecer en una habitación convencional", concreta el doctor Martínez-Monge.

El especialista de la Clínica explica que, "en muchas ocasiones, aumentar la precisión de los tratamientos y, por lo tanto, disminuir la zona de irradiación logra unos resultados perfectamente comparables a los utilizados con técnicas convencionales". Además, añade, "con este procedimiento conseguimos administrar unas dosis de radiación que difícilmente serían alcanzables con otras técnicas, debido a sus efectos tóxicos".

[+] REFERENCIAS

1. Int J Radiat.Oncol Biol.Phys. 11-6-2011;
2. Int J Radiat.Oncol Biol.Phys. 26-5-2011.W
3. Int J Radiat.Oncol Biol.Phys. 15-3-2011;79:1158-1163.

Terapia celular frente a la cirrosis

El ensayo, pionero en el mundo por su método de aplicación, está abierto a la participación de pacientes que padezcan la enfermedad en una fase avanzada

CUN ■ La Clínica ha puesto en marcha un ensayo clínico sobre el tratamiento mediante terapia celular de la cirrosis hepática, un abordaje terapéutico frente a esta enfermedad del hígado que, por sus características de aplicación, resulta pionero en el mundo.

El ensayo está dirigido a la participación de personas que padezcan cirrosis hepática en una fase relativamente avanzada, con independencia de la causa que haya provocado la enfermedad.

El tratamiento, totalmente novedoso, consiste en "obtener células de la médula ósea del paciente y cultivarlas durante una semana en el laboratorio para que evolucionen hasta convertirse en precursoras de células endoteliales. Cuando han llegado a esa fase, se inyectan directamente hacia el hígado a través de la arteria hepática", según explica el doctor Jorge Quiroga Vila, especialista de la Unidad de Hepatología de la Clínica e investigador principal del ensayo clínico.

Así, las células obtenidas, continúa el doctor Quiroga, "permanecen en el hígado, donde liberan sustancias hepatoprotectoras, es decir beneficiosas para la función hepática, tal y como se ha demostrado en estudios experimentales previos De hecho, están dotadas para producir una serie de sustancias con capacidad protectora, regeneradora y estimulante del crecimiento de las células del hígado. Se trata de comprobar si podrían ayudar a la regeneración del órgano y, por tanto, si aumentaría su capacidad funcional y podrían disminuir las alteraciones de la circulación de la sangre a través del hígado".

El ensayo comprobará la eficacia del tratamiento en la función hepática y en la hipertensión portal

Para el tratamiento se obtienen células de la médula ósea del paciente.

Con este ensayo, indica el especialista de la Clínica, se pretende comprobar "si el nuevo tratamiento es eficaz en la evolución de la cirrosis

en dos aspectos: respecto a la función hepática y a la hipertensión portal". Además, añade, el objetivo primario consiste en comprobar que la terapia no tenga efectos nocivos. "Al tratarse de células del propio paciente, no existe riesgo de rechazo. Estudios previos con infusión de células de otro tipo no han mostrado efectos adversos, pero siempre que se hace un ensayo clínico de Fase I-II, como el actual, la seguridad es un objetivo fundamental".

Junto a la Unidad de Hepatología, en el estudio participan las áreas de Terapia Celular y de Radiología Intervencionista de la Clínica, así como el Área de Terapia Génica y Hepatología del Centro de Investigación Médica Aplicada de la Universidad de Navarra.

POSIBLE AVANCE PARCIAL FRENTE A LA CIRROSIS. En cuanto a los resultados previstos de este nuevo tratamiento, el doctor Jorge Quiroga reconoce que puede tratarse de un avance parcial frente a la cirrosis. "Es un paso para comprobar si este terapia logra una mejoría transitoria. Si su aplicación consigue revertir la enfermedad a un estado, por ejemplo, de seis meses o un año atrás, podría repetirse cada cierto periodo, siempre que sea bien tolerado. Además, puede ser un paso importante para ir perfeccionando la posible terapia celular de las enfermedades del hígado".

Cabe recordar que la participación en el ensayo es gratuita. Los pacientes deberán someterse a una evaluación analítica, ecografía, estudio de la presión venosa del hígado, obtención de las células e infusión de las células cultivadas a través de la arteria hepática, a la que se llega desde la femoral.

Equipo investigador de la Clínica Universidad de Navarra: De izquierda a derecha el doctor Jorge Quiroga (director del Departamento de Medicina Interna), la doctora Delia D'Avola (Unidad de Hepatología), el doctor Bruno Sangro (director de la Unidad de Hepatología), la doctora Verónica Fernández (Área de Terapia Génica y Hepatología del CIMA), el doctor José Ignacio Herrero (Unidad de Hepatología) y el doctor Enrique Andreu (Laboratorio GMP del Área de Terapia Celular).

LA CIRROSIS HEPÁTICA

La cirrosis es la consecuencia final de distintas enfermedades hepáticas crónicas que lleva a la pérdida de la arquitectura normal del hígado y a una disminución progresiva de sus funciones. Las principales alteraciones estructurales que aparecen en el hígado son necrosis hepatocelular, fibrosis y nódulos de regeneración.

"Las causas fundamentales que provocan la cirrosis son el consumo excesivo de alcohol, los virus B y C de la hepatitis y algunas enfermedades metabólicas. Esta enfermedad produce complicaciones derivadas de la insuficiencia hepática y de la hipertensión portal, es decir el aumento de la presión de la sangre en el sistema venoso del hígado", concreta el doctor Jorge Quiroga, especialista de la Unidad de Hepatología de la Clínica.

Añade que la enfermedad "termina convirtiéndose con los años en una cirrosis terminal, que aboca al transplante de hígado, si éste es posible. Por ello resulta imprescindible la investigación de nuevos tratamientos, en este caso, la terapia celular".

CONTACTO

Dado que la posibilidad de participar en el estudio de esta nueva terapia continúa abierta, aquellas personas que padezcan cirrosis y estén interesadas en informarse pueden dirigirse al teléfono de la Unidad de Hepatología de la Clínica: **948 296 637**, o a la dirección de correo electrónico **ihuarte@unav. es**.

INVESTIGACIÓN

La función cerebral que interviene en la recuperación de la parálisis facial es diferente según el sexo

Según los resultados obtenidos en una investigación desarrollada en 114 pacientes de ambos sexos con afectación del nervio facial, tras la cirugía

CUN ■ Una investigación desarrollada por especialistas del Departamento de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética de la Clínica Universidad de Navarra ha comprobado que, tras el tratamiento quirúrgico de la parálisis facial mediante trasplante muscular y trasposición nerviosa (conexión del músculo facial a otro nervio distinto al nervio facial lesionado), el cerebro de la mujer consigue readaptarse mejor, recuperar la sonrisa espontánea y presenta un mayor plazo de tiempo disponible para reparar la parálisis que el del hombre.

El trabajo, llevado a cabo desde el año 2000 en 114 pacientes de ambos sexos con parálisis facial tratados en la Clínica, ha sido liderado por el director del departamento, el doctor Bernardo Hontanilla. Los resultados serán publicados próximamente en la revista especializada de ámbito internacional Plastic and Reconstructive Surgery.

El estudio ha sido efectuado mediante un sistema de diseño propio, denominado 'Facial Clima', consistente en la captación del movimiento por rayos infrarrojos.

Según las conclusiones del estudio, "los resultados obtenidos destacan la relevancia que puede tener el sexo del paciente a la hora de planificar la estrategia de reconstrucción de la parálisis facial", subraya el doctor Hontanilla.

Tras el tratamiento quirúrgico de la parálisis facial el cerebro femenino se readapta mejor.

La mujer presenta mejor defensa del complejo muscular pues consigue reinervarlo tras un plazo mayor de tiempo.

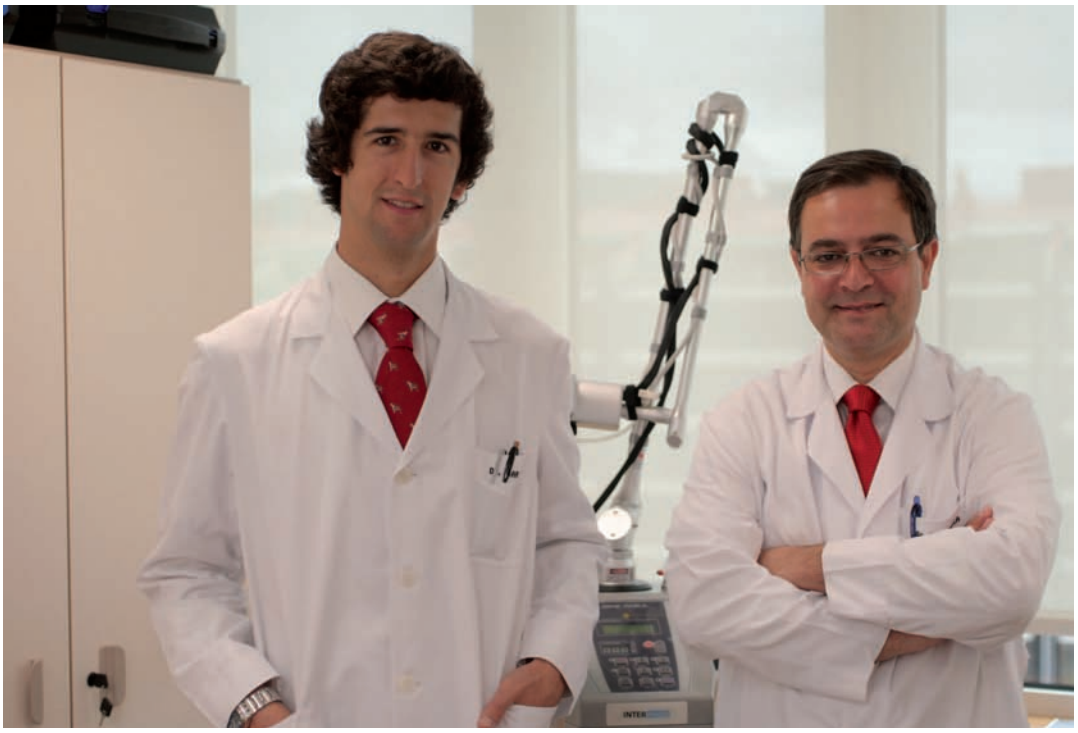
MEJOR DESARROLLO DE LA PLASTICIDAD CEREBRAL. Como tratamiento quirúrgico de las parálisis faciales, los especialistas de la Clínica efectuaron trasplantes musculares conectados al nervio facial cruzado (el nervio facial sano, correspondiente al lado de la cara sin afectación) o al nervio masetérico, que inerva al músculo masetero, encargado de la masticación, ya

Los resultados destacan la relevancia del sexo del paciente a la hora de planificar la reconstrucción de la parálisis facial.

que el movimiento de cierre de la boca es similar al de la sonrisa.

A la vista de los resultados, el cirujano plástico advierte que, "en el caso femenino se produce un 'remapeo' de la función cerebral, de forma que la mujer consigue el movimiento propio de la sonrisa mediante el nervio masetérico activado a través del área cerebral propia de la activación del nervio facial". De este modo, la investigación viene a demostrar que "las mujeres tienden a desarrollar la plasticidad cerebral (capacidad de adaptación de un área cerebral a nuevas funciones) en mayor medida que los hombres", indica el facultativo.

DISOCIACIÓN DEL MOVIMIENTO Y SONRISA ESPONTÁNEA. Según explica el doctor Hontanilla, cuando el trasplante facial se realizó con el nervio masetérico, "en el caso de las mujeres se observó que consiguen disociar el movimiento de la sonrisa del de la masticación. Y se constató en el movimiento de la boca captado con el sistema 'Facial Clima' de rayos infrarrojos". Los especialistas advirtieron así "que las mujeres eran capaces de sonreír, independientemente del movimiento de la boca propio de la masticación, cuestión excepcional ya que estaban utilizando el nervio encargado de la movilidad mandibular, el masetérico". Es decir, la mujer consigue la sonrisa de forma independiente de la función de masticación.



Los especialistas del Departamento de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética, Diego Marré y Bernardo Hontanilla (director).

Las diferencias entre géneros observadas en este estudio, revelaron, en este sentido, que una mujer a la que se le ha practicado una reconstrucción para tratar la parálisis facial es capaz de sonreír sin cerrar la boca, mientras que un hombre sólo consigue sonreír si efectúa el gesto de masticación. "En el caso de los pacientes varones observamos que no disocian el movimiento. Sonríen al efectuar el movimiento de cierre de la boca, propio de la masticación", indica el especialista. Pero las distinciones entre ambos sexos tras la reparación quirúrgica de la parálisis facial no sólo afectan a la disociación de movimientos, sino también a la capacidad de la mujer para conseguir sonreír de forma espontánea o involuntaria. "En varones, sin embargo, observamos que ante un hecho o situación cómica, el movimiento de la boca para producir la sonrisa era siempre voluntario", apunta el doctor Hontanilla.

PLAZOS DE TIEMPO DISTINTOS PARA LA RECUPERACIÓN

El plazo de tiempo disponible para reconstruir la parálisis facial también es diferente según el género. Así, el especialista advierte que en las reconstrucciones de parálisis faciales siempre se dispone de un tiempo limitado para poder realizar neurotizaciones directas (conexiones del músculo a otros nervios distintos al lesionado) efectivas.

"Hemos comprobado –apunta el doctor Hontanilla- que el varón dispone aproximadamente de un año y medio, desde el inicio de la parálisis facial, para poder neurotizar la musculatura facial propia, mientras que la mujer dispone hasta de cuatro años para poder neurotizarla o inervarla y conseguir que esos músculos funcionen". En definitiva, el género femenino presenta "una mejor defensa del complejo muscular ya que es susceptible de poder ser reinervado tras un plazo de tiempo mayor".

Así, los resultados obtenidos durante el estudio revelaron que "mujeres con parálisis facial completa, de entre 3,5 y 5 años de evolución, alcanzaron la movilidad y una simetría aceptable de la boca en reposo y sonriendo. A largo plazo, la evaluación postoperatoria muestra buenos resultados funcionales y estéticos, con alto grado de satisfacción de la paciente".

Los autores principales de la investigación concluyen, en este sentido, que si bien "la reanimación de la parálisis facial depende de varios factores, entre los que la denervación (ausencia de conexión nerviosa) y la consecuente atrofia muscular son de gran importancia, sin embargo, el sexo del paciente también juega un papel relevante".

HISTORIAS DE LA CLÍNICA

Alfredo Villaverde

"La aceptación de la muerte llega por un proceso espiritual de desprendimiento de lo superfluo de la vida"

El escritor comenzó a escribir el poemario 'Al amor de tu lumbre' durante su ingreso en la Clínica donde le trataron un cáncer de colon avanzado

CUN ■ Dos días antes había aterrizado en un vuelo que le traía de vuelta a casa desde Helsinki (Finlandia). Un periplo por una parte de los países nórdicos en el que la obligación profesional deja paso al placer de viajar y a la inquietud por conocer nuevos lugares y gentes. El detonante del viaje fue, en esta ocasión, una conferencia que el Instituto Cervantes había encargado a Alfredo Villaverde Gil para impartirla una semana antes en San Petersburgo. En la ciudad rusa, el escritor disertó ante trescientas personas sobre la gastronomía del Siglo de Oro en el Quijote, síntesis de su libro 'La cocina de Sancho Panza' publicado en español y japonés ya que fue presentado por su autor en la Exposición Universal de Haichi (Nagoya,Japón) en 2005.

Alfredo Villaverde Gil (Guadalajara, 1947) llegaba a la Clínica a la consulta semestral de revisión del cáncer de colon del que fue operado y tratado dos años antes. Tan sólo una operación de cadera, en 2008, le había hecho pasar antes por el quirófano. Hasta entonces no había sabido qué suponía padecer una enfermedad.

"Recuerdo que estaba en Marruecos en la inauguración de la Semana Cultural Española, en Larache, cuando sufrí un fuerte cólico". A su vuelta a Madrid, ciudad en la que reside, acudió a la sede de la Clínica Universidad de Navarra en la capital. Tras una colonoscopia el diagnóstico no dejaba lugar a dudas: un carcinoma de colon en fase III (avanzado) se alojaba en esta porción intestinal y requería tratamiento inmediato.

Solicitó hora con el doctor José Luis Hernández, director del Departamento de Cirugía General de la Clínica en Pamplona y un día después quedó ingresado. El equipo médico y sanitario le completó las pruebas diagnósticas y acto seguido entró en quirófano. Dada la magnitud del tumor, la operación se prolongó durante 9 horas. A los dos días sufrió una complicación y tuvieron que volver a intervenirle quirúrgicamente, en esta ocasión, de una grave peritonitis.

"Nunca me he encontrado peor. Pero aquella situación en la que llegué a temer por mi vida, me llevó a un estado de 'dejación' en Dios. Los místicos del siglo XVI aludían a este estado para que, si Dios quiere entrar, pueda hacerlo".

Y partiendo de la precaria situación en la que se encontraba su salud comenzó usted a escribir su poemario.

Aludo al estado en el que me encontraba ya en el primer poema del libro. Esos momentos en los que uno siente que su cuerpo se va a ir parece que pueden ser especiales para tener ese 'dejamiento', hacia un encuentro con Dios.

"En esta noche oscura del dolor, entubado a la vida por este oxígeno que besa mis pulmones, siento la muerte a cuestas y te busco...", es uno de los fragmentos del poema inicial del libro galardonado ¿En tan grave estado llegó a sentirse?
Dos días después de la primera intervención, la noche que comencé con los dolores debidos a la peritonitis, me encontraba francamente mal. Esa madrugada llegué a pensar que no salía, hasta que me operaron. Después ya me repuse. Pasé unos días lleno de cables pero después ya todo fue a mejor.

Además de su recuperación física, consiguió escribir este poemario que ha resultado premiado internacionalmente.
Así es. Fue en la Clínica donde lo empecé, aunque después, ya dado de alta, lo terminé en mi casa. El inicio del poemario respondía a ese momento difícil de mi vida en el que me encontraba.

Evocando la noche oscura de los místicos.
Sí, pero en este caso la noche oscura era del cuerpo, en vez del alma, que era a la que se refería San Juan de la Cruz. Fue uno de esos momentos en el que, aunque no sentí miedo, percibí que podía llegar a irme.

"El denominador común de las diferentes místicas es el encuentro directo con Dios".

"Una enfermedad de este tipo es como subir una montaña. Hay que ser paciente y consciente de que la cumbre está lejos e ir alcanzando niveles".

"El caso de un amigo me convenció para hacerme el seguro con la Clínica, aunque nunca pensé que tendría que utilizarlo".

De su libro se desprende que posee un conocimiento profundo de la mística.
El libro trata de la mística, pero no sólo desde el punto de vista católico, o cristiano. También trata de la mística sufí, de la hindú y de la zen. En el libro hago un recorrido por todos estos caminos místicos. Hago referencia a algunos de los místicos universales, no sólo del catolicismo, sino de todas estas otras vías místicas. Además, incluyo seis sonetos que se llaman 'Estancias de Teresa enamorada' que hacen referencia al camino recorrido por Santa Teresa de Jesús, a su encuentro místico con Dios. También incluyo unas décimas al estilo de San Juan de la Cruz.

De todo este compendio de místicas hace referencia en 'Al amor de tu lumbre'. Como estudioso del tema, ¿reconoce en ellas un denominador común?
El denominador común es el encuentro directo con Dios, el camino que siguen los místicos que, en definitiva, es inexpli-

PASA A LA PÁG. 30 >>

El doctor José Luis Hernández Lizoáin, junto al escritor y paciente Alfredo Villaverde Gil, la doctora Ana Chopitea y las enfermeras Edurne Bastida y Yohana Iragorri.

<<VIENE DE LA PÁG.29

cable. Se produce de una manera irracional, por no decir sobrenatural. Como dicen los grandes místicos españoles y, aludiendo a palabras de Santa Teresa, uno tiene que abrir su casa, abrir sus puertas y mostrarse dispuesto a esa llamada en el momento que llegue, si llega.

¿Refleja también su experiencia personal?

El primero de los poemas sí alude a la circunstancia que viví en la Clínica pues yo, en aquel momento, estaba esperando ese Encuentro. Y estuve esperando, pero finalmente no llegó. Otros poemas de la primera parte del libro también tienen relación con mi vida como el dedicado a mi hijo Enrique.

Su mensaje transmite paz ¿de qué forma se llega a esa aceptación?

Creo que se llega a través de un proceso espiritual, de decantación vital, de entender que la vida tiene muchas cosas superfluas y que al final va quedando lo esencial. Es todo un despojamiento de lo superfluo para llegar a lo esencial.

Para una persona con tanta actividad y, hasta entonces, una fortaleza física envidiable, ha debido suponer una experiencia muy dura.

De la que todavía, más de dos años después, me estoy recuperando de forma global. Los médicos ya advierten que después de la quimioterapia puedes tardar unos años hasta encontrarte en plenas facultades. Pero no me quejo. Desde entonces he escrito y publicado ya tres libros y estoy siempre en marcha.

Además del tratamiento médico ¿qué otros aspectos considera importantes para conseguir vencer la enfermedad?

Una enfermedad de este tipo es como subir una montaña. Hay que ser paciente y consciente de que la cumbre está muy lejos e ir alcanzando niveles. Primero hay que llegar al campamento base y, después, lo demás poco a poco. Intentar no decaer. Como decía Gandhi, es una experiencia casi de resistencia pasiva. Pienso que en la curación de las enfermedades es muy importante el componente psicológico.

Y respecto a los procedimientos médicos ¿a qué se debió su elección de la Clínica como hospital donde le trataran?

Desde hace unos años tengo el seguro de Acunsa. Y, además, porque es una gran clínica, quién lo duda. Yo me hice este seguro porque un amigo nuestro tuvo un cáncer y estuvo en la Clínica tratándose. Él me convenció. Cuando vine a verle vi que él vivía en buena parte gracias a los profesionales de la Clínica, a la atención médica que le procuraron aquí.

'Al amor de tu lumbre', título de su obra premiada ¿a qué hace referencia?

Es una frase unamuniana que hace referencia a la lumbre como el fuego, la lumbre como uno de los principios creadores de la vida. Para mí de los cuatro principios, el aire, el agua, la tierra y el fuego, este es el que me ha sensibilizado más, además siempre desde un punto de vista místico. Sería como 'arder' de amor en esa unión con Dios.

CURRICULUM

Alfredo Villaverde a estudió las carreras de Magisterio, Derecho y Psicología. Su primer premio literario de Poesía Universitaria lo obtuvo en 1968. Escritor entusiasta del periodismo de viajes, entre los numerosos cargos que ha desempeñado hasta la fecha destacan el de director de la Academia Iberoamericana de Poesía, vicepresidente de la Federación Española de Periodistas y Escritores de Turismo y presidente de la Asociación de Escritores de Castilla-La Mancha y de la Asociación de Periodistas y Escritores de Turismo de Castilla-La Mancha. Autor de más de 50 libros, muchos de ellos galardonados, entre los que destaca la biografía del presidente de la India Nehru, por el que recibió un premio de manos del presidente del país.

EL PREMIO

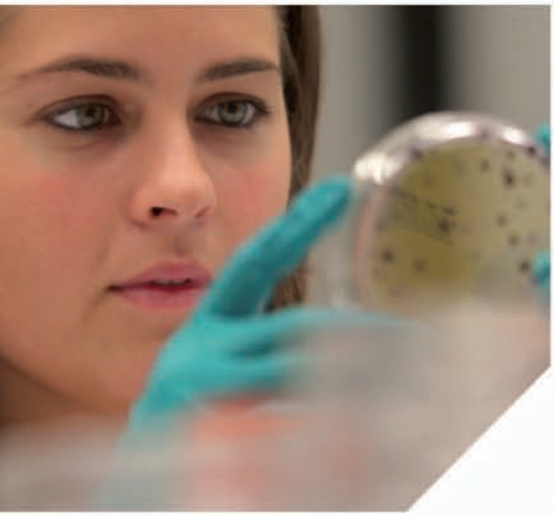
'Al amor de tu lumbre', galardonado con el premio mundial de Poesía Mística "Fernando Rielo". El jurado lo eligió entre los 208 libros optantes, en inglés o español, de escritores de 32 países. Una parte de este poemario la escribió en su ingreso en la Clínica.

Cuando comienzo el libro me encontraba ingresado en la Clínica, que es donde me surgió la necesidad de hacerlo. Quizá fue como un testamento espiritual. Además durante la entrega del premio, en la Embajada de España ante la Santa Sede, en la Plaza de España de Roma, puse de manifiesto esta experiencia de enfermedad y de haberme encontrado al borde de la muerte. El acto estuvo presidido por monseñor Federico Lombardi, director de la sala de prensa y portavoz del Vaticano. El discurso que pronunció monseñor Lombardi me pareció extraordinario. Destacó "la necesidad de la poesía en el mundo en el que vivimos, mundo de actividad frenética, invadido por palabras superficiales y en el cual falta la pureza. El poeta —dijo— es el servidor de la dignidad de la palabra".

SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, MÁS DE

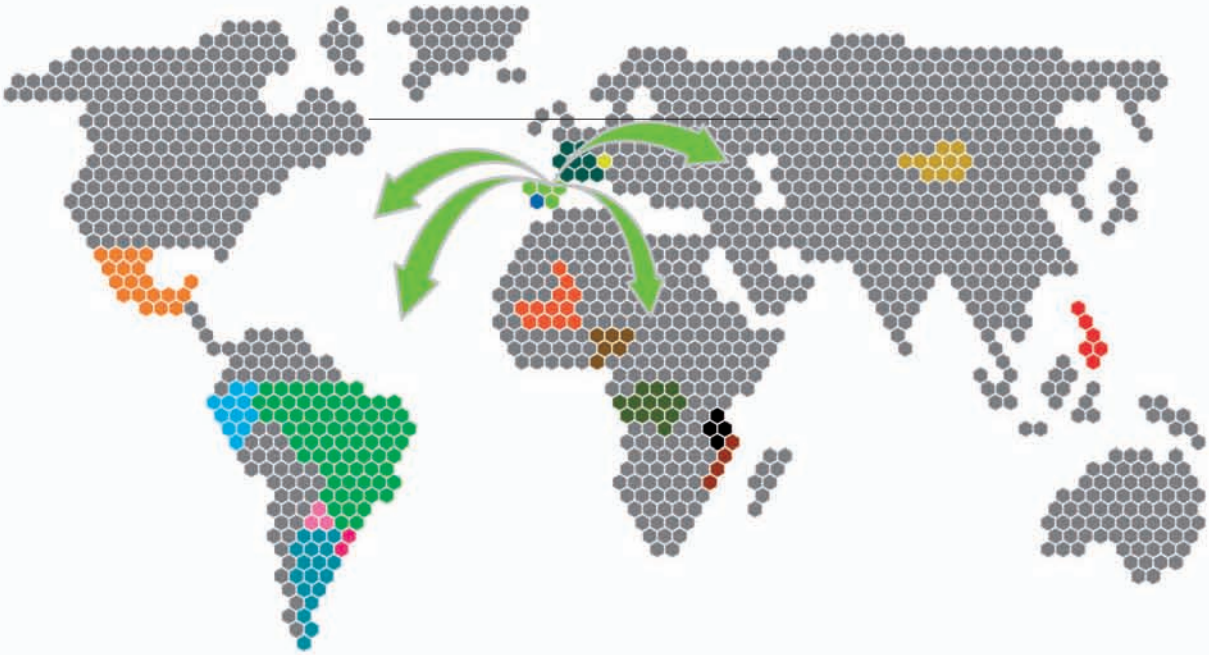
1.000.000.000

DE PERSONAS SUFREN UNA O VARIAS ENFERMEDADES TROPICALES



SÓLO EL **10%**

DE LOS RECURSOS DE **I+D** SE DEDICAN A COMBATIRLAS



EL INSTITUTO DE SALUD TROPICAL DESTINA EL 100%

Hay muchas maneras de ayudar

Instituto de Salud Tropical
Universidad de Navarra

T. 948 194 700
istun@unav.es
www.istun.es

CON NOMBRE PROPIO

El doctor **Miguel Muñoz**, director del Servicio de Digestivo, ha sido elegido presidente de la Sociedad Española de Patología Digestiva hasta 2014. A partir de entonces, y hasta el año 2016, será presidente de la Fundación Española del Aparato Digestivo. Por otro lado, ha sido galardonado como 'Revisor Excepcional' en la revista Gastrointestinal Endoscopy, la de mayor índice de impacto de las publicaciones de la especialidad.

Actualidad

REMIOS

Las enfermeras **María Ángeles Betelu**, **María Carmen Nuin**, **María Asunción Azcona**, **Inmaculada Navascués**, **Pilar Arriazu** y **Mariví García**, enfermeras del Departamento de Radiología, han obtenido el primer premio a la mejor comunicación oral en el XV Congreso Nacional de Enfermería Radiológica por su trabajo 'Atención integral al paciente al que se le va a realizar una cardiorresonancia magnética de estrés con adenosina'. El segundo premio fue para 'Estrategias utilizadas para reducir la radiación en la coronariografía TC por trasplante cardiaco', de otro equipo de enfermeras de la Clínica, integrado por **Rosa Yárnoz**, **Mª Concepción Sanz**, **Elena Morrás**, **María Elena Erice** y **Ana León**.

La comunicación,'Radiomarcaje y estudios de biodistribución de nanopartículas como adyuvantes para vacunación oftálmica frente a brucelosis', elaborada por especialistas de la Unidad de Radiofarmacia y del Departamento de Medicina Nuclear de la Clínica en colaboración con la Universidad de Navarra, ha recibido el premio a la Mejor Comunicación de tema no oncológico en el XXXI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular (SEMNIM). En la elaboración de esta comunicación han participado la Dra. **María Sánchez-Martínez**, residente de Radiofarmacia; el Dr. **Carlos Caicedo**, residente de Medicina Nuclear, y el Dr. **Iván Peñuelas**, director de la Unidad de Radiofarmacia y colaborador técnico del Servicio de Medicina Nuclear de la Clínica.

Una enfermera de la Clínica valida para España un test de cuidados paliativos

El estudio de Ana Carvajal ha sido publicado en la revista 'European Journal of Cancer'

Ana Carvajal

CUN ■ Una enfermera de la Clínica ha validado para España un test que evalúa los síntomas de los pacientes con cáncer avanzado que reciben cuidados paliativos, un instrumento difundido en otros países e idiomas (inglés, francés, italiano y tailandés) que no estaba todavía disponible en castellano.

El estudio para validar este sistema canadiense, denominado Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS por sus siglas en inglés), ha sido publicado en la revista European Journal of Cancer, una de las revistas europeas de oncología con mayor impacto.

La autora principal del estudio es Ana Carvajal, enfermera de Oncología en la Clínica y profesora de la Facultad de Enfermería de la misma Universidad de Navarra. En concreto, el trabajo formó parte de su tesis doctoral en Enfermería, defendida el año pasado en la Universidad de Sheffield (Inglaterra).

Además de Ana Carvajal, en el trabajo de investigación han participado el doctor Carlos Centeno (Unidad de Medicina Paliativa de la Clínica), el enfermero Roger Watson (Universidad de Sheffield, Inglaterra) y el doctor Eduardo Bruera (creador del cuestionario y médico en el Anderson Cancer Center de Houston, Texas, EE.UU).

El objetivo de esta escala, señala Ana Carvajal, "es identificar cómo perciben los pacientes sus síntomas y poder valorar su evolución". Al mismo tiempo, su adaptación al español servirá "para que los equipos de cuidados paliativos cuenten con un instrumento sistemático, común a todos, para que los profesionales y pacientes puedan hablar un mismo idioma. De este modo, también se podrán realizar comparaciones con estudios que utilicen el mismo instrumento en otros centros del país, así como analizar el impacto que la intervención de los equipos de cuidados paliativos tiene en la evolución de los síntomas del paciente".

DIEZ SÍNTOMAS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS

El cuestionario evalúa de manera sencilla la percepción que tiene el paciente sobre diez síntomas físicos y psicológicos frecuentes. "Es una escala numérica visual de 0 a 10. Se trata de la percepción subjetiva del paciente, algo fundamental en estos casos porque nos importa cómo él percibe esos síntomas. Los resultados de esta escala se complementan después con datos clínicos, además de añadir la visión de otros profesionales".

Los síntomas incluidos en la escala son los siguientes: dolor, cansancio, falta de apetito, náuseas, dificultad para respirar, dificultad para dormir, somnolencia, ansiedad, desánimo y sensación de bienestar. "Este último viene a medir la percepción general sobre cómo se encuentra el paciente. Además, se añade un ítem al final para que pueda indicar otro problema que éste perciba", concreta.

El doctor **Juan Luis Alcázar**, especialista del Departamento de Ginecología y Obstetricia, ha sido nombrado miembro del Editorial Board de la revista 'Ultrasound in Obstetrics and Gynecology', la publicación especializada en ultrasonidos en ginecología más importante del mundo. Se trata del único español en el consejo.

El doctor **Bernardo Hontanilla**, director del Departamento de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética, ha sido nombrado secretario de la European Association of Plastic Surgeons Research Council. Esta asociación tiene la misión de promover la excelencia en cirugía plástica y promover la investigación y la formación en esta área.

Médicos, residentes y enfermeras de la Clínica, en la **JMJ**

■ El doctor Alberto Lafuente, especialista del Departamento de Anestesia y Cuidados Intensivos de la Clínica, participó como director médico adjunto de JMJ sanitarios, el organismo de voluntarios encargado de coordinar y organizar el sistema sanitario de la Jornada Mundial de la Juventud, que tuvo lugar en Madrid del 16 al 21 de agosto. Junto al doctor Lafuente, acudieron como voluntarios de la JMJ otros 8 facultativos y residentes y 4 enfermeras de la Clínica.

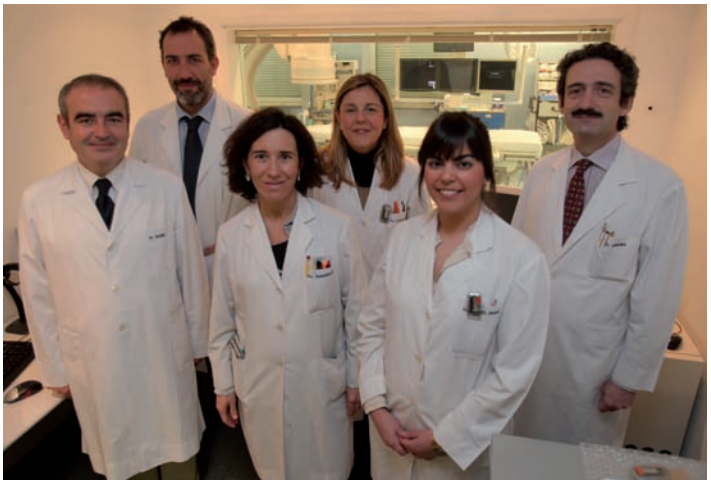
Un **sistema de alertas** podría ahorrar 30 millones

■ La implantación de un sistema informático de alertas para prevenir el tromboembolismo venoso en todos los hospitales españoles supondría un ahorro anual cercano a los 30 millones de euros, al evitar los costes derivados de esta patología. Según un estudio elaborado por especialistas de la Clínica, este impacto económico vendría derivado de la reducción en un 50% de los casos de tromboembolismo en pacientes hospitalizados, disminución conseguida gracias a la implementación de esta aplicación informática desarrollada por un equipo de propia Clínica, donde se encuentra en funcionamiento desde 2006.

La radioembolización con microesferas de Ytrio-90 mejora la supervivencia

Según un estudio multicéntrico europeo liderado por la Clínica

■ La radioembolización mediante microfesferas marcadas con Ytrio-90 ha dejado de ser una técnica experimental para convertirse en un tratamiento sólido que mejora la supervivencia en pacientes con hepatocarcinoma. Así lo apunta un estudio multicéntrico europeo liderado por la Clínica en el que ha participado también cinco hospitales italianos y dos alemanes. En concreto, las conclusiones destacan que este análisis aporta "pruebas firmes de la supervivencia lograda con la radioembolización, incluso en casos de enfermedad avanzada y pocas opciones de tratamiento".



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

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.

Realizado por investigadores pertenecientes a la Red Europea de Radioembolización con microesferas marcadas con Ytrio-90 (ENRY por sus siglas en inglés), el estudio ha incluido a 325 pacientes. "Se trata de la serie más numerosa publicada sobre el tratamiento del hepatocarcinoma mediante radioembolización. Del total, 97 pacientes fueron tratados en la Clínica", explica el doctor Bruno Sangro, director de la Unidad de Hepatología de la Clínica.

La investigación ha demostrado que, en los pacientes cuya enfermedad se encuentra en estados intermedios, "los resultados son muy similares a los obtenidos mediante otra técnica, la quimioembolización. Por tanto, la radioembolización puede ser una alternativa para los pacientes que no pueden someterse a una quimioembolización o incluso, si pueden aplicarse ambas, en determinadas circunstancias podría ser más favorable", detalla el especialista de la Clínica.

Fruto de este análisis, los investigadores de la ENRY han podido comparar los resultados con los de otros tratamientos. Respecto a los efectos secundarios, la tasa es muy baja, según el doctor Sangro. "Menos del 10% de los pacientes tiene complicaciones importantes y, de esos, en menos del 5% pueden considerarse serias".

ENLACES DEL TRIMESTRE

www.aecos.es
Página de la Asociación Española contra la Osteoporosis para promover el conocimiento, divulgación y comprensión de ésta y otras enfermedades metabólicas óseas.

Libros &Webs

EL ENLACE DE LA CLÍNICA

www.cun.es

PRÓXIMOS VIDEOCHATS
Todos los segundos jueves de mes, entre las 11 y las 12 del mediodía, un médico de la Clínica participa en un videochat, en el que responde a las preguntas formuladas por los internautas. Los próximos médicos y temas son los siguientes:

10 de noviembre: Accidentes cerebrovasculares e ictus. Dr. Eduardo Martínez Vila, director del departamento de Neurología.

9 de diciembre: Problemas de audición e implantes cocleares. Dr. Manuel Manrique, especialista del departamento de Otorrinolaringología.

12 de enero: Alimentación infantil y trastornos del crecimiento. Dra. Cristina Azcona, especialista del departamento de Pediatría

9 de febrero: Problemas relacionados con la rodilla. Dr. Gonzalo Mora, especialista del departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

La Clínica renueva su página web

■ Desde el pasado mes de julio la Clínica cuenta con una página web más dinámica y un diseño más sencillo orientado a facilitar el acceso a la información. Además, los contenidos se han mejorado y actualizado y se ha potenciado la información multimedia, con la incorporación de más vídeos, infográficos, calculadoras de salud, animaciones, etc.

La página está dividida en tres grandes grupos de información. "La Clínica", donde el usuario encuentra toda la información referente a nuestro centro como institución, cuadro médico y los departamentos médicos que la integran; "Área de Salud", que contiene información divulgativa sobre salud: diccionario médico, descripción de enfermedades, medicamentos, tratamientos...; y, por último, el "Área para profesionales", con información más especializada relativa a ensayos clínicos, publicaciones científicas, cursos y congresos, etc.

En pocos meses la página estará disponible en portugués y en inglés.

El objetivo de este cambio ha sido proporcionar al usuario más información en cada página, ayudándole a encontrar contenidos relacionados con el tema que está consultando, y facilitándole el acceso a los mismos mediante enlaces directos que le permiten llegar a los contenidos más rápidamente.

Otro objetivo ha sido facilitar al usuario la búsqueda de información en el portal; para ello se ha creado un buscador, presente en todas las páginas, con una gran caja de búsqueda que permite al usuario realizar sus consultas fácilmente, y que da lugar a una página de resultados ordenada por el tipo de contenido: noticias, información de departamentos, información de área de salud, ensayos clínicos, información multimedia...

CONTENIDO ACCESIBLE. En la creación de este nuevo diseño han participado especialistas de usabilidad y de accesibilidad con el objetivo de crear una página muy orientada a los usuarios que buscan información útil y relevante sobre salud, y facilitar el acceso a la misma indistintamente del medio a través del que lo hagan: ordenador, teléfono móvil o iPad.

En estos momentos, también se está trabajando especialmente en los contenidos multimedia para hacerlos accesibles para personas con discapacidades físicas, proporcionando vías alternativas para acceder a la información.

Aunque de momento la página sólo está accesible en castellano, en pocos meses estará disponible en inglés y portugués.

www.aespi.net
Web de la Asociación Española del Síndrome de Piernas Inquietas, trastorno neurológico del movimiento caracterizado por la necesidad irresistible de mover las piernas.

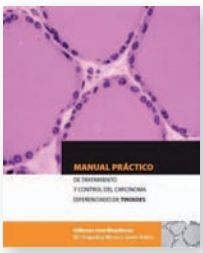
www.alzheimerinternacional.org/
Página de la Fundación Pasqual Maragall para la investigación sobre el Alzheimer creada tras el anuncio del exalcalde de Barcelona de que se le había diagnosticado la enfermedad.

Manual sobre tratamiento y control del cáncer de tiroides

La obra apuesta por el abordaje multidisciplinar de la enfermedad, sistema de trabajo que se lleva a cabo en el Área de Tiroides de la Clínica

Delante, los doctores Alfonso Gúrpide, Leire Arbea, Juan Alcalde y Mikel San Julián. Detrás, Javier Arbizu, Amparo Calleja, Ángel Panizo, Wenceslao Torre y Fernando Martínez-Regueira

■ Once especialistas de la Clínica han participado en la elaboración del Manual Práctico de Tratamiento y Control del Cáncer Diferenciado de Tiroides, obra en la que intervienen un total de 29 médicos de diferentes especialidades de diez hospitales españoles.



FICHA TÉCNICA
Título: Manual práctico de tratamiento y control del carcinoma diferenciado de tiroides.
Coordinadores: María Angustias Muros, Javier Arbizu.
Editorial: Euromedice Ediciones Médicas.
Nº de Páginas: 111

El libro pretende expresar, de forma multidisciplinar, los aspectos prácticos básicos del tratamiento y seguimiento para un adecuado abordaje de los pacientes con esta patología.

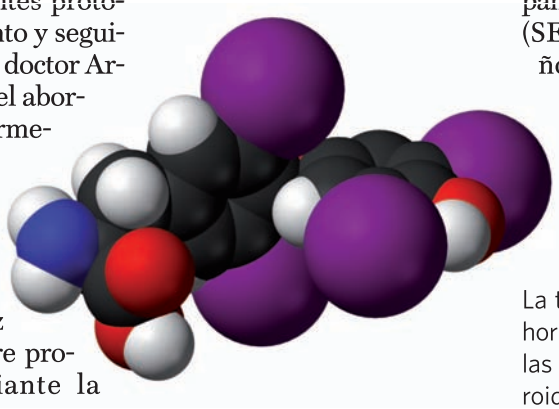
En concreto, los facultativos de la Clínica participantes pertenecen a nueve especialidades diferentes y han colaborado en la redacción de cuatro de los diez capítulos de los que se compone el manual. Además, el coeditor de la obra es el doctor Javier Arbizu, del Departamento de Medicina Nuclear de la Clínica, quien la ha coordinado junto a la doctora María Angustias Muros, del Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

"En los últimos años estamos constatando un incremento de la incidencia del cáncer diferenciado de tiroides y, de forma paralela, se están produciendo avances importantes en su caracterización histológica, diagnóstico y tratamiento, lo que ha llevado al establecimiento de grupos de riesgo con diferentes protocolos de tratamiento y seguimiento", explica el doctor Arbizu. Añade que "el abordaje de esta enfermedad involucra a distintas especialidades médicas, lo cual requiere una colaboración cada vez más estrecha entre profesionales mediante la constitución de diferentes grupos de trabajo que pretenden dar respuesta a los problemas relacionados con la terapia de estos pacientes".

En este sentido, la participación de distintos especialistas de la Clínica y la propia configuración del manual, apunta el doctor Arbizu, "viene a ser un reflejo de cómo se aborda este tipo de cáncer en la Clínica. Contamos con los últimos avances diagnósticos y terapéuticos englobados en el Área de Tiroides, en la que intervienen de forma coordinada médicos de distintas especialidades, lo que permite un diagnóstico, control y seguimiento de la enfermedad más efectivo".

En concreto, además del doctor Arbizu, por parte de la Clínica han tomado parte en la redacción del manual los doctores Juan Manuel Alcalde (Departamento de Otorrinolaringología), Leire Arbea (Oncología Radioterápica), Amparo Calleja (Endocrinología y Nutrición), Alfonso Gúrpide (Oncología Médica), Javier Larrache (Radiología), José María López-Picazo (Oncología Médica), Ángel Panizo (Anatomía Patológica), José Luis Pérez Gracia (Oncología Médica), Mikel San Julián (Cirugía Ortopédica y Traumatología) y Wenceslao Torre (Cirugía Torácica).

La obra cuenta con el aval científico de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) y la Sociedad Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular (SEMNIM).



La tiroxina (T4) es la principal hormona secretada por las células foliculares de la glándula tiroidea.

FIRMA INVITADA
ENRIQUE SUEIRO

Saber comunicar salud

"TE QUIERO", dicen, son las dos palabras que preferimos escuchar. Woody Allen discrepa y las cambia por "es benigno". En el ámbito de la ciencia médica hay otras dos que me parecen claves: "no sé". Pienso en ellas desde que vi responder así a un reputado científico en una entrevista de la televisión pública de EE.UU. Hasta entonces no había apreciado a fondo que ser consciente de la ignorancia y reconocerla supone un gran conocimiento porque permite progresar. La autocomplacencia en lo mucho ya conseguido multiplica decepciones evitables, en lo médico y en lo personal.

No es políticamente correcto, pero quizá sí socialmente beneficioso, informar también de los fracasos en la investigación. Un efecto, nunca desdeñable y menos en tiempos de crisis, es el ahorro económico que supone saber qué no funciona. Un médico y alto directivo me contaba su perplejidad al contemplar cómo la prensa y los medios sociales suelen destacar más lo negativo de las relaciones personales (rupturas), corporativas (pleitos) y mundiales (guerras), mientras que ese criterio selectivo casi siempre lleva a resaltar lo exitoso de la medicina. Esta selección acrecienta el peligro de difuminar el contexto que permite conocer realidades complejas.

¿Por qué no revisar el concepto de éxito, tanto personal como social? No se trata de regodearse en el fracaso, sino ubicarlo en el lugar que le corresponde dentro de una realidad poliédrica y cambiante. Conocer esta verdad, lejos de desprestigiar a los profesionales de la ciencia médica, aporta elementos de juicio para valorar con más justicia su trabajo que, en la inmensa mayoría de los casos, es honesto, oculto y constante a lo largo de muchos años.

Una sociedad que valora el esfuerzo y no sólo el éxito me parece más humana y su ciencia, probablemente, más auténtica. Cultura viene de cultivar y requiere tiempo. De alguna manera, podríamos decir que quien siembra a conciencia recoge a ciencia cierta. Para la percepción social es determinante armonizar ilusión y cautela, datos y emociones, luces largas para ver más allá y retrovisor para recordar lo que ya pasó. Tal equilibrio es difícil si sólo conozco los éxitos o sólo los fracasos.

Saber reclama comunicar. Siguiendo a contracorriente, sugiero centrar esta actividad en la escucha más que en la acción. A modo de licencia cartesiana propongo: audio, ergo communico. Un líder tiene de comunicador lo que ejercite como escuchador. Aunque sin el bagaje cultural latino, prolifera en algunas empresas una nueva figura, el CLO (Chief Listener Officer), el directivo que escucha. Sí, sí, escuchar va camino de convertirse en profesión o, al menos, en especialidad.

He experimentado lo difícil que resulta conversar sin interrumpir. Lo intento de veras y siempre llega un momento en el que creo que lo que puedo decir es más importante que lo que necesito escuchar.

En esta línea James L. Hallenbeck analizó 74 cintas de conversaciones de médicos con sus pacientes: sólo al 23% se le permitió describir completamente sus preocupaciones. El promedio de tiempo que pudieron hablar antes de la primera interrupción apenas alcanza los 18 segundos. Otro trabajo mostró que la duración media de las conversaciones era de 16,5 minutos, de los cuales los enfermos utilizaron 8 segundos para formular preguntas. Además, los médicos creían haber empleado una media de 9 minutos ofreciendo información, cuando ese tiempo se limitó a 40 segundos.

Sin duda, todos conocemos magníficos ejemplos de todo lo contrario, como el Dr. Eduardo Ortiz de Landázuri. Entrevistado por Inés Artajo, declaraba en Diario de Navarra (13-XI-1983) que "en el borde de la cama nace el diálogo y la confianza, tan esencial para un buen diagnóstico". Decía y practicaba que a las tres de la madrugada se puede salvar una vida y a las nueve, quizá, sólo certificar una defunción. También hablaba de "dos lenguajes: el de la lógica y el del cariño. Y la lógica tiene unos límites. Por eso cuando se llega al límite de la lógica y no hay forma de ponerse de acuerdo, el único camino es el del cariño". ¿Es poco científico? No sé, pero sí sé que es muy humano y, la verdad, prefiero ser auténtico a ser perfecto.

Como conclusión provisional, adjetivo genuino de la ciencia médica, planteo un cambio de paradigma en dos direcciones: repensar la comunicación para que empiece por una escucha con apertura mental y progresar del querer saber al saber querer. Puede resultar efectiva la receta de Shakespeare: "Dad palabra al dolor porque el dolor que no habla gime en el corazón hasta que lo rompe".

***Enrique Sueiro** es consultor y doctor en Comunicación Biomédica por la Universidad de Navarra. www.enriquesueiro.com*

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