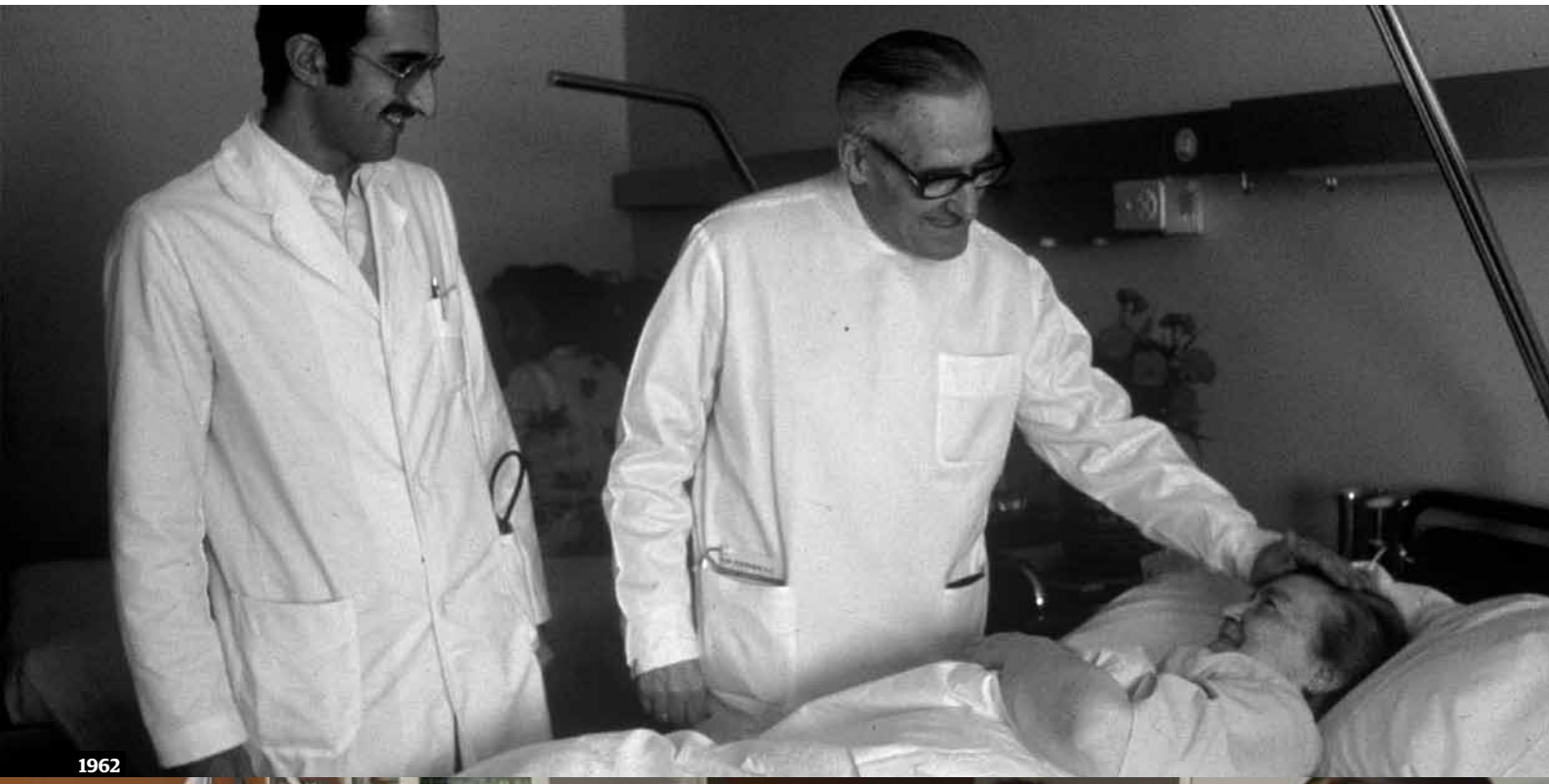
noticias.cun
REVISTA DE LA CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA OCTUBRE - DICIEMBRE 2012 NÚMERO 082

CUN50
1962/2012


1962

2012

Cincuenta años centrados en el paciente

Radiofrecuencia para la hipertensión. Aplicada en las arterias renales para pacientes que no responden a fármacos. **16-20**

Cena por el cincuentenario. Celebrada por 900 profesionales de la Clínica en un nuevo edificio de la Universidad de Navarra. **4-9**

Triple trasplante cardiaco. Realizado a un riojano de 52 años, campeón de tenis para trasplantados. **22-27**

SOMOS UN BANCO DE CLIENTES,
DE DISTINTOS CLIENTES.
En Banco Popular sabemos que todos los días son distintos y que ningún cliente es igual. Y después de muchos días y clientes diferentes, conocemos el valor de que ciertas cosas no cambien. Somos un banco de clientes. De distintos clientes. Pero somos siempre el mismo Banco. Banco Popular. Comprueba todo lo que podemos ofrecerte. Infórmate en bancopopular.es.
BANCO POPULAR
www.bancopopular.es
Banco de Andalucía
Banco de Vasconia
Banco de Castilla
Banco de Crédito Balear
Banco de Galicia

Ángel J. Gómez-Montoro, rector de la Universidad de Navarra,se dirige a los cerca de mil profesionales de la Clínica reunidos en la cena para celebrar su cincuentenario.

EDITORIAL

Un equipo

A PESAR DE las importantes dimensiones que hoy caracterizan la Clínica, los resultados asistenciales obtenidos hasta la fecha vuelven a demostrar de un modo testarudo que el trabajo en equipo redunda en una mejora de los índices de supervivencia, en un mayor acercamiento y satisfacción del paciente y de sus familias, así como de todos los profesionales que constituyen su plantilla, tanto personal médico como no facultativo. Se ha constatado, incluso, que este modo aunado de trabajo revierte, como institución universitaria que es, en un mayor desarrollo de su carácter docente. La cooperación multidisciplinar se reitera así como señal diferencial de este centro hospitalario, acuñada desde su primera piedra por el fundador de la Clínica y de la Universidad de Navarra, San Josemaría Escrivá de Balaguer, y por el espíritu de su principal mentor médico, el doctor Eduardo Ortiz de Landázuri (en la imagen en blanco y negro de portada). Una máxima en la que se ven comprometidos todos los servicios de la Clínica sin excepción. Porque sólo mediante la labor conjunta se consigue optar a la excelencia en un campo tan complejo y delicado como el de la atención sanitaria.

Hoy, cincuenta años más tarde, seguimos confirmando esta tendencia de un modo muy concreto en los resultados obtenidos de un estudio realizado por los profesionales de la Unidad de Medicina Hospitalista de la Clínica, un paradigma de esta forma de funcionamiento en equipo.

CÓDIGO QR

Los códigos QR (Quick Response Barcode) son un sistema para almacenar información en un código de barras bidimensional.

CÓMO SE UTILIZA

1. Descargue en internet un lector de códigos QR. Existen lectores QR gratuitos y disponibles para la mayoría de móviles.

2. Una vez instalado el lector. Cuando vea un código QR abra el lector y coloque la cámara del móvil sobre el código.

3. Acceda a la información. El código QR le llevará directamente a un contenido: vídeo, página web, tarjeta de visita...

Los profesionales de la Clínica celeb

Nutrida representación. Cerca de mil profesionales de la Clínica, pertenecientes a todos los servicios del centro, participaron en la celebración que además de la

Una cena reunió a 900 trabajadores del centro hospitalario en el nuevo edificio 'Amigos' de la Facultad de Económicas y Másteres de la Universidad de Navarra

CUN ■ El 50 aniversario de la Clínica contó también con una celebración especial por parte de sus trabajadores. Así, un total de 900 profesionales del centro hospitalario se reunieron el pasado 8 de junio para festejar el cincuentenario con una cena que tuvo lugar en el nuevo edificio 'Amigos' de la Universidad de Navarra, destinado a impartir los cursos de la Facultad de Económicas y Másteres. En el encuentro, que contó con la presencia del entonces rector de la Universidad Ángel J. Gómez Montoro, se vivieron momentos emotivos -como el homenaje a algunos jubilados de la Clínica y otros divertidos, entre otros, se contó con la presencia de la tuna, actuaciones de algunos de los comensales, un concurso de vídeos y el sorteo de regalos. Los participantes contribuyeron con el pago de su cubierto a financiar proyectos del Patronato Niños contra el Cáncer de la Fundación Universitaria de Navarra. En total, la recaudación ascendió a 18.000 euros.

Durante el acto, que fue presentado por el doctor Ramón Angós, de Digestivo, pronunciaron unos breves discursos el exrector de la Universidad de Navarra, Ángel J. Gómez Montoro, y el director general de la Clínica, José Andrés Gómez Cantero.

Los comensales contribuyeron con el pago de su cubierto a financiar el Patronato Niños contra el Cáncer de la Fundación Universitaria de Navarra.

En el encuentro se vivieron momentos emotivos, como el homenaje a algunos jubilados de la Clínica.

Antes de la cena, se emitió un vídeo con un breve resumen de la historia de la Clínica que hilaba con algunos de los hitos históricos más importantes de estos últimos 50 años, acompañado, además, por una banda sonora con los éxitos de esas décadas.

ran su cincuentenario

la cena contó con actuaciones y videos conmemorativos y de homenaje.

Cóctel de bienvenida. Antes de la cena, los asistentes degustaron un cóctel en la explanada del nuevo edificio del campus de la Universidad de Navarra.

ÁNGEL J. GÓMEZ MONTORO
Rector de la Universidad de Navarra

CENTENARIO

"Ahora miremos al futuro. Hemos cerrado los actos de los 50 años. Empecemos a preparar el centenario. Porque como dijo San Josemaría: "soñad y os quedaréis cortos"".

MOTIVO DE ORGULLO

"En nombre de la Universidad, gracias a los que formáis la Clínica por estos 50 años de buen hacer. La Clínica es un motivo de orgullo dentro y fuera de Navarra. Allá donde vamos nos hablan bien de ella".

PACIENTES

"Gracias en nombre de los cientos de miles de enfermos que habéis cuidado en estos 50 años. A muchos les habéis devuelto la salud y a todos les habéis tratado con ese cariño tan especial que es marca de la casa".

La velada comenzó con un aperitivo servido para todos los profesionales de la Clínica en la entrada del nuevo edificio de Económicas y Másteres donde departieron momentos antes de la cena.

ONCE CARRERAS PROFESIONALES

Durante la celebración, se rindió homenaje a once profesionales que han desarrollado toda su carrera profesional en la Clínica, desde el inicio del centro (1962), hasta su jubilación. De cada uno de ellos se emitió un vídeo personalizado con imágenes de su trayectoria profesional. Al finalizar, el director general del centro, José Andrés Gómez Cantero les entregó una fotografía tomada durante su actividad en la Clínica.

DIEGO MARTÍNEZ CARO
Ex-director del departamento de cardiología y cirugía cardiovascular.

CARMEN LÓPEZ DE LA FUENTE
Primera directora de Enfermería de la Clínica.

Sanitarios. De izquierda a derecha, Fernando Mangado, Fermín Rufino Razquin, Lorenzo Iglesias, Ignacio Cristóbal (director Recursos Humanos), José Mª Delgado, Fernando Beunza y Benjamín Eugenio Fuentes.

Informática. De izquierda a derecha, Luis Miguel Fernández, Mª Concepción Asín, Ana Mª Irigaray (administrativa), Idoya Oreja (administrativa), Joaquín Arza, Rafael Irigaray, Felipe Martínez Ruiz de Alejos, José Martín Martínez, Jesús Mª Monreal, Raúl Morrás y Jesús Redrado (director).

Coordinación. De izquierda a derecha y de pie, Camino Ochoa, Yolanda Díez de Ulzurrun, Maica Fernández, Mertxe Zardoya, Lourdes Munárriz, Blanca Díez, Lourdes Uriz (Admisión), Juana Arsuaga, Mariví López y Mari Francis Pérez (enfermera adscrita a Dirección). En primera fila, Beth Paloma (directora Coordinación) y Nieves García.

Varios departamentos. De izquierda a derecha, Mª José Gil (enfermera Neumología), Arantxa Lumbreras (enfermera Cardiología), Mª Asunción Azcona (enfermera Radiología), Rosario Vides (auxiliar Hemodinámica), Ana Isabel Lorente (auxiliar Cardiología), Mª Angeles Betelu (enfermera Radiología), Carmen Villanueva (laborante Hemodinámica), Begoña Sara (enfermera Radiología), Carmen Nuin (enfermera Radiología), Ana Allona (enfermera Hemodinámica), Inmaculada Mangado (administrativa Centro Mecanográfico) y Tere Comas (administrativa Hemodinámica).

FEDERICO CONCHILLO TERUEL
Ex-director e impulsor del Departamento de Digestivo.

MANUEL MARTÍNEZ LAGE
Ex-director del Departamento de Neurología.

CONCEPCIÓN HERNÁNDEZ MARQUÉS
Ex-supervisora general de Enfermería y supervisora de Psiquiatría.

JOSÉ ANDRÉS GÓMEZ-CANTERO
Director General de la Clínica

EL EJEMPLO DE LOS PRIMEROS

"Los primeros profesionales de la Clínica han conseguido colocar a este centro en el lugar que hoy ocupa. Como un hospital de reconocido prestigio dentro y fuera de este país".

UNA MANERA DE HACER MEDICINA

"La primera generación de profesionales nos ha dejado una manera de ejercer la Medicina. Han sabido encarnar la visión que tuvo San Josemaría cuando comenzó la Clínica".

LA CLÍNICA, SUS PROFESIONALES

"Como dijo una paciente: cuando pienso en la Clínica no me imagino los edificios, sino a los profesionales que están dentro. Creo también que la Clínica somos todos los que la sacamos adelante".

ONCOLOGÍA. De izquierda a derecha y de pie, Blanca San Martín (auxiliar), Manuela Villena (enfermera), Lourdes Soria (enfermera), Mª Jesús López (administrativa), Mª Dolores Lozano (doctora Anatomía Patológica), J Javier Aristu (doctor, Radioterapia), Salvador Martín Algarra (director), Rosa León (enfermera), Edurne Bastida (enfermera), Mario López Saca (doctor, Medicina Paliativa), Carmen Lacosta (administrativa), Nieves Zazpe (auxiliar), Julia Urdiroz (enfermera Medicina Paliativa), Ana Mª Zabaleta (administrativa) y Marimar Marquínez (administrativa). Sentados, de izquierda a derecha, Marta Santisteban (doctora), Leire Arbea (doctora, Radioterapia), José Manuel Aramendía (doctor), Estefanía Arévalo (doctora), Marta Moreno (doctora, Radioterapia), Chantal Kadri (doctora, Anestesia) y José Mª López Picazo (doctor).

SAGRARIO AGUINAGA TORRANO
Ex-directora de estudios de la Escuela de Enfermería y enfermera de Laboratorio.

ALBERTO OEHLING RUIZ
Ex-director del Departamento de Alergología.

JOSÉ DANIEL SÁENZ DE BURUAGA
Uno de los especialistas pioneros del Departamento de Cardiología.

La tuna. Componentes de la tuna de Medicina animaron con sus canciones parte de la velada.

Rector y homenajeadas. El rector de la Universidad, Angel J. Gómez Montoro, saluda a las homenajeadas Concepción Hernández Marqués y Carmen López de la Fuente.

Doctores. De izquierda a derecha, Joaquín Giráldez (ex-director Farmacia, jubilado), José Mª Beriáin (ex-director Urología), Jesús Prieto (ex-director Medicina Interna), Manuel Martínez Lage (ex-director Neurología, jubilado) y Alberto Oehling (ex-director Alergología, jubilado).

Antes de la cena. De izquierda a derecha y de pie, el doctor Miguel idoate (director Anatomía Patológica), las doctoras Mariana Elorz y Loreto García del Barrio (ambas de Radiología), las enfermeras Rosa Mª Giménez (Medicina Nuclear) y Soledad Solchaga (Dermatología), la doctora Mª Isabel Bernard (Dermatología) y la supervisora Raquel Jiménez (Áreas Clínicas de Enfermería). Sentadas, las enfermeras Rosa Vallés y Ana Arbeloa (ambas de Medicina de Familia) y Marina Sanz (Dermatología), la administrativa Estíbaliz Galdeano y la enfermera Carmen Elarre (ambas de Dermatología).

EMILIO MONCADA LORENZO
Su hijo Rafael (Anestesia), en nombre del ex-director de Endocrinología.

SALVADOR CERVERA ENGUIX
Su hija Amparo (supervisora), en nombre del ex-director de Psiquiatría.

MIGUEL SAN JULIÁN ARTOLA
Su hijo, Mikel San Julián (Traumatología), en nombre del ex-director de Radiología.

Más de 4.000 participantes en el XVII Día de la Bici

La actual edición contó como novedad con el sorteo de cinco chequeos deportivos de la Clínica entre los participantes

CUN ■ Unas 4.100 personas participaron en el XVII Día de la Bici, que tuvo lugar el pasado 3 de junio en Pamplona. El acto contó con la presencia del alcalde de Pamplona, Enrique Maya, la concejal de Deportes del Ayuntamiento de Pamplona, María Caballero, el director del Instituto Navarro de Deporte y Actividad Física, Miguel Pozueta, y el director general de la Clínica, José Andrés Gómez Cantero. La Clínica fue uno de los patrocinadores del evento. El recorrido, de 15 km, comenzó en la Plaza del Castillo y transcurrió por distintas zonas de Pamplona hasta finalizar frente al edificio de la Clínica, en el aparcamiento de superficie del CIMA.

Uno de los objetivos de la colaboración de la Clínica fue, además de apoyar el deporte y la vida saludable, dar a conocer los chequeos deportivos, modalidad de reconocimiento médico adaptada a los deportistas que realiza el centro hospitalario. Para ello, se sortearon cinco chequeos entre los participantes en el evento.

De todas las edades. Entre los más de 4.000 participantes hubo ciclistas de todas las edades que disfrutaron de los 15 km de recorrido por Pamplona con final frente a la Clínica, en la explanada del CIMA.

En un 6,18% de las colonoscopias realizadas se detectaron tumores, todos curables

Con motivo de su 50 aniversario, la Clínica realizó 1.557 análisis gratuitos dirigidos a la prevención del cáncer de colon

La doctora Maite Herraiz, responsable de la Unidad de Tumores Digestivos de la Clínica.

CUN ■ Un 6,18% de los pacientes a los que se les realizó una colonoscopia como consecuencia de ofrecer un resultado positivo en el test de sangre oculta en heces presentaba una lesión tumoral, todas en estadios precoces (cuando son potencialmente curables) según datos aportados por la responsable de la Unidad de Prevención de Tumores Digestivos de la Clínica, la doctora Maite Herraiz. El índice de lesiones detectadas se sitúa en la media de tumores diagnosticados en campañas de cribado para prevenir el cáncer de colon en la población general.

El casi centenar de pacientes explorados con colonoscopia habían participado en la campaña gratuita "Informar para prevenir", puesta en marcha por este centro hospitalario con motivo de la celebración de su 50 aniversario. Una de las principales acciones de dicho plan de prevención consistió en el reparto de 2.000 kits gratuitos para la detección de sangre oculta en heces. De ellos, se devolvieron para su análisis en la Clínica un total de 1.557 test. Los resultados de los exámenes realizados arrojaron un total de 436 positivos.

LA PREVENCIÓN FUNCIONA. De todas las colonoscopias realizadas se detectaron pólipos en un 44,33% de los pacientes, que se extirparon mediante polipectomía durante la misma exploración endoscópica. Por otra parte, el número total de lesiones tumorales, incluidos los carcinomas "in situ" (lesión en estadio más precoz) ascendieron al 11,34%, ya que algunos pacientes presentaban más de un pólipo tumoral. A la vista del conjunto de datos obtenidos de la campaña, la doctora Herraiz valora que "en primer lugar, la conclusión que podemos extraer es que existe un porcentaje de personas que tienen cáncer de colon o una lesión precursora de este tipo de tumor y que lo desconocen porque en los inicios habitualmente no dan síntomas. Y, en segundo lugar, y más importante, destacaría que la prevención realmente funciona". En este sentido, la especialista destacó que "un sistema tan sencillo como es el test de sangre oculta en heces nos ha permitido diagnosticar un 6,18% de tumores, todos en fases curativas, aunque dos de ellos presentaban un estadio más avanzado con afectación ganglionar".

UNA REALIDAD

La facultativa tildó de "realidad" la prevención del cáncer de colon a través de los programas de cribado. "Puesto que los pólipos son lesiones premalignas, su extirpación evita que ese paciente pueda desarrollar un cáncer de colon en el futuro. Además, con esta campaña hemos hecho diagnóstico precoz en algunos pacientes e, incluso, hemos podido tratar algunos tumores en estadios muy precoces, exclusivamente mediante polipectomía, es decir extirpándolos directamente durante la colonoscopia sin necesidad de cirugía. Afortunadamente, ninguno de los pacientes que ha tenido que operarse, presentaba metástasis".

MÁS INFORMACIÓN
La campaña contó con el análisis gratuito y varias charlas informativas sobre el cáncer de colon.

Prevención del melanoma: 479 revisiones gratuitas

La Clínica puso en marcha un programa de exploraciones de piel para la detección precoz del este cáncer, dirigido a la población navarra y a pacientes del centro hospitalario

LA CIFRA

4

Son las veces por las que se han multiplicado los índices del melanoma en la última década. Se trata del cáncer de piel de peor pronóstico y uno de los más agresivos. Su incidencia actual en España se cifra entre 1,7 y 2,5 casos en varones y entre un 2 y un 3,2 en mujeres, por 100.000 habitantes en ambos casos.

FACTORES DE RIESGO

La exposición solar es el principal factor ambiental implicado en la aparición del melanoma. "Otros factores de riesgo son los antecedentes genéticos, las personas con muchos lunares o con lunares superiores a 5 milímetros, de diferentes colores o bordes irregulares. También tienen más riesgo las personas de piel clara, ojos azules, pelo rubio, pelirrojo...", indica la doctora Pretel. La dermatóloga insiste en la importancia de la detección precoz "porque, de este modo, se cura mediante cirugía. En estado más avanzado puede producir metástasis, lo cual complica el pronóstico".

CUN ■ La Clínica realizó el pasado mes de junio un total de 479 evaluaciones gratuitas de la piel como campaña para la detección precoz del melanoma. La acción estaba dirigida a la población navarra y a pacientes del centro hospitalario. Este programa se enmarca dentro de la campaña 'Informar para prevenir', puesta en marcha con motivo de la celebración del 50 aniversario de la Clínica durante 2012. Además, el inicio de las revisiones coincidió con la conmemoración, el 19 de junio, del Día del Euromelanoma, jornada dedicada a recordar la importancia de la detección precoz de este tipo de cáncer de piel.

DIRIGIDO A PERSONAS CON MANCHAS SOSPECHOSAS. Las exploraciones se llevaron a cabo por dermatólogos de la Clínica en casi medio millar de pacientes. "Las revisiones estaban dirigidas específicamente a personas de cualquier edad con manchas, lunares u otras lesiones pigmentadas en la piel que les resulten sospechosas por su tamaño, forma irregular o que hayan sufrido cambios en su aspecto, como abultamiento, sangrado, ulceración, que produzcan picor...", detalla la doctora Maider Pretel, especialista del Departamento de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereológica de la Clínica. Además de la doctora Pretel, otros tres dermatólogos de la Clínica realizaron los reconocimientos: los doctores Agustín España (director), Leyre Aguado y Pilar Gil.

La revisión de piel, explica la doctora Pretel, se efectúa con un dermatoscopio, instrumento óptico que amplía la imagen de los lunares. "Existe una serie de patrones descritos que orientan sobre si, según el aspecto, una lesión pigmentada o lunar puede ser maligno o benigno. Sin embargo, el diagnóstico definitivo lo proporciona una biopsia. En esta campaña, cuando vimos por la dermatoscopia y por los síntomas clínicos que una lesión podía ser sospechosa, recomendamos al paciente su extirpación".

La dermatóloga Maider Pretel revisa la piel con un dermatoscopio.

MÁS INFORMACIÓN
La campaña de prevención del melanoma estuvo dirigida a personas con manchas, lunares u otras lesiones pigmentadas que pudieran resultar sospechosas.

OBAS

CAFETERÍA-RESTAURANTE
SALÓN-SNACK-TERRAZA

RESTAURANTE

"LA CARTA"

Nuestra cocina es tradicional con tonos innovadores. Les mostramos algunos platos:

* Ensalada templada de bacalao con salsa de piquillos y nueces.
* Menestra de verduras navarras.
* Alcachofas naturales con jamón.
* Revueltos de hongos "beltxas".
* Foie fresco en salsa de uvas.

****

* Almejas con arroz.
* Todo tipo de pescados frescos (lenguado, merluza, lubina, etc...).

****

* Manitas de cerdo rellenas de hongos.
* Presa de cerdo ibérico.
* Solomillo de ternera al gusto.
* Costillitas de cordero lechal.
* Postres caseros:
  - Leche frita
  - Canutillos
  - Torrijas
  - Sorbetes variados

MENÚ DEL DÍA 22€ + I.V.A.

(Lunes a Jueves - 30 platos)

MENÚ ESPECIAL 31€ + I.V.A.

(Todos los días - 24 platos a elegir)

SALÓN SNACK

Cocina permanente de 9 h. a 23'30 h.

* ENSALADAS (8 variedades)
* BAGUETTES A SU GUSTO
* SANDWICHES (6 tipos)

* PLATOS COMBINADOS:
  - Nº 1 Costillas de cordero, pimientos rellenos de bacalao acompañados de cogollos de Tudela
  - Nº 2 Filete de ternera, huevo frito, ensaladilla rusa y patatas fritas
  - Nº 3 Escalope cordón bleue, espárragos (3) y ensalada, tomate, lechuga y cebolla
  - Nº 4 Magret de pato, verduras y tortilla francesa
  - Nº 5 Huevos fritos con jamón, salsa de tomate y patatas fritas
  - Nº 6 Entrecot de ternera, pimientos, patatas fritas, lechuga, tomate y cebolla
  - Nº 7 Merluza fresca rebozada, con verduras y croquetas
  - Nº 8 Salmón a la plancha con ensaladilla rusa, espárragos (3)

TODOS NUESTROS PLATOS SE PUEDEN PREPARAR PARA QUE USTED SE LOS LLEVE.

Amplia bodega de vinos:

* Denominación Navarra.
* Denominación Rioja
* Denominación Ribera.
* Cavas.

AVANCES CLÍNICOS
Médicos hospitalistas. Mejora de resultados en pacientes complejoss con múltiples patologías. **28-30**

082
Oct-Dic 2012

Hipertensión resistente a fármacos. Responde a un tratamiento con radiofrecuencia en arterias renales. **16-20**
Tercer trasplante cardiaco. Realizado en la Clínica en un mismo paciente, un riojano de 52 años. **22-27**
Investigación. Describen pautas para identificar la malignización del osteocondroma. **31**
Implante auditivo con anestesia local. Otorrinolaringólogos de la Clínica lo realizan por primera vez en el mundo. **32-33**
Historias de la Clínica. Pablo García-Deza, de 17 años, escribe con su madre, Mónica Deza, un libro sobre su enfermedad. **34-36**
Actualidad. Las noticias de la Clínica en breve. **38-39**
Libros & Webs. Para estar bien informado en temas de salud. **40-41**
Firma invitada. El doctor Efren Manjarrez, especialista en Medicina Hospitalaria de la Universidad de Miami (EE.UU.) **42**

Noticias de la Clínica Universidad de Navarra. Número 82. Cuarto trimestre de 2012. Director General: José Andrés Gómez Cantero. **Director Médico:** Dr. Nicolás García González. **Director de Comunicación:** Jesús Zorrilla (jzorrilla@unav.es). **Coordinación:** Mónica Ruiz de la Cuesta (mrdelacuesta@unav.es). **Textos:** Mónica Ruiz de la Cuesta, Javier Irurtia y Ruperto Mendiry. **Libros y webs:** Dra. Isabel Morales. **Infografía:** Heber Longás y Covadonga F. Esteban. **Fotografía:** Manuel Castells (fotos@unav.es) y Villar López. **Diseño:** Errea Comunicación. **Secretaria de Redacción:** Amaia Zaratiegui (noticiascun@unav.es) T 948 296 497. **Impresión:** Castuera. **Edita:** Clínica 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

Facebook: http://www.facebook.com/clinicauniversidadnavarra
Twitter: @ClinicaNavarra
YouTube: http://www.youtube.com/clinicauniversitaria
Flickr: http://www.flickr.com/photos/clinicauniversidaddenavarra

Radiofrecuencia contra la hipertensión que no responde a fármacos

La Clínica es el primer hospital privado español que realiza la denervación de las arterias renales mediante cateterismo para los hipertensos refractarios

CUN ■ Se calcula que en España existen unos 650.000 pacientes que sufren hipertensión arterial refractaria. Se trata de un tipo de hipertensión en la que, a pesar de la administración de 3 ó más fármacos en dosis adecuadas, las cifras de tensión arterial permanecen elevadas por encima de 160/90 mm de Hg. El porcentaje de pacientes refractarios (que no responden) al tratamiento médico oscila según comunidades, pero la media se sitúa alrededor del 10% del total de los hipertensos.

Para este tipo de casos que no responden al tratamiento farmacológico, un equipo de especialistas de la Clínica Universidad de Navarra ha realizado con éxito un nuevo tratamiento, cuya eficacia y seguridad ha sido avalada durante más de tres años por diversos estudios clínicos internacionales. El procedimiento consiste en la aplicación de radiofrecuencia en el perímetro interno de las dos arterias renales. "Los impactos de radiofrecuencia consiguen lesionar y, por tanto, interrumpir la conducción nerviosa a través de los nervios localizados alrededor de las arterias renales (denervación renal), causante de la perpetuación de la hipertensión arterial elevada que no responde al tratamiento convencional mediante fármacos", describe el doctor José Calabuig, director del Servicio de Cardiología Intervencionista de la Clínica.

El procedimiento de denervación renal no requiere anestesia general —sólo sedación—, ni cirugía abierta, ya que se realiza por cateterismo.

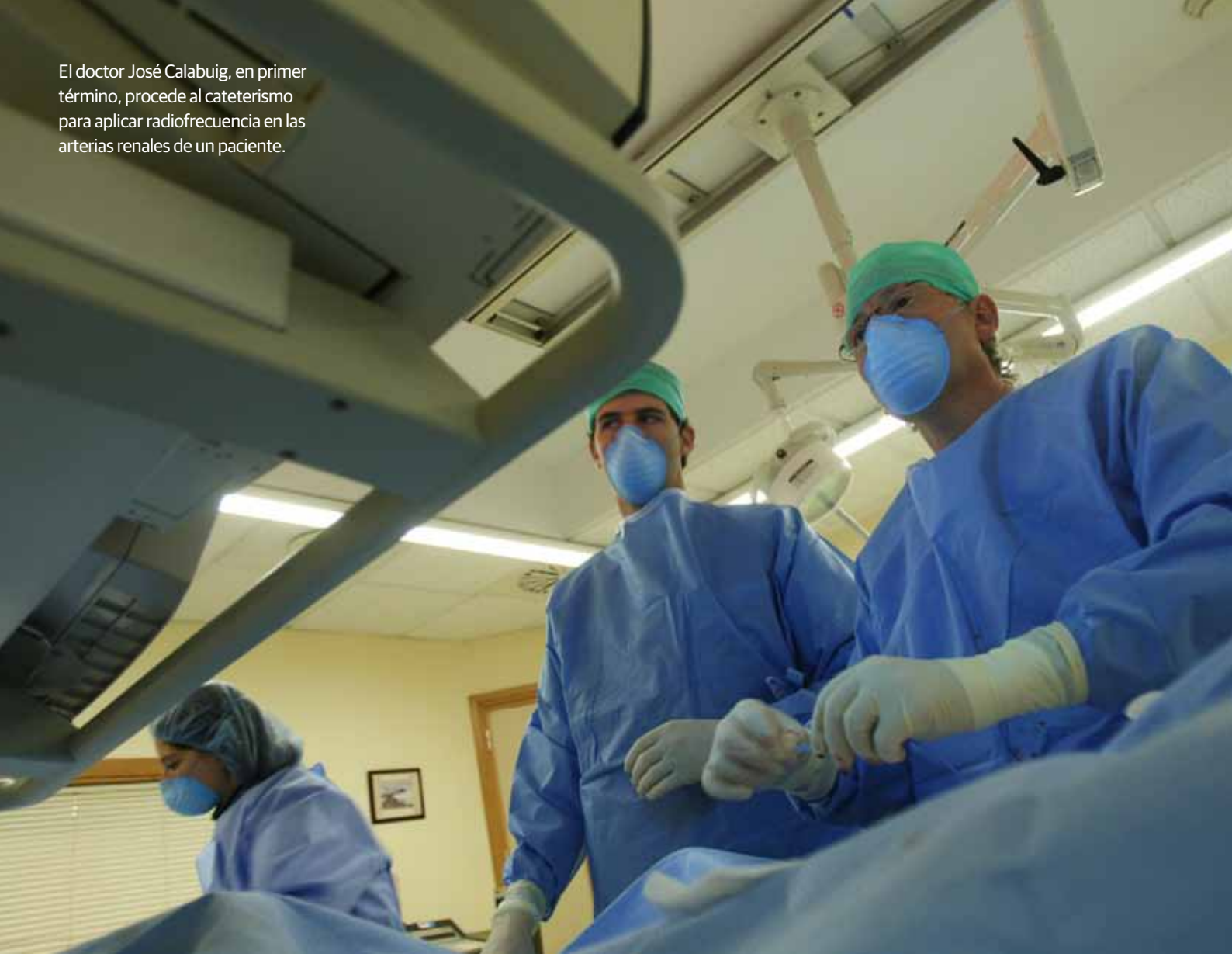
El ingreso hospitalario es de entre veinticuatro y cuarenta y ocho horas tras la intervención.

Hay casos de pacientes a los que se les ha aplicado este procedimiento y que pasan de tener prescritos 5 ó 6 fármacos a reducirlos a uno o dos.

El equipo médico que realiza este tratamiento está integrado por dos cardiólogos intervencionistas, un cardiólogo clínico y un cirujano vascular: los doctores José Calabuig y Miguel Artaiz, el doctor Juan José Gavira y el doctor Lukasz Grochowicz, respectivamente.

El procedimiento de denervación renal no requiere anestesia general -sólo sedación-, ni cirugía abierta, ya que se realiza por cateterismo mediante punción en la arteria femoral. El ingreso hospitalario es de entre 24 y 48 horas tras la intervención.

En la actualidad, dos meses después del primer procedimiento realizado en la Clínica,



El doctor José Calabuig, en primer término, procede al cateterismo para aplicar radiofrecuencia en las arterias renales de un paciente.

la paciente presenta una tensión normal, sin crisis hipertensivas (que con anterioridad le obligaron incluso a precisar varios ingresos hospitalarios), ni otros síntomas derivados de esa hipertensión. Además, "refiere encontrarse mejor", según relata su cardiólogo, el doctor Gavira. "Con posterioridad al tratamiento de denervación con radiofrecuencia, continuamos controlando la tensión de la paciente con la intención de poder reducirle al máximo la medicación, indica el facultativo. En esta línea, apunta que, incluso, "hay casos de pacientes a los que se les ha aplicado este procedimiento y que pasan de tener prescritos 5 ó 6 fármacos a reducirlos a uno o dos".

La intervención comienza con la introducción, a través de una punción en la arteria femoral,

PASA A LA PÁG. 18 >>

RELACIÓN RIÑÓN E HIPERTENSIÓN

El sistema nervioso simpático

El mecanismo por el que mediante la denervación renal se consigue controlar la hipertensión refractaria se fundamenta en que el riñón recibe desde el cerebro, a través de la médula espinal, la inervación (impulso nervioso) del sistema nervioso vegetativo autonómico, también llamado "simpático".

Así, cabe diferenciar dos tipos de pacientes hipertensos. Aquellos en los que existe una causa que provoca la tensión arterial elevada, hipertensión que se denomina secundaria, y aquellos en los que no existe un factor que la origine, hipertensión esencial. Este segundo tipo es el más frecuente y el que afecta a la mayoría de los pacientes hipertensos. La hipertensión esencial suele caracterizarse por la retención de sodio (sal), por un aumento de la retención de líquidos y por un estrechamiento de las arterias de pequeño calibre. Para solventar estos síntomas, a los pacientes se les prescriben fármacos diuréticos con el objeto de eliminar la sal y de reducir el volumen de líquido. Asimismo, se les administran vasodilatadores para evitar el estrechamiento de las pequeñas arterias (arteriolas), además de otros fármacos que actúan inhibiendo el denominado sistema renina-angiotensina, responsable de la tensión arterial elevada.

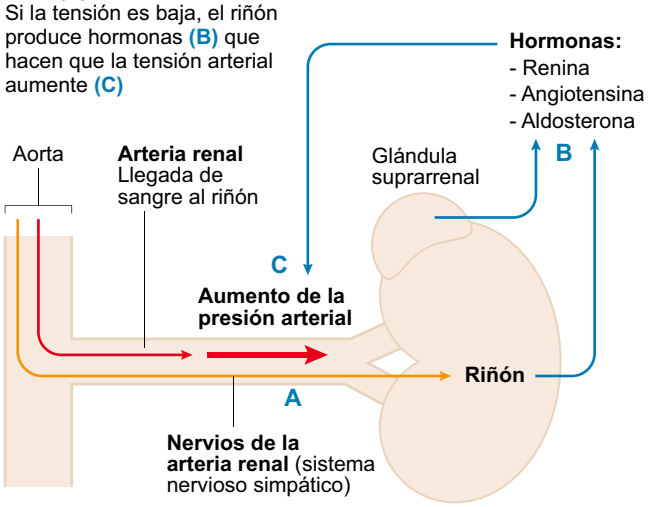
Pero a pesar de esta cantidad y tipología de medicaciones, hay un porcentaje de pacientes hipertensos que no responden a los fármacos. "Hay que tener en cuenta –indica el doctor Calabuig- que las órdenes que recibe el riñón para retener sodio y líquidos, así como para reducir el flujo de sangre al órgano renal, le llegan desde el cerebro a través del sistema nervioso simpático y de sus prolongaciones nerviosas, localizadas alrededor de la arteria renal". De ahí que la denervación (lesión de los nervios) de dichos vasos resulte "un método altamente efectivo en el control de la hipertensión arterial refractaria", afirma.

TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Uno de cada diez pacientes hipertensos no responde bien al tratamiento farmacológico. En estos casos, una sencilla intervención reduce la hipertensión de forma inmediata.

1 LOS RIÑONES Y LA TENSIÓN ARTERIAL

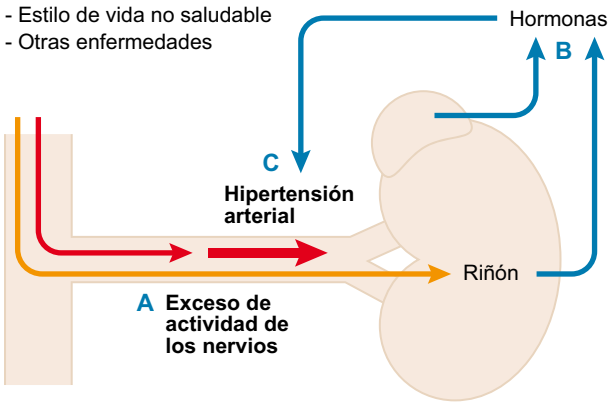
En condiciones normales, los nervios de la arteria renal **(A)** informan al riñón de la tensión arterial. Si la tensión es baja, el riñón produce hormonas **(B)** que hacen que la tensión arterial aumente **(C)**



2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

En ocasiones, la señal recibida por los nervios de la arteria renal **(A)** es excesiva. Se producen muchas hormonas **(B)** y la tensión arterial se dispara **(C)**

CAUSAS
- Obesidad
- Estilo de vida no saludable
- Otras enfermedades



CONSECUENCIAS
- Daño en el riñón
- Daño cardiovascular

TRATAMIENTO
- Vasodilatadores
- Diuréticos
- Medicamentos que desactivan la vía hormonal

<<VIENE DE LA PÁG.17

de un catéter dotado de un cabezal de reducido tamaño constituido por cuatro electrodos. El catéter se mantiene conectado a una consola exterior, emisora de ondas de radiofrecuencia, con las que se provocan las lesiones (ablaciones) por calor en el perímetro interno de ambas arterias renales.

El procedimiento tiene una duración aproximada de 30 minutos. Según indica el doctor Calabuig, "el especialista introduce el catéter por la arteria femoral hasta la arteria renal. Una vez allí se aplican los impactos de radiofrecuencia. En total, son necesarios entre 8 y 12 impactos en cada una de las arterias renales". De este modo, especifica, "se interrumpe la propagación del impulso nervioso que discurre por el exterior de la arteria y que provoca la perpetuación de la hipertensión arterial".

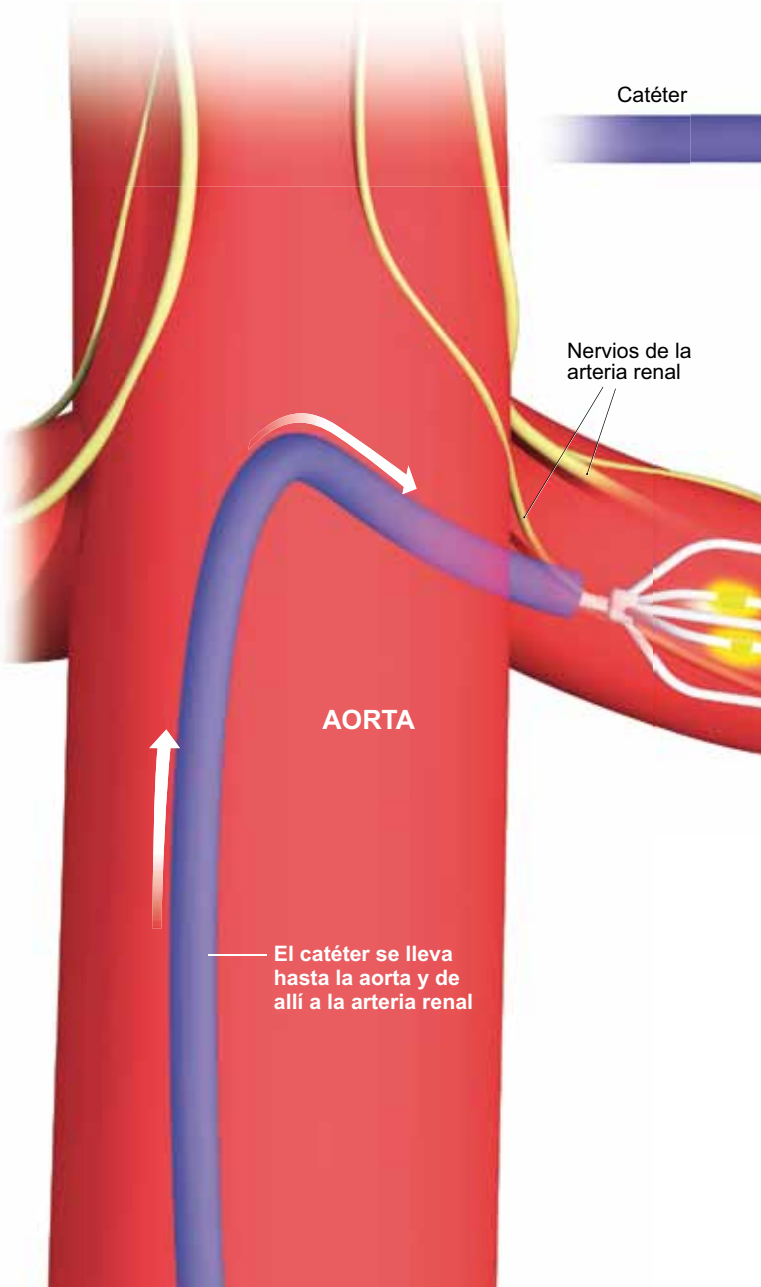
RIESGOS DE LA HIPERTENSIÓN. Según subraya el especialista, "una hipertensión mal controlada y prolongada en el tiempo puede provocar efectos perniciosos agudos y crónicos. Entre los primeros figuran la hemorragia cerebral, la disección de la aorta, las arritmias paroxísticas (no permanentes) y, como consecuencia de estas, las embolias, entre otros".

En la descripción de los efectos crónicos, el facultativo se detiene en los cardiovasculares, entre los que destaca "la hipertrofia (engrosamiento) del ventrículo izquierdo que puede ocasionar, además de arritmias por fibrilación auricular permanente, con los años, insuficiencia cardiaca debida al fallo de este ventrículo".

Otro riesgo importante es la afectación que provoca la hipertensión en el sistema arterial. "Si todo el sistema cardiovascular está sometido a una presión importante, la consecuencia puede traducirse en una disfunción de la pared arterial. Esta alteración permitiría que en dichas paredes se asiente la arteriosclerosis, entre ellas las más graves, la coronaria y la cerebral, origen de anginas de pecho, infartos de miocardio y de muerte súbita, así como de infartos cerebrales y/o embolias cerebrales, respectivamente".

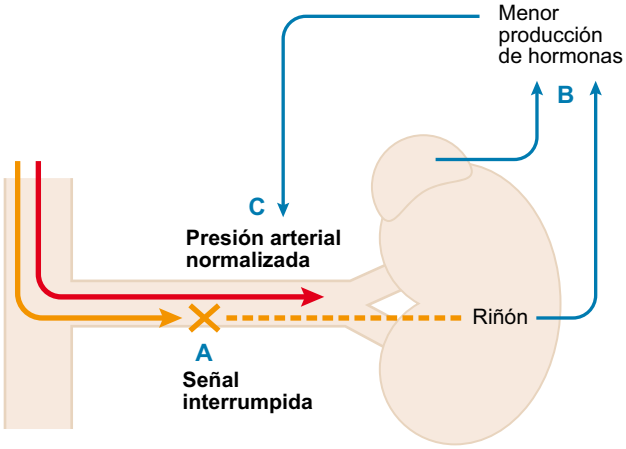
Además, la arteriosclerosis puede provocar, sumada a otros factores de riesgo (diabetes, tabaco, colesterol alto), una vasculopatía periférica

PASA A LA PÁG. 18 >>



3 DENERVACIÓN DE LA ARTERIA RENAL

Se pueden desactivar los nervios de la arteria renal **(A).** El riñón, al no recibir señales nerviosas, produce menos hormonas elevadoras de la tensión **(B).** La tensión arterial se normaliza **(C)**

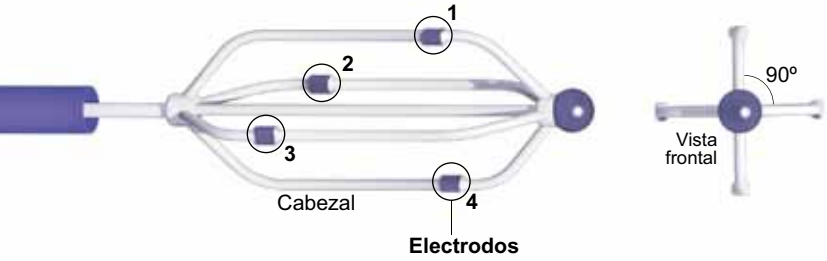


Glándula suprarrenal

RIÑÓN

CÓMO SE REALIZA

Se introduce un catéter que cuenta con cuatro electrodos



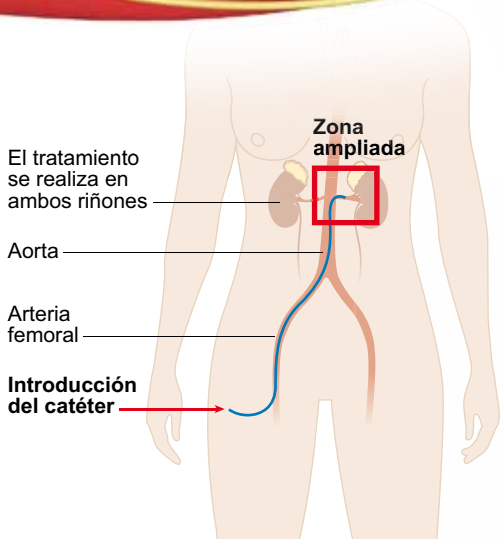
ARTERIA RENAL

La radiofrecuencia inutiliza los nervios

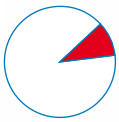
Se aplica en ocho o doce puntos

La señal nerviosa ya no llega al riñón

La tensión arterial se reduce incluso durante la operación



Recomendado para los pacientes que no responden a medicación



10% de los hipertensos (media en España)

Uréter

El equipo. De izquierda a derecha, el doctor Miguel Artaiz (Cardiología), la enfermera Ana Allona, el doctor José Calabuig (director Cardiología Intervencionista), el doctor Juan José Gavira (Cardiología), el doctor Lukasz Grochowicz (Cirugía Vascular), la auxiliar Rosario Vides y las enfermeras Graciela López y Silvia Remírez, todas del Servicio de Hemodinámica de la Clínica.

LAS CIFRAS DE LA HIPERTENSIÓN

Un 10% de los hipertensos son refractarios

La prevalencia de la hipertensión arterial en los españoles de edad media se sitúa en torno al 40% y en mayores de 60 años aumenta hasta el 68%. En términos generales, la hipertensión afecta a una media del 21% de la población, es decir, en cifras absolutas en España existen cerca de 10 millones de hipertensos.

El conocimiento y tratamiento de la hipertensión arterial en la población española es moderadamente alto pero su control es escaso. De cada 100 pacientes hipertensos 65 saben que lo son, pero 35 lo desconocen. De esos 65 que conocen su condición de hipertensos, 55 reciben tratamiento y 10 no lo reciben y de los 55 que reciben tratamiento, sólo 15 mantienen controlada la presión arterial. Los 40 restantes o no tienen la tensión controlada por incumplimiento terapéutico ó porque padecen hipertensión refractaria (resistente) al tratamiento recibido. Hipertensión refractaria es aquella en la que, a pesar de administrar 3 ó más fármacos en dosis adecuadas, la presión arterial se sitúa por encima de 160/90 mm de Hg. El índice de pacientes refractarios al tratamiento médico podría situarse, como mínimo, en torno al 10% de los pacientes hipertensos.Una persona con la tensión arterial elevada y no controlada y calificada por las cifras de refractaria, está sometida a importantes riesgos para la salud. Podríamos distinguir entre problemas agudos y crónicos. Entre los agudos, un hipertenso puede a sufrir una crisis hipertensiva (picos agudos muy elevados de la presión arterial) y como consecuencia podría padecer una hemorragia cerebral, afectación que puede resultar mortal en un alto porcentaje de casos. También, un infarto agudo de miocardio, un fallo del ventrículo izquierdo y por ello un edema agudo de pulmón. Una disección de la aorta puede ser otra de las graves consecuencias, asimismo con un elevado índice de mortalidad. Otro problema que puede desencadenar son las arritmias cardiacas, como es una fibrilación auricular, que es causa, en ocasiones, de una embolia cerebral o de una trombosis en cualquier otra parte del organismo. Entre las consecuencias crónicas figuran la arteriosclerosis y sus efectos a largo plazo: angina de pecho, infarto de miocardio, fallo del corazón ó insuficiencia cardiaca, además de la insuficiencia renal.

<<VIENE DE LA PÁG.18

(acumulación de placa de ateroma: grasa, colesterol, etc.., en los vasos que riegan las extremidades, con la consiguiente obstrucción progresiva de las arterias). Este tipo de vasculopatía da lugar a problemas de claudicación intermitente a la hora de caminar, ya que origina una disminución del flujo sanguíneo arterial en las piernas, causa de un dolor muscular intenso en las pantorrillas.

"Por eso es necesario subrayar que las consecuencias de la hipertensión arterial pueden ser muy graves. De hecho, se le conoce como el 'enemigo silencioso', por lo que resulta de vital importancia que sus efectos sean conocidos por los pacientes hipertensos", insiste el cardiólogo.

A la vista de las secuelas que pueden resultar de la hipertensión arterial, el doctor Calabuig concluye que el nuevo procedimiento de denervación renal "representa un éxito importante en el tratamiento de este tipo de hipertensión de difícil control". Al mismo tiempo, considera "conveniente su aplicación en los pacientes hipertensos que no responden a la medicación".

Por último, el cardiólogo destaca que, en los estudios internacionales desarrollados, se ha observado que en los pacientes tratados mediante denervación renal para la hipertensión refractaria y que además padecían diabetes, "se produce una mejoría de dicha afección, lo mismo que en aquellos pacientes con apnea del sueño, por lo que la nueva técnica puede valorarse como muy esperanzadora", aprecia el especialista.

MÁS INFORMACIÓN
http://bit.ly/denervacion

DISFRUTA DEL NUEVO MENÚ MARIDAJE

Aperitivo según el chef

Degustación de 4 platos

Postre

Maridaje de vinos

Café + Petit fours

52€
IVA incluido

Te ofrecemos el lujo de la mejor gastronomía con una oferta que piensa en tu satisfacción, en tu salud y por supuesto en tu economía.

ALHAMBRA

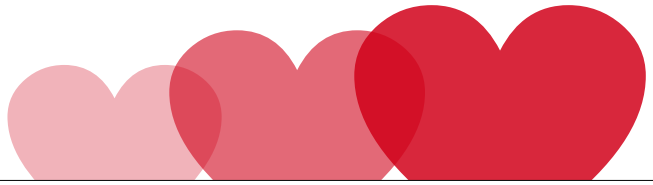
Bergamín, 7 Pamplona
T. 948 245 007
www.restaurantealhambra.es

EUROPA

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

Síguenos

Tercer trasplante cardiaco en un mismo paciente



Un equipo de la Clínica ha realizado la intervención en un riojano de 52 años, a quien ha sido necesario implantarle un corazón en tres ocasiones distintas

CUN ■ Un equipo de cirujanos cardiacos de la Clínica realizó, el pasado 24 de mayo, el tercer trasplante de corazón en un mismo paciente. Se trata de un riojano de 52 años –derivado por el Sistema Riojano de Salud–, a quien –por diferentes motivos médicos– ha sido necesario realizarle tres trasplantes cardiacos: en 1990, en 2003 y el tercero el pasado mayo. Tres meses después de esta última intervención, el paciente Juan Vicente del Álamo mantiene una evolución satisfactoria de su salud. Actualmente, las revisiones periódicas verifican una mejoría gradual, de forma que el receptor ya ha vuelto a su actividad diaria normal, destaca el doctor Gregorio Rábago, director del Servicio de Cirugía Cardiaca de la Clínica, quién lideró la intervención quirúrgica en la que se le practicó su tercer trasplante cardiaco. El equipo médico que le asistió durante la operación estuvo integrado además por los doctores Rafael Hernández Estefanía, del Servicio de Cirugía Cardiaca, Lukasz Grochowicz, de Cirugía Vascular, María Josefa Iribarren y Cisse Mbongo, ambos del Departamento de Anestesia.

La cirugía se desarrolló durante 10 horas y en ella intervino un equipo de tres cirujanos, dos anestesistas y tres enfermeras especializadas. La recuperación se prolongó durante 10 días en la Unidad de Cuidados Intensivos.

El caso de este paciente riojano constituye una de las primeras y raras ocasiones en nuestro país en la que se ha sometido a una persona a un tercer trasplante cardiaco. "Existen contados casos en el mundo, ya que las indicaciones son muy estrictas a la hora de realizar un tercer e, incluso, un cuarto retrasplante", precisa el doctor Rábago. No ocurre lo mismo en el caso de los trasplantes renales, una intervención en la que se ha llegado a trasplantar 3 y 4 veces el riñón a un mismo paciente, operaciones de las que "en la Clínica se han realizado 13 en los últimos 25 años", afirma el especialista.

CAUSAS DEL TERCER TRASPLANTE. Según explica el doctor Rábago, las causas que motivaron el tercer trasplante cardiaco en este paciente residieron "en una reacción inmunológica de rechazo del organismo del receptor contra el segundo órgano trasplantado, en la que muy posiblemente estarían implicados factores inmunológicos surgidos a raíz del primer corazón implantado".

El cirujano describe de forma genérica el rechazo como "una respuesta natural del sistema inmune contra un organismo ajeno: virus, bacterias o, como en este caso, un corazón trasplantado". En concreto, indica que para evitar el rechazo en los trasplantes "se administran al receptor fármacos inmunosupresores, que disminuyen la capacidad de respuesta de su sistema inmune". Debido a la inmunosupresión, "estos pacientes son más propensos a sufrir infecciones".

PASA A LA PÁG. 24 >>

El doctor Gregorio Rábago durante una intervención quirúrgica con el equipo de Cirugía Cardiaca y Quirófano.

El paciente Juan Vicente del Álamo conversa con los doctores Hernández Estefanía y Rábago.

Equipo Cirugía Cardiaca y Quirófano. De pie y de izda a dcha, Paz Pau (enfermera), los doctores Ramón Lecumberri y Gregorio Rábago, Pilar Zudaire (enfermera), la doctora Mª José Iribarren, las enfermeras Sara Fdez. y María Fdez., los doctores Cristina Moreno y Rafael Hernández y Salomé Larrayoz (enfermera). Primera fila, el doctor Cisse Mbongo, el paciente Juan V. del Álamo y su esposa Ani Nicolás, la auxiliar Constantina Rguez. y Montserrat Llorente (enfermera).

Equipo UCI y planta. De izda a dcha, las enfermeras de UCI Vanesa Salas, María Antonia Azcona (supervisora), las enfermeras de planta Elena Damboriena, Sagrario Ibarrola (supervisora), Maite Díaz y María Luisa Ibáñez y las enfermeras de UCI Adriana Paredes, Izaskun Echarte y Maite Rodríguez, rodean en la UCI al paciente y a su esposa.

<<VIENE DE LA PÁG.23

En el caso de Juan Vicente, el equipo de especialistas detectó a principios de 2011 un mal funcionamiento de su corazón, "especialmente de su ventrículo derecho, que fue el que dio las primeras señales de alarma", recuerda el facultativo. Para conocer la causa, los especialistas le sometieron a una batería de pruebas (TACs, biopsias y cateterismo, entre otras), "con las que descartamos diferentes posibilidades diagnósticas", afirma. Ante el paulatino empeoramiento del paciente, la decisión del equipo médico fue realizar de nuevo otro trasplante cardiaco, en esta ocasión, el tercero.

SERIO PROBLEMA PARA EL RETRASPLANTE. En los estudios previos al trasplante, los especialistas encontraron una tasa muy alta de anticuerpos como reacción del sistema inmune del paciente. "Presentaba índices elevadísimos de anticuerpos anti-HLA, circunstancia que podría explicar el mal funcionamiento de su corazón", explica el doctor Rábago. Además, este hallazgo complicaba significativamente la posibilidad de realizar un nuevo trasplante, tal y como habían previsto los especialistas de la Clínica. "Con esa tasa de anticuerpos no se le podía re-trasplantar. Teníamos un serio problema ya que cualquier otro injerto resultaría rechazado por el organismo del paciente", subraya el cirujano cardiaco.

Ante esta situación, los especialistas intentaron inicialmente disminuir al máximo los niveles de los mencionados anticuerpos. Para ello se contó con un equipo multidisciplinar que incluía hematólogos, inmunólogos y nefrólogos, quienes utilizaron diversas técnicas de depuración extrarenal, mediante columnas de inmunoadsorción (Miltenyi®) y diferentes fármacos inmunomoduladores.

Los especialistas consiguieron disminuir los anticuerpos a niveles adecuados para poder garantizar el éxito del trasplante evitando un rechazo agudo del injerto.

Gracias a la generosidad ciudadana y al excelente trabajo de la Organización Nacional de Trasplantes, podemos mantener programas de trasplante con resultados excelentes.

"Tras varios meses y mucho esfuerzo -recuerda el doctor Rábago- conseguimos disminuir los niveles de anticuerpos a unos niveles adecuados como para poder garantizar el éxito del trasplante evitando un rechazo agudo del injerto".

Finalmente, en septiembre de 2011 los especialistas de la Clínica decidieron incluir a Juan Vicente en lista de espera para un trasplante cardiaco de donante compatible, es decir, "necesitábamos un donante cuyo corazón, en la medida de lo posible, no presentase HLA,

frente a los que el organismo del paciente había desarrollado anticuerpos".

DIFICULTAD PARA UN ÓRGANO COMPATIBLE. Tras varios intentos fallidos, el equipo médico comprobó "la dificultad de encontrar un órgano compatible". Entre tanto, "conseguimos reducir todavía más los niveles de anticuerpos del receptor de forma lo suficientemente importante como para poder plantear un trasplante de corazón de un donante sin compatibilidad específica previa".

Durante todo este tiempo el deterioro de Juan Vicente era cada vez mayor, "de forma que necesitaba ingresar en la Clínica cada poco tiempo, debido a la retención de líquido y a su situación de debilidad". Finalmente surgió la oportunidad y el pasado 24 de mayo se realizó el tercer trasplante cardiaco, intervención que resultó un éxito.

El doctor Rábago considera el retrasplante cardiaco "una opción terapéutica aceptada por todos los grupos nacionales e internacionales de trasplantes para casos muy concretos". "Afortunadamente -subraya-, España es el primer país del mundo en donación de órganos, gracias a la generosidad de sus ciudadanos y al excelente trabajo de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), lo que permite mantener programas de trasplante con resultados excelentes y realizar este tipo de operaciones cardiacas con exito".

MÁS INFORMACIÓN
http://bit.ly/tripleTrasplante

TRES TRASPLANTES CARDIACOS

PACIENTE

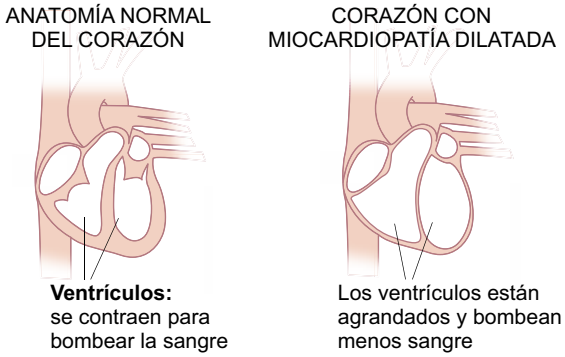
Nacimiento: **1960** Sexo: **Varón**

Una miocardiopatía dilatada familiar provoca el primero de los tres trasplantes realizados. Dos de sus hermanos también han sido trasplantados de corazón.

1 Primer trasplante

Debido a la miocardiopatía dilatada familiar, el corazón del paciente se dilata, por lo que no puede contraerse (latir) con normalidad.

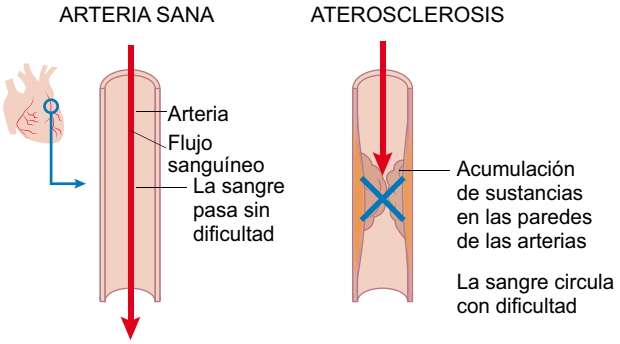
Año: 1990
Edad: 30 años
Duración de la operación: 8 horas



2 Segundo trasplante

El corazón trasplantado desarrolla una aterosclerosis coronaria. Afecta a las arterias que riegan el miocardio (músculo del corazón).

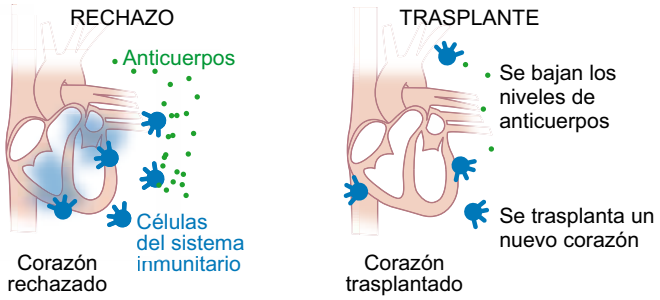
Año: 2003
Edad: 43 años
Duración de la operación: 6,3 horas



3 Tercer trasplante

El corazón comienza a fallar al ser rechazado por el sistema inmunitario. Se detectan altos niveles de anticuerpos que podrían contraindicar un futuro trasplante.

Año: 2012
Edad: 52 años
Duración de la operación: 10 horas



Los anticuerpos hacen que el sistema inmunitario ataque al corazón.

El sistema inmuntiario no rechaza el órgano y el paciente se recupera con normalidad.

Juan Vicente del Álamo: "Competir en tenis es mi forma de agradecer a la sociedad que sigo vivo gracias a los trasplantes"

Este riojano de 52 años, trasplantado por tercera vez de corazón, ha sido 8 veces campeón de Europa de Tenis para Trasplantados y una vez subcampeón del mundo en Japón

CUN ■ Su afición por el deporte se remonta a sus primeros años de vida. Lo suyo era el fútbol. De hecho, la grave dolencia cardiaca que sufría Juan Vicente del Álamo (Logroño, 1960) se la detectaron a los 18 años, durante unas pruebas médicas para una operación de lesión de menisco debida a la práctica de este deporte.

Como consecuencia de esa afección cardiaca, diagnosticada de forma casual, este paciente riojano tuvo que ser trasplantado de corazón por primera vez en 1990. Después de ese primer trasplante, en la vida de Juan Vicente el fútbol fue destronado por el tenis. De hecho, los facultativos de la Clínica que le intervinieron le prescribieron la necesidad de practicar un deporte. Como no podía ser de contacto, decidió cambiar el balón por la raqueta. Y se lo tomó tan en serio que, desde entonces, ha competido en numerosos torneos internacionales de tenis para trasplantados. En su haber guarda ocho oros europeos y un subcampeonato del mundo, celebrado en Japón.

"Me fue picando el gusanillo del tenis y al final me apunté a todos los campeonatos que podía. Eran campeonatos internacionales dirigidos a todo tipo de trasplantados, lo cual tiene más mérito todavía, porque no tiene la misma gravedad ser un trasplantado de riñón que uno de corazón", alega el riojano.

Tan deportista como había sido y de pronto, sin síntomas aparentes, le detectan de forma casual una importante enfermedad cardiaca.

Fue a los 18 años. En las pruebas para operarme del menisco llegó la sorpresa. Observaron que mi corazón no funcionaba como debía. Soy de Logroño y de la Seguridad Social de allí me derivaron a la Clínica. Fue en 1985. Comenzaron a hacerme pruebas. Me llevaba el doctor Saenz de Buruaga, que confirmó que mi corazón no funcionaba bien. Me dijo que sufría paradas de unos segundos y que después volvía a reaccionar. Pero me advirtió que podía llegar a provocarme una muerte súbita. Así que decidió que era necesario trasplantarme un corazón sano.

Y hasta entonces había llevado una vida totalmente normal.

Con total normalidad. Sin ningún síntoma. Había hecho mucho deporte, sobre todo fútbol, y había pasado todas las revisiones federativas.

Y con 18 años, le anuncian una grave dolencia cardiaca.

Lo primero que me prescribieron fue un tratamiento farmacológico. Pero con el tiempo, el corazón fue a peor. Entonces en la Clínica me plantearon la colocación de un marcapasos, para que si el corazón se paraba volviera a funcionar. Y me pusieron un marcapasos a la espera del trasplante. Entré entonces en lista de espera, medio año antes de mi primer trasplante cardiaco.

¿Cómo fue esa primera espera?

Un día mientras dormía la siesta, el 27 de septiembre de 1990, me llamaron de la Clínica. Tenían un posible corazón para mí. Y no hubo problemas. Me trasplantaron y todo funcionó perfectamente. Me recuperé de forma espectacular.

Y le aconsejaron deporte.

Así fue. Enseguida volví a retomar el deporte. Entonces tenía 30 años. Por eso empecé a jugar a tenis con un profesor y me aficioné. Hasta que me enteré de que había torneos para trasplantados y comencé a presentarme.

Tanta afición le tomó al tenis.

Mucha. Tenía que agradecer a la sociedad esa oportunidad que me había dado. Qué mejor que hacer deporte y demostrar a los futuros trasplantados que con un órgano de otra persona, que por desgracia no está, se puede hacer una vida totalmente normal. A la vez continué trabajando en el restaurante de mi mujer, haciendo una vida totalmente normal.

> "Qué mejor que hacer deporte y demostrar a los futuros trasplantados que con un órgano de otra persona se puede hacer una vida totalmente normal."

> "Quiero agradecer a los doctores Rábago y Hernández y a todo el equipo médico y personal de enfermería que me ha atendido".

> "Como suelo recordar al final de los campeonatos de tenis: el cielo no necesita los órganos, pero aquí nos hacen mucha falta".

Así vivió 13 años.

En 2003, el doctor Rábago me diagnosticó una enfermedad en las coronarias (enfermedad vascular del injerto) y me tuvieron que hacer otro trasplante. Me volvieron a incluir en lista de espera y el 1 de julio de ese mismo año me hicieron ese segundo trasplante.

Ante la necesidad de un segundo trasplante ¿no se vino abajo?

Un poco sí. Era volver a empezar todo el proceso. Pero también es cierto que partía con la ventaja de que la primera vez había tenido una recuperación muy buena. Y la verdad es que fue incluso mejor que el primero, ya que en 13 años los tratamientos y las técnicas quirúrgicas y postoperatorias habían avanzado muchísimo, los fármacos también.

Siguió unos 6 años con una buena calidad de vida ¿cuál fue el detonante para necesitar un nuevo trasplante?

He vivido con normalidad hasta hace unos dos años y medio. En este momento encontraron en mi corazón algo que no iba bien. Los médicos observaron que había unos anticuerpos en el corazón que no dejaban que funcionara correctamente.

Le plantearon entonces el tercer trasplante para implantarle el que sería su cuarto corazón.

El problema es que para hacerme ese tercer trasplante debían

Juan Vicente participó en el campeonato Interempresas de Pádel, que organiza Diario La Rioja, después de haber recibido su segundo transplante.

reducirme al mínimo esa tasa de anticuerpos porque si no, no se podría realizar el trasplante.

¿Cómo afectaba a su vida cotidiana esta tercera afección cardiaca?

Me cansaba, se me hinchaban los pies, el abdomen. Un cúmulo de problemas que en las fechas anteriores al trasplante me impedían hacer una vida normal. Sólo podía ir de la cama al sofá y del sofá a la cama. Fue entonces cuando me informaron de que debían hacerme el tercer trasplante, pero el doctor Rábago y su equipo médico me advirtieron que era una intervención muy complicada. Al final tuvimos que decidir hacer ya el trasplante porque mi estado de salud estaba muy limitado y tenía muy poca calidad de vida.

El lado positivo es que durante ese tiempo nadie "tiró la toalla".

Eso fue lo bueno. Ni la familia, que ha sufrido tanto como yo, ni los médicos, nadie tiró la toalla. Quiero destacar mi agradecimiento a los doctores Rábago y Hernández y a todo el equipo médico y personal de enfermería que me ha atendido a lo largo de este tiempo. Gracias a todos por su gran experiencia, por su trabajo y por su dedicación. Ahora lo principal es que ha pasado el mal trago y que estamos todos muy contentos.

En el momento que le comunicaron que ya había un corazón con las condiciones adecuadas para usted ¿cómo reaccionó?

Coincidió que había venido a revisión a la Clínica. Al poco rato entró el doctor Rábago acompañado de Montse, la coordinadora de trasplantes de la Clínica, y de más personal. El doctor me dijo que era muy posible que me trasplantaran ese mismo día.

No se lo podía creer.

Mi mujer y yo nos pusimos a llorar de alegría. Todavía me emociono después de tanto tiempo de que por fin llegase el momento tan esperado. Fue de una alegría muy grande. Una alegría relativa, claro está, porque para que llegase "mi momento" había tenido que morir otra persona, lo cual es muy triste. Pero hay que pensar que los órganos de las personas que fallecen ofrecen más vida, la oportunidad de que otros sigan viviendo. Y como suelo recordar al final de los campeonatos de tenis: el cielo no necesita los órganos, pero aquí nos hacen mucha falta.

Es una forma de que esa persona, que lamentablemente ha fallecido, viva de alguna manera en otras.

Exactamente y con una buena calidad de vida. No en precario. Con una calidad de vida perfecta, impresionante. Pero también nos ponemos en el difícil momento de las familias que han perdido a un ser querido, en el difícil momento en el que tienen que decir: 'Sí quiero donar'. Sabemos lo difícil que resulta. Pero si puedes salvar un montón de vidas, hay que hacerlo. Porque desgraciadamente muchas personas se mueren esperando un órgano.

Y por fin, el pasado 24 de mayo le trasplantaron el que sería su cuarto corazón.

Así fue. Finalmente todo ha ido perfecto. Incluso ya he empezado a jugar a pádel. Doy gracias a todos y pido de verdad que todo el mundo sea donante porque la vida es muy bonita como para dejarla irse. Es necesario que siga la donación adelante, a pesar de que sabemos que son situaciones vitales muy difíciles.

Y ahora que se encuentra mucho mejor ¿tiene planes a corto plazo?

Ahora lo que me planteo es disfrutar de mi familia, de mi nietecito, y no dejar nada para el futuro. Quiero jugar a tenis lo máximo posible, aunque me ha dicho el doctor que tengo que esperar un poco más. Y seguiré participando en campeonatos porque es la forma que tengo de darle gracias a la sociedad por este cuarto corazón. Ya tengo cuatro aniversarios que celebrar.

El modelo hospitalista mejora los resultados en pacientes graves con múltiples patologías

Según un estudio realizado por un equipo de especialistas de la Clínica en 456 casos, publicado en la revista estadounidense 'Journal of Hospital Medicine'

CUN ■ "Aunque resulta muy difícil evaluar los resultados sobre la mortalidad en un estudio retrospectivo, pensamos que el buen rendimiento obtenido se debió en parte a la asistencia y valoración continua de los pacientes por parte de médicos hospitalistas, a través de los diferentes niveles de atención hospitalaria, desde la planta de hospitalización convencional a la Unidad de Cuidados Intermedios", subraya el doctor Felipe Lucena, especialista en Medicina Interna y responsable de la Unidad de Médicos Hospitalistas de la Clínica. El equipo de médicos hospitalistas de este centro hospitalario está integrado por los doctores Felipe Lucena, Ana Huerta, Félix Alegre y Manuel Landecho, especialistas del Departamento de Medicina Interna de la Clínica.

Recientemente, este equipo de facultativos ha publicado los resultados de un estudio sobre la eficacia de la labor de este modelo médico en 456 pacientes muy complejos, ingresados en la Unidad de Cuidados Intermedios (Área de Hospitalización Especial) de este centro hospitalario durante los últimos 6 años. El trabajo ha sido difundido por la revista especializada internacional, "Journal of Hospital Medicine". Se trata de la única investigación sobre este modelo de gestión asistencial realizada en España.

El estudio publicado analiza el trabajo del equipo de hospitalistas en una unidad de cuidados intermedios. El impacto de la labor de estos especialistas puede detectarse en varios aspectos. Los más destacables: el efecto positivo sobre la mortalidad de los pacientes atendidos según este modelo asistencial, la importancia del trabajo multidisciplinar (en cooperación con diferentes especialidades médicas) y el aumento de la capacidad docente para los médicos residentes.

Se trata de la única investigación realizada en España sobre la eficacia del modelo de asistencia de una unidad de médicos hospitalistas en un área de pacientes críticos

El impacto de los hospitalistas se observa también en el desarrollo del trabajo multidisciplinar y en el aumento de la capacidad docente para los médicos residentes.

CONCLUSIONES DEL ESTUDIO. Los resultados obtenidos ponen de relieve, entre otras cuestiones, una reducción del 11% de la mortalidad en la muestra de pacientes estudiada. La clave del éxito reside, según destaca el doctor Lucena,

Los hospitalistas de la Clínica en el Área de Hospitalización Especial atienden pacientes que por su complejidad no ingresan en una planta convencional.

en la labor de los hospitalistas a la hora de aunar la cooperación entre las diferentes especialidades médicas que intervienen en la atención de estos pacientes. También argumenta la efectividad de este modelo en la atención continuada que se presta al paciente, "con visitas por la mañana y por la tarde, y su disponibilidad los 365 días del año, durante las 24 horas del día".

En opinión del internista, "los beneficios conseguidos en los últimos 6 años en términos de mortalidad observada respecto a la esperada, así como en el crecimiento del modelo hospitalista y en el trabajo multidisciplinar en la Unidad, han sido muy positivos, especialmente porque se han tratado pacientes muy complejos pluripatológicos con muy buenos resultados, muchos de ellos con enfermedades oncológicas avanzadas". El doctor Lucena fundamenta parte de este éxito, "en el trabajo en equipo, en la importancia de la cooperación multidisciplinar y en el trabajo dedicado y profesional de nuestras enfermeras". Además opina que "en el paciente quirúrgico ha sido muy importante el conocimiento previo que los médicos hospitalistas obtienen de la situación del paciente antes de la intervención, así como de sus potenciales complicaciones porque, de este modo, al enfrentarse a situaciones agudas, se interviene con mayor rapidez y eficacia".

ASISTENCIA GLOBAL. Según define el doctor Lucena, el médico hospitalista es "un especialista en Medicina Interna que dedica más del 80% de su actividad clínica diaria a los pacientes ingresados". En este sentido, apunta que el verdadero interés de esta disciplina médica reside en que "si este especialista tiene dedicación casi exclusiva al paciente ingresado puede garantizar una mejor atención y una mejor coordinación, tanto con otros especialistas, como con el personal de enfermería. Además, puede añadir otras ventajas, entre las que destacan la emisión de una orden médica unificada, así como una utilización más racional de los recursos, evitando peticiones innecesarias de pruebas complementarias o multitud de informes interdepartamentales que fragmentan la asistencia. El hospitalista, al conocer el medio hospitalario y la forma de retroalimentarlo, puede ofrecer una atención global al enfermo y sus familias".

LA CIFRA

11%

La aplicación de este patrón asistencial revela una reducción aproximada de un 11% de la **mortalidad en pacientes complejos** ingresados en una Unidad de Cuidados Intermedios.

En el caso de la Clínica Universidad de Navarra, la Unidad de Médicos Hospitalistas de Medicina Interna se encarga de los pacientes ingresados por parte de Medicina Interna y de Cirugía Vascular, así como de los pacientes mayores de 65 años con comorbilidades (múltiples enfermedades previas) ingresados para cirugía de cadera y de rodilla por el Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Además, atiende pacientes complejos de otros departamentos, como los procedentes de Cirugía Ge-

PASA A LA PÁG. 30 >>

Equipo de la Unidad de Hospitalistas. De izquierda a derecha, Eva Sola (auxiliar), los doctores Felipe Lucena y Félix Alegre, las enfermeras Nora Ayerra e Irune Álvarez, la auxiliar Sara Ortega, la doctora Ana Huerta, el doctor Manuel Landecho y la enfermera responsable Yolanda Lizarraga.

<<VIENE DE LA PÁG.31

neral que requieren un control estricto. Asimismo se encarga de pacientes que ingresan en la Unidad de Cuidados Intermedios, (Área de Hospitalización Especial, AHE, en la Clínica). Esta serie de características constituyen el aspecto diferencial del modelo de gestión asistencial de la Unidad de Hospitalistas de la Clínica.

En concreto, el facultativo especifica que las unidades de cuidados intermedios en las que se desarrolla la labor de su equipo son aquellas "en las que se ingresa a pacientes que por sus comorbilidades o por su situación aguda necesitan cuidados que exceden a los que pueden ofrecerse en una planta de hospitalización convencional, pero que no necesitan los cuidados de una unidad de cuidados intensivos (UCI)". En España, estas unidades "suelen ser monográficas, tales como unidades de ictus, de coronarias o de cuidado respiratorio, entre otras". "En la Clínica -apunta el doctor Lucena- quisimos poner en marcha una unidad de atención y valoración general del paciente, basada en el trabajo multidisciplinar".

TIPOLOGÍA DE LOS PACIENTES. Los pacientes estudiados, ingresados en la citada unidad, respondían a diferentes criterios. En concreto, según el estudio, un 33,6% padecía insuficiencia respiratoria, casi un 20% sepsis, un 16% presentaba problemas cardiovasculares y un 13% de las atenciones se centraban en cuidados perioperatorios (pacientes intervenidos quirúrgicamente en el centro). La Unidad está equipada con una central de telemetría y constantes vitales, con seguimiento continuo de tensión arterial convencional e invasiva, medición de presión venosa central y equipos para ventilación mecánica no invasiva.

De los pacientes estudiados un 33,6% padecía insuficiencia respiratoria, casi un 20% sepsis y un 16% problemas cardiovasculares

La efectividad se basa en la atención continuada, con visitas por la mañana y por la tarde, y su disponibilidad los 365 días del año, las 24 horas del día

Según describe el doctor Lucena, "el trabajo del equipo de hospitalistas en la Unidad de Cuidados Intermedios de la Clínica se fundamenta en la cooperación multidisciplinar como modelo de gestión asistencial". Así, en las visitas diarias a los pacientes, el médico hospitalista está apoyado por personal de enfermería especializado, por el especialista correspondiente a la patología de la que se trate (que continúa siendo el responsable del enfermo), por una farmacéutica del centro y por los médicos residentes en formación de distintas especialidades médicas y quirúrgicas. Adicionalmente, se cuenta con la colaboración diaria de un especialista en radiología para la valoración de los estudios de imagen y de un especialista en microbiología para la información e interpretación precoz de los estudios de los pacientes con enfermedades infecciosas. El cuidado fundamental de enfermería se debe a la relación enfermera/paciente que es de 1 por cada 3.

En definitiva, el doctor Lucena considera que el apoyo que ofrecen los médicos hospitalistas a diversos servicios médicos y quirúrgicos supone "un plus de mayor control y calidad en la atención y de mayor coordinación, ya que estos pacientes pueden pasar de quirófano a la unidad de cuidados especiales o de la planta a la unidad de cuidados especiales, y siempre su seguimiento y la información a las familias los realiza el mismo equipo de médicos".

REFERENCIA

Results of a retrospective observational study of intermediate care staffed by hospitalists: impact on mortality, co-management, and teaching.
Authors: Lucena JF, et al. Show all
Lucena JF, Alegre F, Rodil R, Landecho MF, García-Mouriz A, Marqués M, Aquerreta I, García N, Quiroga J.
JournalJ Hosp Med. 2012 May-Jun;7(5):411-5. doi: 10.1002/jhm.1905. Epub 2012 Jan 23.
AffiliationDepartment of Internal Medicine, Division of Intermediate Care and Hospitalists Unit, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Spain. flucena@unav.es

MÁS INFORMACIÓN

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/22271454/

Descritas las pautas para identificar la malignización de un tipo de tumor óseo benigno

Los doctores Miguel Angel Idoate Gastearena, director del Departamento de Anatomía Patológica de la Clínica Universidad de Navarra y Carlos Eduardo de Andrea, profesor del Departamento de Histología y Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.

La Clínica ha participado en el estudio internacional multicéntrico sobre el osteocondroma, cuyas conclusiones han sido publicadas en 'Modern Pathology'

CUN ■ La Clínica ha participado en un estudio multicéntrico internacional que ha logrado describir una serie de pautas para identificar la malignización del osteocondroma, un tumor óseo benigno. Dicho estudio ha sido publicado en Modern Pathology, revista oficial de la Academia de Patología de Estados Unidos y Canadá.

El osteocondroma o condromatosis es el tumor óseo benigno más frecuente entre la población juvenil, con una prevalencia de un caso entre 50.000 habitantes. Como consecuencia de diversos factores, este tumor de cartílago puede convertirse en un condrosarcoma, evolución maligna que se da en el 3% de los pacientes. "Resulta difícil identificar esa transformación. De ahí que el estudio haya reunido una amplia casuística y a distintos expertos en cáncer óseo para determinar los rasgos clínicos y anatomopatológicos que permitan identificar el tumor maligno frente a las lesiones benignas", explica el doctor Miguel Ángel Idoate Gastearena, director del Departamento de Anatomía Patológica de la Clínica Universidad de Navarra.

Además de la Clínica, único centro español que ha participado en el estudio, en la investigación han intervenido otros once departamentos de Anatomía Patológica de centros europeos y norteamericanos, como la Clínica Mayo, el Hospital Johns Hopkins y la Universidad de Utah, los tres estadounidenses; y las universidades de Oxford (Gran Bretaña) y Leiden (Holanda), entre otros.

"Hasta ahora no existían unas pautas para el diagnóstico histológico de la trasformación maligna del osteocondroma. Con el estudio se ha querido poner en común qué criterios son utilizados con mayor frecuencia en su diagnóstico, con el fin de proporcionar unas guías a los patólogos", detalla el doctor Carlos Eduardo de Andrea, quien participó en la investigación durante una estancia en la Universidad de Leiden y actualmente es profesor del Departamento de Histología y Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.

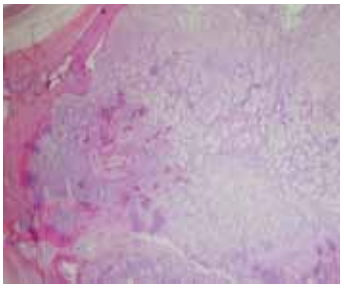
Los resultados del estudio apuntan que "la presencia de figuras de mitosis (división celular) y de pleomorfismo nuclear, es decir de variaciones en el tamaño y formas de los núcleos de las células, son los criterios más importantes para la identificación de la transformación maligna del osteocondroma en un tumor maligno de alto grado", señala el doctor Idoate.

Por otra parte, continúa el especialista de la Clínica, "para identificar su transformación en un tumor maligno de bajo grado, el mejor criterio es la radiología. La detección de lesiones mayores de dos centímetros mediante las técnicas de imagen se ha revelado como el principal dato para sospechar de la malignización de un osteocondroma".

El osteocondroma es el tumor de hueso benigno más frecuente entre la población juvenil.

La Clínica es el único centro español incluido en el trabajo de investigación. También han participado los estadounidenses Johns Hopkins o la Clínica Mayo.

EL OSTEOCONDROMA



Vista microscópica de tejido de un osteocondroma, analizado por especialistas de Anatomía Patológica.

REFERENCIA

Carlos E de Andrea, Herman M Kroon, Ron Wolterbeek, Salvatore Romeo, Andrew E Rosenberg, Barry R De Young, Bernadette Liegl, Carrie Y Inwards, Esther Hauben, Edward F McCarthy, Miguel Idoate, Nicholas A Athanasou, Kevin B Jones, Pancras CW Hogendoorn and Judith V M G Bovée. *Interobserver reliability in the histopathological diagnosis of cartilaginous tumors in patients with multiple osteochondromas*. *Modern Pathology*, (4 May 2012) | doi:10.1038/modpathol.2012.78

Colocan por primera vez en el mundo un implante auditivo de conducción ósea con anestesia local

Otorrinolaringólogos de la Clínica implantan el dispositivo denominado **Bonebridge**, que no necesita anclajes óseos ni conexiones externas

Bonebridge. Este implante auditivo queda oculto bajo la piel y se sujeta mediante un sistema de imanes.

CUN ■ Especialistas del Departamento de Otorrinolaringología de la Clínica han colocado por primera vez en el mundo un implante auditivo con anestesia local. Se trata de una intervención dirigida a implantar un dispositivo de conducción ósea indicado para subsanar lesiones del oído externo y medio. El implante, denominado Bonebridge (en su acepción comercial), a diferencia de otros dispositivos de conducción ósea, tiene la particularidad de quedar totalmente oculto bajo la piel, sin ningún tipo de conexión percutánea que la atraviese.

Así, el audioprocesador externo del implante queda sujeto mediante imanes y envía la información sonora a la parte implantada utilizando ondas de frecuencia modulada, sin precisar el empleo de una conexión directa, como ocurre en el grupo de los implantes osteointegrados. El equipo de otorrinolaringólogos de la Clínica ha realizado ya con éxito el procedimiento en cuatro pacientes, sin ningún tipo de complicaciones quirúrgicas. Las cirugías han sido lideradas por el doctor Manuel Manrique, junto a quien han intervenido los doctores Raquel Manrique y Jorge de Abajo. El procedimiento tiene una duración de entre 30 y 60 minutos.

BENEFICIOS DE LA ANESTESIA LOCAL. La importancia de la utilización de anestesia local en estas intervenciones, con el paciente totalmente consciente, estriba, en primer lugar, en una reducción de los riesgos que la anestesia general supone para el intervenido. Además, convierte la intervención en un procedimiento de carácter ambulatorio, sin necesidad de ingreso hospitalario, lo que contribuye a disminuir los costes de este procedimiento. Finalizada la intervención, es preciso esperar tres semanas para poder activar el implante, tiempo necesario para la cicatrización de la herida quirúrgica y remisión del edema (hinchazón).

La anestesia local convierte la intervención en un procedimiento de carácter ambulatorio.

La Clínica cuenta con 20 años de experiencia en cirugías del oído medio con esta modalidad anestésica

En este procedimiento, la anestesia se infiltra en la región posterior de la oreja, emplazamiento donde quedará colocado el implante. En los cuatro pacientes a quienes se ha realizado esta intervención se han obtenido niveles de satisfacción.

La realización de esta cirugía con anestesia local ha sido posible, según afirma el doctor Manrique, a que el equipo de especialistas de la Clínica Universidad de Navarra cuenta con una experiencia de 20 años en cirugías del oído medio con esta modalidad anestésica. “Gracias a este ba-

1. Equipo. El doctor Manrique intervino al paciente en poco más de 30 minutos rodeado del equipo médico-quirúrgico.

2. Consciente. El tipo de implante y la experiencia del equipo médico permite realizar la intervención con anestesia local y el paciente totalmente consciente, disminuyendo los riesgos.

gaje, sabemos que es perfectamente ejecutable este tipo de intervención con esta forma de anestesia, la cual permite realizar cirugías que incluso requieren todavía una mayor precisión que la de este tipo de implante Bonebridge", alega el especialista.

PACIENTES INDICADOS. Según describe el doctor Manrique, los pacientes para los que está indicada la colocación quirúrgica de este tipo de implante de conducción de vía ósea son aquellos que presentan lesiones del oído externo o del medio, pero cuyo oído interno debe encontrarse en perfectas condiciones. "Se trata de personas con problemas auditivos debidos a lesiones generalmente relacionadas con otitis medias crónicas, traumatismos, otosclerosis, enfermedades adquiridas del conducto auditivo externo o que presentan malformaciones congénitas del oído externo o del medio", indica. A modo de ejemplo, el especialista se refirió a pacientes "con un colesteotoma en el oído que ha destruido la cadena de huesecillos (martillo, yunque y estribo) y la membrana timpánica. Con este tipo de implantes se podría restaurar su audición".

Aludió asimismo a personas que, como consecuencia de un accidente de tráfico, "han sufrido una fractura del hueso temporal que ha afectado a la integridad del oído externo y medio. Ellas también serían candidatas a este tipo de implante". Del mismo modo, aquellos pacientes que presenten una estenosis (estrechamiento) del conducto auditivo externo y, en definitiva, apuntó, "todas aquellas personas que presenten problemas de conducción del sonido debidas a enfermedades del oído externo o medio, que dificultan una adecuada trasferencia del estimulo sonoro al oído interno", siempre que éste no se encuentre afectado.

El implante Bonebridge consiste en un bypass (puente) que posibilita que el estímulo sonoro llegue hasta el oído interno a través de la vibración del hueso craneal (conducción ósea) consiguiendo así una recuperación de la audición.

IMPLANTE POR CONDUCCIÓN ÓSEA. El implante colocado por los especialistas de la Clínica Universidad de Navarra con anestesia local se basa en una tecnología que permite a las personas con las mencionadas dificultades auditivas "recuperar por completo la audición en el oído afectado".

El dispositivo se basa en la conducción ósea del estímulo sonoro. El hueso del cráneo recibe, a través del implante, las señales auditivas y transmite las ondas sonoras hasta el oído interno. Hasta el desarrollo de este dispositivo, a los pacientes con problemas de conducción en el oído externo y medio se les colocaban los denominados implantes auditivos osteointegrados que precisaban sujeciones externas en el hueso del cráneo, con las complicaciones que esta circunstancia implicaba.

El implante Bonebridge consta de dos partes. El primer componente es un dispositivo subcutáneo (colocado bajo la piel) situado detrás de la oreja y el segundo, un procesador de audio encargado de captar las ondas sonoras. Estas señales se transmiten a través de la piel al implante, que a su vez consigue conducirlas al hueso y, a través de él, al oído interno del paciente.

"Cada día al despertar me digo: Soy Pablo, estoy aquí y hoy empieza un nuevo día que voy a vivir intensamente"

Pablo García-Deza de 17 años, aquejado de un tumor cerebral desde los 18 meses de vida, ha escrito junto a su madre un libro en el que relata su experiencia

CUN ■ La historia de Pablo es la de un adolescente de 17 años curtido en el sufrimiento. Con tan solo un año y medio de vida le diagnosticaron un tumor cerebral. Desde entonces ha tenido que luchar contra lo que él denomina 'la Enfermedad', las cirugías y la dureza de los tratamientos oncológicos. A su difícil historial médico se le añade una alergia de máximo grado a los lácteos que le provocó un shock anafiláctico que llegó a poner en jaque su vida. Además, sufre también asma. Y a pesar de todo, reconoce, "se puede ser feliz".

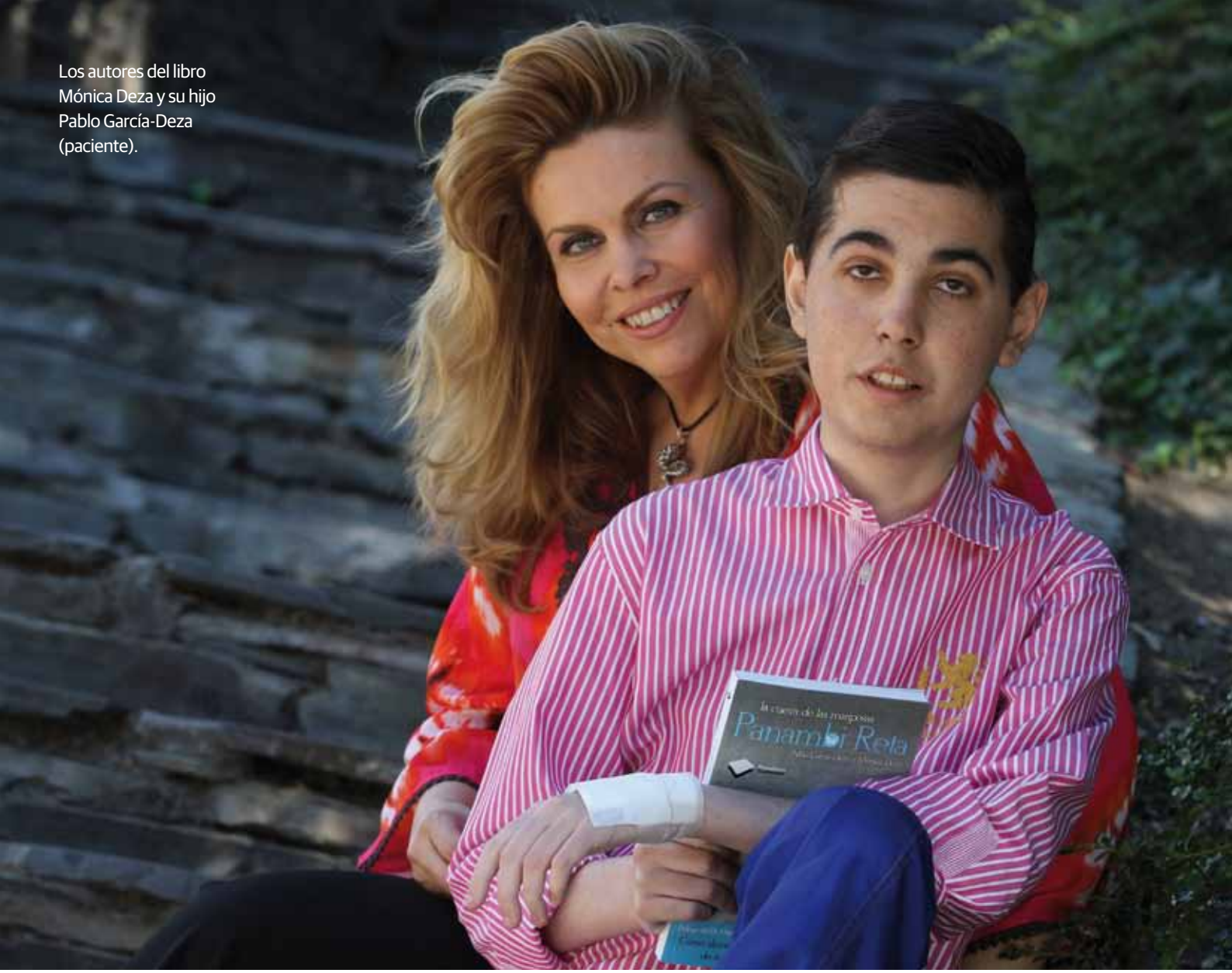
Y por eso Pablo nunca ha tirado la toalla. Apoyado en un entorno familiar y de amistades incondicional, ha salido vencedor en cada una de las batallas que le ha planteado su precaria salud. Y, lo que es más difícil, ha sabido extraer de cada una de ellas ganas de vivir y respuestas vitales tan importantes que muchas personas que le doblan y triplican en edad no llegarán a obtener a lo largo de toda una vida.

Con año y medio Pablo García-Deza fue sometido a la primera operación para intentar eliminar el tumor que invadía su pequeña cabeza. Desde entonces, han tenido que reintervenirle en varias ocasiones. La última de ellas se la realizó un equipo de neurocirujanos de la Clínica, liderado por el doctor Ricardo Díez Valle. Entre quirófanos y hospitales, en la medida de lo posible, Pablo ha seguido asistiendo al colegio. En ocasiones, ha sentido la sobreprotección de numerosas personas.

Todas estas vivencias, el apoyo de sus padres, la alegría de su hermana pequeña, de sus abuelos y tíos y una enorme fuerza de voluntad constituyen el motor que le ha impulsado a seguir sus estudios curso a curso, a pesar de los frecuentes ingresos hospitalarios y casi continuos tratamientos. Ha conseguido además ser cinturón negro de artes marciales. Como su héroe, Bruce Lee, quien fue capaz de superar una lesión de médula.

El propio Pablo reconoce: "Ya no recuerdo la última vez que simplemente me encontré bien". Sin embargo, un día fue consciente de que toda esta experiencia de enfermedad no caía en "saco roto". En una ocasión un compañero de clase le preguntó por su enfermedad. A su amigo le acababan de diagnosticar un tumor óseo y estaba aterrorizado. Pablo le relató sus vivencias, le explicó en qué iba a consistir el proceso de tratamiento y qué iba a sentir. Se dio cuenta de que había conseguido tranquilizar a su compañero, quién después le agradeció haberle ayudado a afrontar la enfermedad de una manera positiva.

El afán de ayudar a otros niños y la inquietud de sus padres por proporcionarle un proyecto de vida a un joven obligado a



Los autores del libro Mónica Deza y su hijo Pablo García-Deza (paciente).

permanecer ingresado en un hospital largos períodos hizo que Pablo se propusiera junto a, su madre, Mónica Deza, recoger su historia en un libro: 'Panambi Reta. La cueva de las mariposas'. "Tener la suerte de ser madre de un ser tan extraordinario como Pablo me animó a querer compartir su historia" dice Mónica.

Está claro que el sufrimiento no le ha vencido. Le ha hecho más fuerte. ¿De dónde obtiene esa fuerza interior?

Pablo (P) —Bueno..., no lo sé. Al principio y durante mucho tiempo, gastaba mucha energía en intentar comprender por qué me pasaban tantas cosas terribles. Tenía la sensación de que me costaba el triple que a los demás conseguir tener, no ya una vida "normal", sino simplemente "una vida". Pero me di cuenta de que si yo no era feliz tampoco lo eran mis padres, ni mis abuelos; me di cuenta de que yo no podía cambiar las cartas que me "habían tocado" en la vida, pero sí podía intentar jugar lo mejor posible con ellas. Y decidí salir "a ganar". Cada día cuando me despierto me digo a mí mismo: "Soy Pablo, estoy aquí, hoy empieza un nuevo día y tengo muchos proyectos para mí mismo".

"No podía cambiar las cartas que me habían tocado, pero sí jugar lo mejor posible con ellas"

"Ya no confié en nadie con bata verde hasta que conocí al doctor Díez Valle, Ricardo, el neurocirujano de la Clínica que me operó la última vez"

"La voluntad es una fuerza que mueve montañas pero la más grande de todas es el amor"

"Si consigo que un solo niño no tenga que pasar por lo que he pasado yo, todo mi esfuerzo habrá valido la pena"

Según reconocen en su libro, una parte muy importante en la curación de una persona reside en el ambiente, en la alegría y el cariño que le rodean. ¿Estos factores pueden ser tan importantes como el mejor tratamiento médico?

(P) —Sin una familia, ni unos amigos como los míos, no podría haber resistido tantas operaciones, ni tantos ciclos de quimio o de radio, ni las complicaciones que han venido después. Es cierto que hay personas que curan y ellos lo hacen conmigo cada día.

En situaciones vitales graves se han encontrado una radiografía de la naturaleza humana. Personas, que les han dado la espalda y otras que han hecho todo por ayudar ¿De qué lado se inclina la balanza?

Mónica (M) —Totalmente del lado positivo, por supuesto. La mayoría de las personas son buenas por naturaleza pero, a veces, esta vida que llevamos tan frenética y vacía de valores no nos deja muchas oportunidades de demostrarlo.

PASA A LA PÁG. 36 >>

Equipo médico. De izda a dcha, los doctores Miguel Marigil (residente Neurocirugía), Sonia Tejada (Neurocirugía), Ricardo Díez Valle (Neurocirugía), Miguel Angel Idoate (director Anatomía Patológica) y Eva Mª Pay (residente Neurocirugía).

<<VIENE DE LA PÁG.35

En la historia que relatan, a menudo en el triunfo ante la enfermedad describen la importancia del esfuerzo. Pero en otras ocasiones parece casi fruto de la casualidad.

(P) —Sólo se pueden superar estas situaciones con esfuerzo y estando dispuesto a darlo todo por conseguir tu objetivo. La constancia, la voluntad, es una fuerza que mueve montañas pero la más grande de todas es el amor a los demás.

(M) —No creo que las cosas pasen simplemente porque sí. Es cierto que en nuestra vida han existido momentos y circunstancias casi inexplicables, pero maravillosamente mágicas.

Inicialmente, su contacto con la Clínica parece que fue casi casual.

(M) —No creo en la casualidad. Yo quise visitar la Clínica porque un gran amigo estaba siendo tratado allí de un cáncer de hígado y me había hablado maravillas del equipo de la Clínica. Lo cierto es que en aquel momento no pensé que al cabo de unos meses iba a estar allí de vuelta con mi hijo.

Pablo, casi desde su nacimiento, ha vivido un peregrinaje por médicos y hospitales ¿qué supuso su encuentro con la Clínica?

(P) —La verdad es que estaba harto de tantos hospitales y pruebas médicas. Además, en aquel momento todavía creía que yo le importaba al neurocirujano que me supervisaba en Madrid y al que le tenía incluso afecto. Por eso no entendía por qué mis padres se empeñaban en llevarme a otro hospital. Desgraciadamente, luego supe que aquel médico me había ocultado la verdad o bien se había desentendido del seguimiento de mi caso. Fue un golpe tan duro que ya no confié en nadie con bata verde hasta que conocí al doctor Díez Valle, Ricardo, el neurocirujano que me operó la última vez. Él fue tan diferente conmigo, él me habló como a un adulto, me explicó los pros y los contras del tratamiento y me dejó decidir. Le considero mi amigo y confío en él. También me gustó muchísimo la doctora Sánchez Carpintero.

En el tratamiento de un caso tan difícil tuvo mucha importancia el trabajo multidisciplinar de los profesionales de la Clínica, desde los neurocirujanos, los anatomopatólogos, pasando por todos los especialistas que le trataron.

(M) —En la Clínica, nuestro contacto habitual siempre ha sido Ricardo Díez Valle y su equipo. Aunque quiero resaltar que cuando estuvimos en Houston nos dijeron que el equipo de Anatomía Patológica de la Clínica especialmente el doctor Idoate eran de los mejores del mundo.

¿Qué recuerdos atesoran de la Clínica?

(M) —Lógicamente, los recuerdos son agridulces debido a las circunstancias de nuestro hijo. Desde el punto de vista humano y médico nos llevamos buenos recuerdos.

¿En qué aspectos reside el éxito de un centro hospitalario en la curación de sus pacientes?

(M) —Lo más importante son las personas. Tener una visión holística del caso, una buena coordinación interdisciplinar, un equipo bien formado, médico y técnico, y en la gestión emocional de los pacientes, especialmente de los niños y de sus familias. El apoyo psicológico, el cuidado nutricional, la gestión del tiempo lúdico del paciente. El acceso a los últimos protocolos internacionales o a consultar a los mejores especialistas. Preocuparse por que los pacientes se sientan vivos, no solo que sigan vivos. Esto último me lo ha enseñado mi hijo Pablo.

En definitiva, ¿cuál dirían que es el objetivo de 'Panambi Reta'?

(P) —Pone de manifiesto la capacidad de resistencia y superación del ser humano, y demuestra cómo las cosas más sencillas nos permiten seguir adelante y creer que la felicidad existe. Yo me digo a mi mismo que no tengo que quejarme. Tengo una vida y, sobre todo, una gran familia. Por eso quiero donar las ventas a la investigación. Si consigo que un solo niño no tenga que pasar por lo que he pasado yo, todo mi esfuerzo habrá valido la pena.

LA FICHA

- **Título:** Panambi Reta. La cueva de las mariposas
- **Autores:** Pablo García-Deza y Mónica Deza
- **Editorial:** Plataforma
- **Colección:** Testimonio
- **Número de páginas:** 240
- **Precio:** 18 euros

Los autores destinarán los beneficios a proyectos de investigación para el tratamiento de tumores cerebrales pediátricos. La editorial cede un 0,7% de las ventas de los títulos de la colección Testimonio a una ONG.

"AQUÍ NUNCA VAMOS A DECIRLE QUE NO"

Aquí, no le diremos que NO:

A las últimas vacunas contra el cáncer.

Al tratamiento de tumores hepáticos primarios con Microesferas de Ytrio 90.

A los tratamientos quirúrgicos más innovadores contra el Parkinson.

Al Microscopio de Fluorescencia para la extirpación total de tumores cerebrales.

A la cirugía robótica con el Sistema Da Vinci.

A la Unidad de Genética Clínica para personalizar los Tratamientos de Oncología.

A la cirugía definitiva para eliminar Arritmias Cardiacas.

A una atención inmediata y personalizada.

Porque ACUNSA le garantiza:

Tratamientos médicos y quirúrgicos muy avanzados, que no son cubiertos por otras Compañías de Seguros de Salud.

Atención exclusiva en una de las mejores Clínicas de Europa, la Clínica Universidad de Navarra.

El único Centro Español donde todos sus profesionales tienen dedicación exclusiva.

Servicios Sanitarios no masificados que dan respuesta a los problemas de salud de nuestros asegurados.

- Asistencia sin copagos.
- Sin listas de espera.
- Sin límites económicos.
- Medicina de última generación.

ACUNSA
Asistencia Clínica Universidad de Navarra

Avda. Pío XII, 57 31008 Pamplona
Tel.: 948 194 600 **Fax:** 948 177 658

comercial@acunsa.es **www.acunsa.es**

Premio nacional para un póster elaborado por enfermeras de la UCI

Analiza el plan de cuidados de un paciente con asistencia ventricular permanente en una Unidad de Cuidados Intensivos

De izquierda a derecha, sentadas, Mirian del Barrio y Raquel Rincón; de pie, de izquierda a derecha, Leticia Jimeno, Jennifer Elorza, Idoia Pardavila (profesora de la Facultad de Enfermería y directora del trabajo), Mari Mar Sarasa y Pilar López.

CUN ■ El póster 'Asistencia ventricular definitiva como alternativa al trasplante cardíaco en un paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos: un caso clínico', realizado por enfermeras de la UCI de la Clínica, ha recibido el Premio al Mejor Póster del XXXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias, celebrado en Santander.

El estudio plasmado en el póster es el Trabajo de Fin de Grado, dirigido por la profesora de la Facultad de Enfermería Miren Idoia Pardavila, de las enfermeras de la Clínica Raquel Rincón, Leticia Jimeno, Jennifer Elorza, Pilar López y María del Mar Sarasa. Asimismo, la enfermera Miriam del Barrio Linares ayudó en la realización del póster.

Las autoras explican que este trabajo "evidencia la importancia de instaurar un plan de cuidados protocolizado para los pacientes portadores de asistencia ventricular permanente en la UCI, lo que evitaría complicaciones en el postoperatorio inmediato, reduciría los costes y el tiempo de hospitalización".
El congreso convocó a más de 600 enfermeras de Cuidados Intensivos de toda España y se presentaron alrededor de 60 comunicaciones orales y 277 pósteres.

CON NOMBRE PROPIO

El doctor **Juan Pérez Cajaraville**, responsable de la Unidad de Dolor de la Clínica, ha sido nombrado secretario de la Unión wEuropea de Especialidades Médicas para la Sección de Dolor (UEMS). Su función será elaborar un currículum europeo de medicina del dolor para definir los estándares de formación, organización e implementación en los boards de dolor europeos.

Los doctores **Gonzalo Herrera** y **Manuel Sánchez-Moliní**, del departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Clínica recibieron la acreditación Fellow of European Board of Oro-Maxillo-Facial Surgery Head and Neck Surgery durante el 21 Congreso de la Asociación Europea de Cirugía Craneo-Maxilo-Facial, celebrado en Dubrovnik (Croacia).

Ana Pérez Vicente, responsable de la página web de la Clínica, www.cun.es, ha participado en la redacción del libro 'Escribir en Internet. Guía para los nuevos medios y las redes sociales'. Dirigido por el periodista Mario Tascón, cuenta con la participación de más de cuarenta expertos en asuntos como la cortesía en la red, la correspondencia electrónica o la reputación online.

ENSAYOS CLÍNICOS

La Clínica tiene abiertos 148 ensayos clínicos: 90 en onco-hematología, 12 en Hepatología y 10 en Cardiología. Puede consultarlos todos en **www.cun.es/profesionales/ensayos**
Estos son algunos de los últimos que hemos puesto en marcha:

- Estudio prospectivo en Fase II de la eficacia y seguridad de la vacunación con células dendríticas autólogas en pacientes con adenocarcinoma de colon localmente avanzado de alto riesgo
- Tratamiento de la artrosis mediante la inyección intra-articular de Células Madre Mesenquimales de Médula Ósea
- Ensayo clínico en fase I-II de vacunación terapéutica de pacientes con hepatitis crónica C mediante la administración de células dendríticas autólogas transducidas con un vector adenoviral que codifica la proteína NS3
- Estudio fase II aleatorio con inmunoterapia mediante células dendríticas en pacientes con metástasis hepáticas resecadas de carcinoma colorrectal.
- Estudio exploratorio de los efectos biológicos del tratamiento con BMS-936558 (anticuerpo monoclonal anti-PD1) en sujetos con melanoma avanzado (irresecable o metastásico).
- Estudio de fase III, aleatorizado, abierto que compara la combinación del inhibidor de BRAF, (dabrafenib) y el inhibidor de MEK (trametinib), con el inhibidor de BRAF (vemurafenib) en pacientes con melanoma cutáneo no resecable (estadio IIIc) o metastásico (estadio IV) con la mutación BRAF V600E/K.
- Estudio fase III con BMS-936558 (anticuerpo anti PD-1) en pacientes con cáncer renal avanzado previamente tratado.

Si necesita más información sobre cualquiera de ellos, por favor, escriba un correo electrónico a **ensayoscun@unav.es**

El doctor Jesús Prieto, doctor honoris causa por la Universidad Austral de Argentina

El doctor Jesús Prieto en un momento de la lección inaugural que impartió en la apertura del curso 2012-2013 en la Universidad de Navarra.

Con anterioridad recibió la misma distinción por la Universidad de Oporto

CUN ■ El 12 de diciembre el doctor Jesús Prieto Valtueña recibirá su segunda investidura como doctor honoris causa, en este caso por la Universidad Austral (Argentina). El doctor Prieto es consultor del Departamento de Medicina Interna de la Clínica, director de la División de Hepatología y Terapia Génica del CIMA y coordinador del Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBER-EHD). Catedrático de Patología General y profesor ordinario de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, con anterioridad fue investido doctor honoris causa por la Universidad de Oporto. Como consecuencia de su productiva labor asistencial e investigadora ha recibido numerosos premios, entre los que destaca el 'Cándida Medrano de Merlo' por sus aportaciones sobre Terapia Génica en el cáncer de hígado.

Esta es su segunda investidura como doctor honoris causa. ¿Qué significa para usted este nombramiento por la Universidad Austral?
Estoy sumamente agradecido por este nombramiento que aprecio de modo particular por tratarse de una universidad a la que profeso gran estima y en la que tengo muy buenos amigos, entre los que he de mencionar al doctor Mazzolini que ha trabajado con nosotros en la Unidad de Hepatología y en el laboratorio de Medicina Interna durante muchos años. Mi relación con la Universidad Austral es antigua: he conocido los inicios de su Hospital Universitario en el nuevo campus del Pilar y he dado en él algunas conferencias. El nombramiento que ahora se me concede estrechará aun más mis vínculos con ese centro universitario y estimulará los trabajos en colaboración con nuestro Departamento de Medicina Interna y Unidad de Hepatología de la Clínica

Ambas universidades, la Universidad de Navarra y la Universidad Austral, tienen un hospital universitario.
La Universidad Austral cuenta con un magnífico Hospital Universitario situado en el Campus de Pilar, a unos 60 km de Buenos Aires. Es un hospital que ha alcanzado un gran prestigio. Muestra de ello es el hecho que la presidenta de la República de Argentina ha elegido ese centro para ser intervenida de su afección tiroidea. El Hospital de la Universidad Austral no solo realiza medicina asistencial de alto nivel sino también, al igual que la Clínica Universidad de Navarra, tiene un fuerte compromiso con la investigación traslacional, lo que favorece la planificación de estudios clínicos paralelos en ambos centros para ensayar nuevas terapias.

¿Ser un centro universitario influye a la hora de orientar la actividad de un hospital?
Un hospital universitario ha de empeñarse en la transformación mejoradora de la práctica clínica a través de la investigación. No podemos 'conformarnos' con aplicar el conocimiento que nos viene de fuera, que es lo que podríamos denominar medicina "aplicativa". Hacer con eficacia y competencia la medicina aplicativa es algo de mucho valor, pero en un entorno académico hay que aspirar a más. Hay que tratar de ampliar los límites de la ciencia y, a partir de este nuevo conocimiento, procurar participar en la renovación y el mejoramiento de la práctica clínica. Si un hospital universitario pierde el ímpetu de la investigación traslacional, pierde la esencia de su ser universitario.

LA FRASE

> "En el futuro, uno de los parámetros de medida de la calidad de una universidad será la capacidad que tenga de atraer financiación privada para investigación"

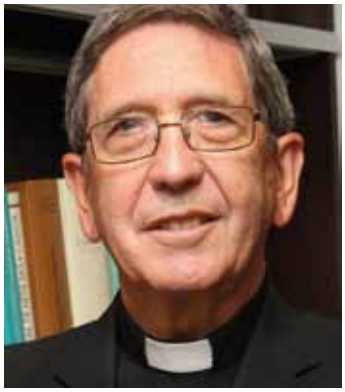
¿Hacia dónde se dirige la investigación en hepatología?
Hacia el avance en el conocimiento de la base celular y molecular de la enfermedad y la identificación de nuevas dianas terapéuticas mediante la aplicación de las poderosas plataformas tecnológicas para el análisis genómico, transcriptómico, y proteómico. Junto a ello, el progreso biotecnológico está alumbrando nuevos biofármacos incluyendo nuevos y más poderosos anticuerpos monoclonales y mas eficaces vacunas. Asimismo, está permitiendo llevar a la clínica modalidades terapéuticas altamente prometedoras, como la terapia celular y la terapia génica.

Para realizar una investigación de calidad se necesitan apoyos económicos y materiales, algo difícil con la situación económica actual.
Actualmente predomina una orientación de la actividad económica hacia el lucro insolidario como resultado de un materialismo y de una crisis de valores que subyacen a la crisis económica-financiera actual. La economía debería tener como motivación básica el servicio sostenible al hombre.

Libros&Webs

"Siempre nos llega el momento de plantearnos el sentido de la vida"

Miguel Ángel Monge, capellán de la Clínica, presenta su libro 'Una luz sobre el sufrimiento y la muerte'



Título: Una luz sobre el sufrimiento y la muerte
Autor: Miguel Ángel Monge
Editorial: Eunsa
Número de Páginas: 148
Precio: 10 euros

■ 30 años como capellán de la Clínica aportan el suficiente bagaje profesional como para permitirse aconsejar al enfermo y familiares ante el dolor, la enfermedad y los momentos de acercamiento a las preguntas clave de la vida. Miguel Ángel Monge, capellán de la Clínica, licenciado en Medicina, doctor en Teología y especialista en Bioética, ha plasmado en el libro 'Una luz sobre el sufrimiento y la muerte' su experiencia acompañando al enfermo.

¿Por qué un libro sobre el sufrimiento y la muerte?
Este es el quinto libro que escribo sobre este tema. Se puede decir que del mundo de la enfermedad, dolor, muerte, etc. es de lo único que sé 'un poco'. Bueno, también soy especialista en Bioética, tema del que he publicado 3 libros. Este es un libro claro, en el que trato un tema específico con brevedad para hacerlo accesible. Es la experiencia de muchos años destilada en pocas páginas, es como mi 'testamento' de todo lo que he vivido.

Después de tantos años acompañando a pacientes y familiares en la enfermedad y el sufrimiento, ¿qué se aprende?
Es una tarea dura, pero muy gratificante porque ves cómo el dolor, en general, hace madurar a las personas. En ocasiones, algunos se rebelan, protestan y se encaran con Dios; pero son los menos, porque la enfermedad, como decía una paciente andaluza "me ha 'enriquesío'". Hay una frase del escritor C. S. Lewis que dice "el dolor es un gran megáfono que Dios utiliza para despertar a un mundo de sordos".

PRÓXIMOS VIDEOCHATS

Todos los segundos jueves de mes (salvo en julio y agosto), entre las 11 y las 12 del mediodía, la Clínica emite un videochat en el que nuestros especialistas responden a las preguntas que se han enviado previamente y a algunas de las que se formulan en directo. Puede seguir el videochat en tiempo real y enviar sus preguntas desde la página principal de nuestra web **www.cun.es**.
Los próximos videochats son:

• **8 de noviembre.** 'Vértigos y mareos', con el doctor Nicolás Pérez, director del departamento de Otorrinolaringología.

• **13 de diciembre.** 'Infarto de miocardio y arritmias', con el doctor Ignacio García Bolao, director del departamento de Cardiología.

• **10 de enero.** 'Cáncer de próstata'. Dr. Ignacio Pascual, director del departamento de Urología.

MÁS VIDEOCHATS
En el canal Youtube de la Clínica: www.youtube.com/clinicauniversitaria

ENLACES DEL TRIMESTRE

www.desarrolloinfantil.net/
Página dedicada al desarrollo infantil óptimo con información sobre bebés prematuros, crecimiento y desarrollo, desarrollo psicológico, nutrición infantil, alergias alimentarias y salud infantil en general.

www.fecma.org
Página de la Federación Española de Cáncer de Mama, "un grupo de autoayuda compartiendo vivencias, información y experiencias y ganas de vivir" preocupada por "encontrar y ofrecer actitudes y estrategias positivas".

www.asate.es
Página de la Asociación de Afectados porTumores Cerebrales en España con el objetivo de "mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas que padecen un tumor cerebral y obtener y difundir la máxima y más actualizada información sobre la enfermedad".

www.anticoagulados.es/
Página de la Asociación Española de Portadores de Válvulas Cardiacas y Anticoagulados cuyo objetivo es "minimizar el miedo y el asilamiento de todos los afectados por esta patología, tanto los que la sufren como los que están relacionados estrechamente con ellos".

Título: 'Vértigo y mareo, ¿qué me pasa, qué debo hacer?'
Autor: Dr. Nicolás Pérez
Editorial: Everest
Número de Páginas: 184
Precio: 15 euros

"El impacto psicológico que los trastornos del equilibrio tienen en los pacientes es tremendo"

El doctor Nicolás Pérez Fernández, director de Otorrinolaringología publica el libro 'Vértigo y mareo ¿Qué me pasa, qué debo hacer?'

El doctor Nicolás Pérez con un ejemplar de su libro.

CUN ■ Si ahora se preguntara a la población española entre 18 y 65 años si ha sufrido recientemente vértigo, en torno a un 20% de ellos respondería afirmativamente. Y diría que lo ha padecido en los tres últimos meses. Así lo recoge el doctor Nicolás Pérez Fernández, director de Otorrinolaringología de la Clínica, en su libro "Vértigo y mareo. ¿Qué me pasa, qué debo hacer?", con el que llena un vacío editorial en torno a esta dolencia tan común. Ni siquiera la rotundidad de la estadística convierte a los trastornos del equilibrio en una prioridad de investigación, muchas veces resueltos con la frase mil veces escuchada de "ha sido una bajada de tensión". Desde la Clínica, gracias a un equipo multidisciplinar liderado por el doctor Nicolás Pérez, se trabaja por atajar el problema desde su misma raíz, es decir, lograr un diagnóstico preciso.

Este libro llena un hueco de publicaciones sobre trastornos del equilibrio. ¿Cómo lo plantea y a quién se dirige?

Lo que he intentado con este libro es reflejar lo que a un paciente le puede interesar. Hay dos ámbitos que considero fundamentales cuando veo a un paciente con alteraciones del equilibrio. Uno tiene que ver con la propia enfermedad en sí, que a veces es muy desconocida. El síntoma es muy molesto y desagradable, pero los diagnósticos que se hacen al final son muy sorprendentes para el paciente. El segundo sería la metodología que tenemos de diagnóstico y tratamiento. Estos son los dos ámbitos en los que he intentado ser más explícito. Porque a un paciente se le puede decir, "le voy a hacer una radiografía de tórax", y enseguida sabe de qué se trata. Otra cosa es decirle al enfermo, "tengo que hacerle una prueba calórica". Es normal que no sepa por dónde van los tiros pese a que ambas sean muy importantes: la primera, para diagnosticar enfermedades pulmonares, y la otra, para los pacientes con mareo y vértigo.

Así que el libro tiene un tono divulgativo.

Sí. Ante esta ignorancia, siempre se debe explicar al paciente qué le está pasando y qué pruebas debemos realizarle. Por eso, he tratado de ser lo más didáctico posible, lo más general, para dirigirme a un público que no conoce en detalle la anatomía, la fisiología o la patología. Hay pacientes que ya lo han podido leer y han visto que se les aclara muchas cosas, y se sienten reflejados.

¡Y la prueba de este interés por el paciente está en que es un paciente el que escribe el prólogo del libro.

Sí. Lo cierto es que sólo existe una asociación de pacientes, con la que yo mantengo muy buena relación y que fue muy estrecha desde sus inicios. Así que pensé que ya que el destinatario es el paciente, qué mejor prologuista que un paciente. Como no podemos violar el secreto profesional, pensé que la persona idónea era Jacqueline de la Sierra Domínguez, presidenta de ATEVERMA (Asociación de afectados de trastornos del equilibrio, vértigos y mareos).

El prólogo refleja bien la sensación de angustia y de desconocimiento por una dolencia común, pero poco tratada y que, muchas veces, se resuelve con esa frase que usted recoge en el libro de "ha sido una bajada de tensión" ¿Por qué esta sensación entre los pacientes con trastornos del equilibrio?

En realidad, el problema es que son síntomas. Decir vértigo y mareo es como decir dolor de cabeza. Es un síntoma. No hablamos de anginas o de amigdalitis, sino de síntomas. Y a través de los síntomas llegamos a los diagnósticos. De modo que la descripción que hace el paciente de los síntomas es muy importante para el diagnóstico final. Y como es el paciente quien lo describe, muy rápidamente se observa la repercusión psicológica o vital de estos problemas.

FIRMA INVITADA

Efren Manjarrez

El modelo hospitalista de la Clínica, un referente

LA ESPECIALIDAD DE Medicina Hospitalaria tiene sus orígenes en Estados Unidos. La primera definición del concepto de médico hospitalista la ofreció el doctor Robert Wachter de la Universidad de California de San Francisco. El doctor Wachter describió la labor de estos especialistas como la de aquellos médicos dedicados al cuidado del paciente ingresado. En este modelo, los hospitalistas (normalmente internistas) se ocupan en exclusiva de la valoración y tratamiento de pacientes hospitalizados. Al final del ingreso, estos pacientes son derivados de nuevo a su médico de cabecera, quien continúa con su valoración y seguimiento de forma ambulatoria.

Este modelo ha ofrecido resultados positivos en EE.UU., entre los que se incluyen la satisfacción de los pacientes, la de los especialistas que remiten y atienden pacientes en cooperación con los médicos hospitalistas, la del personal de enfermería y la de los estudiantes y residentes gracias a la labor docente desarrollada por los hospitalistas. Adicionalmente, se ha demostrado una reducción de la duración de los ingresos y de los costes hospitalarios, sin constatar un aumento de la mortalidad durante el ingreso, ni de los reingresos a 30 días vista.

El modelo hospitalista ha crecido exponencialmente en EE.UU., desde los 500 médicos que ejercían esta especialidad en 1996, hasta los más de 30.000 en 2012. Este significativo aumento sitúa a la Medicina Hospitalaria como la especialidad que ha crecido de forma más rápida en la historia de la medicina organizada de Estados Unidos.

Las expectativas actuales de la medicina hospitalaria se centran en varios aspectos. Entre los más importantes figuran el ahorro de costes, mediante la reducción del tiempo de hospitalización y del consumo de recursos; la mejora de la calidad asistencial mediante marcadores objetivos de gestión; definir las mejores prácticas en la asistencia de pacientes ingresados; participar de forma activa en comités hospitalarios; mejorar la eficiencia del hospital y aliviar la congestión de los servicios de urgencias. Además, entre sus objetivos destaca también la participación en la atención de pacientes de cuidados intensivos, de urgencias, de unidades de observación y de consulta, así como ejercer la docencia con estudiantes de Medicina, residentes, enfermeras y farmacéuticos. Finalmente, es labor de los hospitalistas coordinar el trabajo multidisciplinario para que el hospital funcione eficazmente, mediante la creación de verdaderos equipos de trabajo que cuenten con trabajadores sociales, farmacéuticos, fisioterapeutas, gestores financieros, estudiantes, residentes, y enfermeras.

La investigación clínica también forma parte del modelo hospitalista, y abarca diversas áreas. Las principales: la medicina perioperatoria, la co-responsabilidad de la atención de los pacientes con los cirujanos, la prevención del tromboembolismo pulmonar, las medidas de seguridad para el paciente y la gestión de calidad asistencial. Adicionalmente se investiga la mejor forma de derivar pacientes entre diferentes especialistas, la educación médica, la realización de procedimientos al paciente ingresado, el desarrollo de la informática médica y la medicina paliativa.

La Clínica Universidad de Navarra comenzó con el modelo hospitalista en 2006 y lo sigue desarrollando en la actualidad. Su equipo ha sido líder y referencia del modelo hospitalista fuera de EE.UU.. Como garantía de calidad asistencial, la Clínica está acreditada por la Joint Commission, institución internacional independiente que certifica a hospitales de EE.UU.. La Clínica adoptó este modelo de asistencia hospitalaria de forma temprana en la historia de la especialidad, y ha publicado sus resultados recientemente en la revista médica, "Journal of Hospital Medicine".

Se trata de uno de los escasos equipos, fuera de EEUU, que ha publicado sus resultados en la revista de la especialidad. El autor principal, el doctor Felipe Lucena, describe el impacto positivo que ha tenido la labor de su equipo en la Unidad de Cuidados Intermedios, liderada por médicos hospitalistas en la Clínica. El equipo del doctor Lucena reveló que los pacientes ingresados en la Unidad asistidos por hospitalistas presentaron una mortalidad menor que la esperada según su riesgo clínico. Además, residentes de distintas especialidades, tanto médicas como quirúrgicas, rotaron con la Unidad de Hospitalistas de la Clínica. Esta experiencia docente multidisciplinaria es una muestra de la importancia que tiene el desarrollo del modelo hospitalista en la Unidad de Cuidados Intermedios del centro hospitalario. Asimismo, el estudio descrito es uno de los pocos publicados que exponen el impacto positivo de esta especialidad sobre la mortalidad intrahospitalaria, cuando los hospitalistas co-manejan pacientes con otras especialidades.

En definitiva, el modelo hospitalista ha documentado sus éxitos en España así como en el ámbito internacional, por lo que podemos afirmar que los hospitalistas no son sólo "los doctores de la casa". La medicina hospitalaria de la Clínica se ha convertido en referente de seguridad para los pacientes, de docencia para los residentes y de compañeros eficaces en equipos multidisciplinarios, especialmente para los cirujanos que esperan conseguir mejores resultados.

Efren Manjarrez, Director Asociado División de Medicina Hospitalaria Miller School of Medicine Miami.

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

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