noticias.cun
REVISTA DE LA CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA ENERO - MARZO 2013 NÚMERO 083

El Servicio de Urgencias se renueva

Instalaciones de última tecnología. El Servicio de Urgencias remodela la totalidad de sus dependencias. **18-21**

Unidad de Dravet. La Clínica cuenta con la primera unidad de España para el tratamiento de esta enfermedad 'rara'. **4-7**

Desfibrilador subcutáneo. Especialistas en arritmias de la Clínica implantan el dispositivo al primer paciente en España. **12-13**

Sillas Salvaescaleras, Vida en movimiento

900 460 414 Teléfono gratuito

"Para nosotros la mejor elección"

Premio al diseño

flexible y estética

10 años

sistema de un solo carril

Mando a distancia

Amplia variedad de materiales y colores

Manejo intuitivo

Para todo tipo de escaleras por muy empinadas y estrechas que sean

La estética, la comodidad y la seguridad en un sólo rail

Siempre a su servicio

Personalización y montaje profesional

¡Fácil de usar!

¡Para mi comodidad!

EL SALVAESCALERAS RECOMENDADO POR ORTOPEDIAS

Consiga nuestro catálogo GRATIS, **¡solicítelo ya!**

Si desea **recibir nuestro catálogo sin compromiso**, envíe este cupón por correo a: ThyssenKrupp Encasa, C/ Haya 4, 28044 Madrid.

Nombre y apellidos: .....

Dirección: .....

C.P./ Localidad: .....

Tel.: .....

E-mail: .....

Conforme a lo dispuesto por la ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, usted dispone de derecho de acceso, rectificación y oposición a sus datos personales.

12

www.salvaescaleras.com

info@tkec.es

BÚSCANOS AHORA EN:

twitter facebook

ThyssenKrupp Encasa
Vida en movimiento.

ThyssenKrupp

083
Ene-Mar 2013

AVANCES CLÍNICOS
Cáncer de próstata. Existe una vinculación entre el tejido graso periprostático (analizado en la foto) y este tumor. **8-10**

Unidad de Dravet. La primera constituida en España para el tratamiento de esta 'enfermedad rara'. **4-7**
Desfibrilador subcutáneo. Implantan por primera vez en España este dispositivo en un paciente. **12-13**
Rehabilitación del suelo pélvico. Adquieren un equipo inalámbrico para más confort y precisión en el tratamiento.**14-15**
'Todo suena' de Lorenzo Silva. El ganador del Planeta es autor del último relato de la colección 'Historias de la Clínica'. **16-17**
Renovación de Urgencias. Nuevas instalaciones con más superficie y equipamiento de última tecnología. **18-21**
Extirpación de amígdalas. Una nueva técnica reduce a la mitad las posibles complicaciones. **22**
Fármacos falsos para la malaria. Describen el primer caso de un occidental tratado con un medicamento falso. **24-25**
Nuevo medicamento para el cáncer de próstata. Reduce en un 37% el riesgo de fallecer por este cáncer. 2**6-27**
Historias de la Clínica. La paciente María Pascual, de 105 años, relata su experiencia. **30-32**
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 Marc Sanson. **38**

EDITORIAL

Unidades de especialización

LA UNIDAD DE DRAVET, la de Neurooncología y la de Arritmias, constituyen en la Clínica tres de los numerosos y buenos ejemplos del triunfo del trabajo de equipos interdisciplinares constituidos por facultativos de diferentes especialidades médicas. Porque conseguir convertirse en referente nacional en el tratamiento de una enfermedad catalogada como 'rara', como es el Síndrome de Dravet, es un logro importante; ser el primer centro español capaz de implantar un desfibrilador subcutáneo en un paciente sin otra alternativa terapéutica es un mérito notable, lo mismo que contar con un equipo especializado en el tratamiento e investigación clínica de tumores cerebrales. Tal nivel de competencia sólo es posible alcanzarlo en un hospital dotado de todas las especialidades médicas con un plus fundamental: una tradición apoyada en una voluntad de trabajo en equipo entre especialistas y profesionales de diferentes departamentos médicos, esforzados en una formación continuada. Sólo así es posible obtener un elevado grado de conocimiento y de precisión en el tratamiento de patologías tan concretas como las descritas, una especialización que, al fin y al cabo, marca la diferencia.

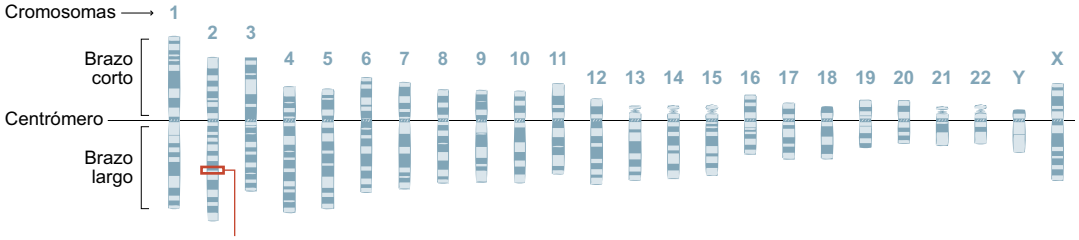
Noticias de la Clínica Universidad de Navarra. Número 83. Primer trimestre de 2013. Director General: José Andrés Gómez Cantero. **Director Médico:** Dr. Nicolás García González. **Director de Comunicación:** Jesús Zorrilla (jzorrilla@unav.es). **Coordinación:** Mónica Ruiz de la Cuesta (mrdelacuesta@unav.es). **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

Primera Unidad de Síndrome de Dravet de España para diagnosticar y tratar este tipo de epilepsia

Los especialistas advierten de la importancia de administrar el tratamiento adecuado ya que algunos de los antiepilépticos pueden empeorar las crisis

CUN ■ La Clínica ha constituido la primera Unidad Clínica de Síndrome de Dravet de España para el adecuado diagnóstico y tratamiento de este tipo de epilepsia compleja. El síndrome de Dravet se calcula que afecta a un recién nacido de cada 20.000 a 40.000, lo que sitúa su incidencia entre 15 y 25 recién nacidos españoles al año y la prevalencia (número total de casos) entre 250 y 450 niños y adolescentes menores de 19 años. "Se trata de una encefalopatía epiléptica de grado muy severo que comienza a manifestarse durante el primer año de vida", indica la doctora Rocío Sánchez-Carpintero Abad, neuropediatra y responsable de la Unidad Clínica de Dravet de la Clínica Universidad de Navarra. Según describe la especialista, "este síndrome se caracteriza por crisis epilépticas muy difíciles de controlar y fármaco-resistentes". Entre sus efectos más importantes destaca, "un estancamiento cognitivo de estos pacientes, más severo cuanto más tardío sea el diagnóstico".

GEN RESPONSABLE DE LA ENFERMEDAD
Situado en el brazo largo del cromosoma dos



Gen SCN1A
Sus mutaciones provocan el Síndrome de Dravet

El objetivo de la creación de una unidad específica para diagnosticar y tratar el síndrome de Dravet responde, según su responsable, "en primer lugar, a la existencia de escasos especialistas con experiencia en el manejo clínico de estos niños". A la vez, argumenta, "existe la necesidad de que el seguimiento de estos pacientes lo realice un equipo multidisciplinar experimentado, con un neuropediatra de referencia, una evaluación neuropsicológica anual, con la intervención de un psicopedagogo para orientar el seguimiento educativo y escolar y la de otros especialistas en Genética Clínica, Far-

De izda a dcha, Nerea Crespo (psicopedagoga), las doctoras Azucena Aldaz (Farmacia), Elena Urrestarazu (Neurofisiología), Rocío Sánchez Carpintero (Neuropediatría) y Laura Zufía (Química), la enfermera Mª José Yániz (Pediatría) y la auxiliar Guadalupe Sánchez (Pediatría).

macia, Traumatología, Neurofisiología, Neurorradiología y Endocrinología". En definitiva, apunta la especialista, "el objetivo de este equipo es conseguir un diagnóstico lo más precoz posible y ofrecer el tratamiento y los cuidados necesarios del modo más eficaz". De este modo, la Unidad de la Clínica ha conseguido diagnosticar a un paciente con Dravet de tan sólo 4 meses de edad.

El síndrome de Dravet fue descrito por primera vez en 1978 por la investigadora francesa Charlotte Dravet. En la última década se han invertido numerosos esfuerzos en el estudio de esta enfermedad que han posibilitado delimitar con precisión sus síntomas. Uno de los principales detonantes de la proliferación de las investigaciones en Dravet fue el descubrimiento en 2001 de las alteraciones en el gen SCN1A, responsables de este síndrome epiléptico en el 80% de los casos. En la Clínica, la experiencia en el tratamiento de este síndrome data de hace 30 años lo que la convierte en uno de los centros con mayor experiencia de toda España. "De hecho, somos uno de los hospitales que trata a más niños con síndrome de Dravet debido a nuestra dilatada experiencia en el tratamiento de epilepsias difíciles", subraya la especialista.

Además, cuenta con la labor de un investigador de la Universidad de Navarra que en breve iniciará una línea de estudio sobre tratamientos para el síndrome de Dravet en ratones. La Unidad de la Clínica dispone entre sus instalaciones de varias salas de consulta, equipos de electroencefalografía y monitorización de vídeo-electroencefalograma, resonancia magnética cerebral de 1,5 y 3 teslas, un laboratorio de Biología Molecular y Genética Clínica, UCI pediátrica, radiología intervencionista, Servicio de Farmacia para la gestión de medicación especial y ajustes del tratamiento antiepiléptico, salas de rehabilitación pediátrica, servicio de ortopedia y un servicio de Dietas para aconsejar las pautas de dieta cetogénica que estos niños necesitan.

CARACTERÍSTICAS DEL DRAVET. El cuadro clínico que identifica a un paciente con síndrome de Dravet comienza a manifestarse durante el primer año de vida con crisis epilépticas vinculadas a procesos febriles. Las primeras, describe la doctora Sánchez-Carpintero, "suelen producirse entre los 5 y los 7 meses de vida. La mayoría de las veces son crisis peculiares que suelen afectar a un solo hemicuerpo (un lado del cuerpo). Se caracterizan por su frecuencia, ya que se repiten con cada proceso febril y en cada ocasión pueden afectar a un hemicuerpo diferente, lo que indica que no es una única área cerebral la que está comprometida, si no varias".

Su relación con la aparición de fiebre es muy estrecha. Sin embargo, no todas se producen provocadas por fiebre, procesos infecciosos o cambios de temperatura. "Existe un grupo de niños que sufre crisis reflejas que responden a ciertos patrones visuales, como luces intermitentes, determinadas músicas, situaciones de estrés u otras que puedan resultarles emocionantes", describe la especialista.

A partir del segundo año de vida, en algunos casos, pueden aparecer otros tipo de crisis como son las mioclónicas (pequeñas sacudidas de las extremidades), crisis de ausencias o parciales, advierte la neuropediatra. Una vez que el

PASA A LA PÁG. 7 >>

Rosa Sánchez

"Con una conjuntivitis nuestro hijo ha llegado a convulsionar 65 veces en un día"

Mikel Goñi y Rosa Sánchez junto a su hijo Mikel de 7 años.

Rosa Sánchez es la madre de Mikel Goñi Sánchez, de 7 años, paciente con Síndrome de Dravet, una patología clasificada como enfermedad rara

CUN ■ El síndrome de Dravet está considerado una 'enfermedad rara' dada su escasa prevalencia y el desconocimiento de sus características, incluso, para una mayoría de los especialistas médicos. Sin embargo, la familia bilbaína Goñi Sánchez es toda una experta. Ellos forman parte activa de la Fundación Síndrome de Dravet integrada por 84 familias en España. Su principal objetivo: obtener fondos para promover proyectos de investigación, así como la implicación de laboratorios farmacéuticos para conseguir la cura de esta enfermedad. Todo un reto si se tiene en cuenta que 'el Dravet' es una patología de origen genético.

Su amplia experiencia en este trastorno de sintomatología epiléptica comenzó hace 7 años, cuando Mikel, el primogénito de Rosa y de Mikel y hermano mayor de Héctor (4 años), sufrió su primera convulsión a la breve edad de 6 meses. Una crisis vinculada a un proceso febril, a la que pronto le siguió otra y otra, cada vez con mayor frecuencia. Inicialmente, el diagnóstico ofrecido por diversos los pediatras consultados fue el de convulsiones debidas a crisis febriles. "Pero a nosotros no nos terminaba de convencer. Habíamos empezado a documentarnos y las convulsiones de Mikel eran demasiado largas para responder a crisis febriles", recuerda Rosa.

"Fue entonces cuando indagamos sobre cuál era la mejor unidad de Neurología de España y nos enteramos de que estaba en la Clínica Universidad de Navarra. Y a los 9 meses de Mikel lo llevamos allí. Desde entonces lo trata la doctora Rocío Sánchez Carpintero. Allí nos han atendido con calidad asistencial humana", indica.

Una vez que les informan de que su hijo tiene Síndrome de Dravet ¿cómo afrontan la noticia?

De todos los posibles diagnósticos ese era el peor. Mikel ya tenía dos años y medio. Cuando a uno le ofrecen un diagnóstico de este tipo, le cae como un jarro de agua fría. Lo primero que se siente es incredulidad, tristeza. Lo más intenso, temor y una gran angustia. Porque es una enfermedad que no tiene cura.

¿Cómo ha evolucionado desde entonces la enfermedad en Mikel?

Inicialmente, las convulsiones se presentaban con crisis febriles. Pero con el tiempo fue evolucionando. Ahora, sus crisis epilépticas no tienen que ver con la fiebre, sino con patrones lumínicos, con cambios de temperatura o con un estado anímico del niño o con cualquier proceso vírico o bacteriológico. Con una simple conjuntivitis nuestro hijo ha llegado a convulsionar 65 veces en un día. Pero todo esto va evolucionando. Es la crueldad de esta enfermedad, que no responde siempre al mismo patrón.

¿Cuál es el estado actual del niño?

Con 7 años las crisis que tiene Mikel son, fundamentalmente, crisis del sueño. Esto significa que, cada vez que Mikel duerme, puede empezar a convulsionar. Son convulsiones de muy diferentes tipos. Algunas son tonicoclónicas (de todo el cuerpo), habituales de un estado epiléptico. Otras son crisis parciales (afectan a una única área cerebral) en las que hace una apertura de ojos con las pupilas dilatadas. Pero si no permanecemos pendientes en esos momentos, mirándole, toda la noche, no sabríamos que nuestro hijo está convulsionando, porque no hace ningún sonido y esto es lo complicado de nuestra vida actual, que tenemos que hacer guardia el cien por cien de las noches.

Ante la necesidad de tal grado de vigilancia ¿cómo se organizan?

Tenemos que estar con él uno de los dos cada noche. Mi marido y yo nos vamos turnando. Uno hace guardia una noche y el otro la siguiente. Tenemos que estar al lado de Mikel, mirándole.

Actualmente ¿cuál es el aspecto de esta enfermedad que más urge solventar?

Ahora mismo a lo que concedemos mayor importancia es a conseguir implicar a algún laboratorio para que investigue un tratamiento para el Dravet, a captar fondos para esta labor y a la información y difusión de esta patología. Porque hay muchísimos médicos en urgencias y en pediatría que ni siquiera conocen en qué consiste la enfermedad, con lo cual el desconocimiento hace que muchas veces los médicos actúen según protocolos perjudiciales. Por eso, es muy importante difun-

"Mi hijo es una bendición. Nos trae tantas cosas buenas que al final te conviertes en mejor persona".

"Lo complicado de nuestra vida actual es que tenemos que hacer guardia todas las noches".

"La prioridad de la fundación es implicar a algún laboratorio para que investigue un tratamiento específico para el Dravet".

"Queremos conseguir fondos para esta labor y hacer difusión para que se conozca mejor la enfermedad".

dir la información adecuada.

¿Puede describir su día a día?

Mikel necesita permanecer acompañado las 24 horas. Acude al colegio con un auxiliar concedido por el Gobierno vasco. Además, estamos presentes en el edificio escolar, cerca de Mikel, porque cuando convulsiona hay que administrarle esta medicación intranasal y ningún profesor ni auxiliar tiene la autoridad para administrarle medicación. Y él la necesita de forma inmediata.

Personalmente ¿cómo viven esta exigencia total?

Nuestro hijo es una bendición, no podríamos concebir nuestra vida sin él, a pesar de lo complejo del día a día. Con Mikel hemos ganado tantas cosas. Y sí, es muy duro para una madre y un padre ver sufrir a su hijo. Pero a la vez trae tantas cosas buenas que te conviertes en mejor persona y te compensa.

VISITE LA PÁGINA WEB

www.dravetfoundation.eu

<<VIENE DE LA PÁG.5

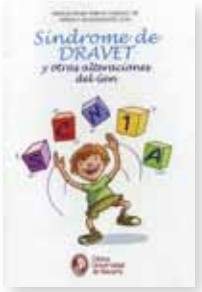
especialista identifica las crisis, comienza a tratarlas con diferentes fármacos antiepilépticos. Es entonces cuando el facultativo observa la dificultad de su manejo.

"Son niños –describe– que en muchos casos tienen tantas crisis que la enfermedad marca la pauta de vida de toda la familia. Dado que las crisis se presentan con mayor frecuencia por las noches, hay padres que se turnan, una noche cada uno, para vigilar el sueño de su hijo. Lo que significa que duermen cada 48 horas con el desgaste familiar que esta situación provoca". Además, estos niños pueden llegar a padecer crisis "estatus", aquellas de más de 30 minutos de duración, con la situación de gravedad que implican y, en muchos casos, la necesidad de hospitalización para su control.

Además, la neuropediatra destaca "el estancamiento en el desarrollo cognitivo y la aparición de problemas conductuales como hiperactividad y trastornos de comunicación, entre otros, que dificultan la escolarización de estos niños". Se presentan asimismo problemas asociados como trastornos ortopédicos (escoliosis, pies valgos, etc...), de crecimiento, de alimentación, inmunológicos y vegetativos.

Además, la facultativa advierte que tras numerosos estudios sobre este síndrome, "lo que actualmente sabemos con seguridad es que existe una serie de fármacos, utilizados tradicionalmente para la epilepsia, que hay que evitar. Se trata de una cuestión de especial importancia ya que su administración empeora las crisis". "De hecho, -observa- es una cuestión tan importante que en la Unidad hemos elaborado una cartilla para que los padres de los pacientes que vemos en la Clínica puedan llevársela a su pediatra". En general, con los tratamientos farmacológicos adecuados se consigue en muchas ocasiones "que el número de crisis disminuya y sobre todo que no sean muy prolongadas". Sin embargo, reconoce la neuropediatra, "a día de hoy no existe un tratamiento eficaz". Por eso, todos los esfuerzos de las fundaciones de niños con este síndrome "van dirigidos a encontrar una cura. Una cura que probablemente llegará por vía genética, porque realmente este es el único camino que actualmente muestra un atisbo de solución para esta enfermedad", concluye.

LA CARTILLA-GUÍA



Dado que es una 'enfermedad rara' en la Unidad han elaborado una cartilla con las principales recomendaciones para que los padres de los pacientes la lleven a su pediatra.

LA CIFRA

350

Se calcula que la padecen entre 250 y 450 niños y adolescentes españoles menores de 19 años, se caracteriza por crisis epilépticas frecuentes, de difícil control y resistentes a los fármacos convencionales.

MÁS INFORMACIÓN

Visite la página web http://bit.ly/unidad-dravet

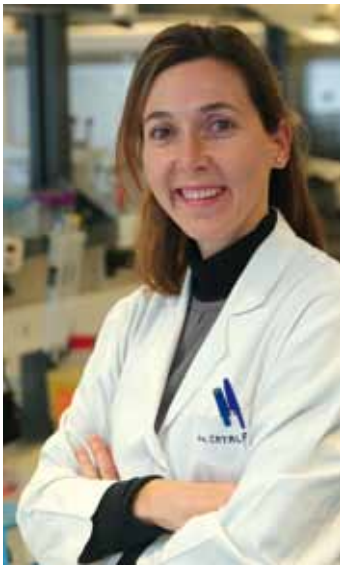
Demuestran la relación entre el cáncer de próstata y el exceso de grasa alrededor de la glándula

Imagen resultante de la técnica de microarrays con la que se analiza el perfil génico del tejido graso.

Un estudio ha constatado que la obesidad está implicada en el perfil génico del tejido que rodea la próstata, favoreciendo el desarrollo tumoral

CUN ■ Investigadores del Departamento de Endocrinología de la Clínica y de su Laboratorio de Investigación Metabólica han comprobado en un estudio la estrecha relación entre el exceso de grasa y el desarrollo tumoral en los casos de cáncer de próstata. Según las conclusiones obtenidas en la investigación, la obesidad se relaciona con cierta alteración del perfil génico del tejido adiposo (grasa) que rodea la glándula prostática, circunstancia que favorece las condiciones para el desarrollo del cáncer de próstata.

La doctora Victoria Catalán, investigadora del Departamento de Endocrinología de la Clínica y una de las principales autoras del estudio, revela que "los genes con expresión alterada detectados en ese tejido adiposo periprostático están principalmente implicados en vías de inflamación, en inmunidad, en crecimiento y proliferación celular así como en rutas metabólicas y apoptosis (muerte celular)". La bióloga señala además que se detectó "una expresión génica diferente según el grado de desarrollo del tumor de próstata, lo que sugiere un aumento gradual de expresión alterada conforme avanza el tumor".



La doctora Victoria Catalán, una de las principales autoras del estudio.

En la investigación de carácter internacional han colaborado equipos científicos de varios países entre los que destacan el Grupo de Oncología Molecular del Instituto Portugués de Oncología de Oporto (Portugal), liderado por el doctor Ricardo Ribeiro, científicos de The Center for Applied Genomics, Hospital for Sick Children, de Toronto (Canadá), dirigidos por el doctor Pingzhao Hu, y el equipo de Laboratorio de Investigación Metabólica de la Clínica Universidad de Navarra, miembro del CIBERobn (Centro de Investigación Biomédica en Red de la Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición), que ha sido liderado

OBESIDAD Y CÁNCER DE PRÓSTATA

El estudio revela que el acúmulo de grasa crea unas condiciones en torno a la próstata que pueden favorecer el desarrollo del cáncer

Se estudió la grasa de 18 pacientes
- 9 con peso normal
- 9 con sobrepeso u obesidad

Tres grupos de pacientes:

A 6 con hiperplasia prostática benigna (sin cáncer)

B 6 con cáncer de próstata localizado

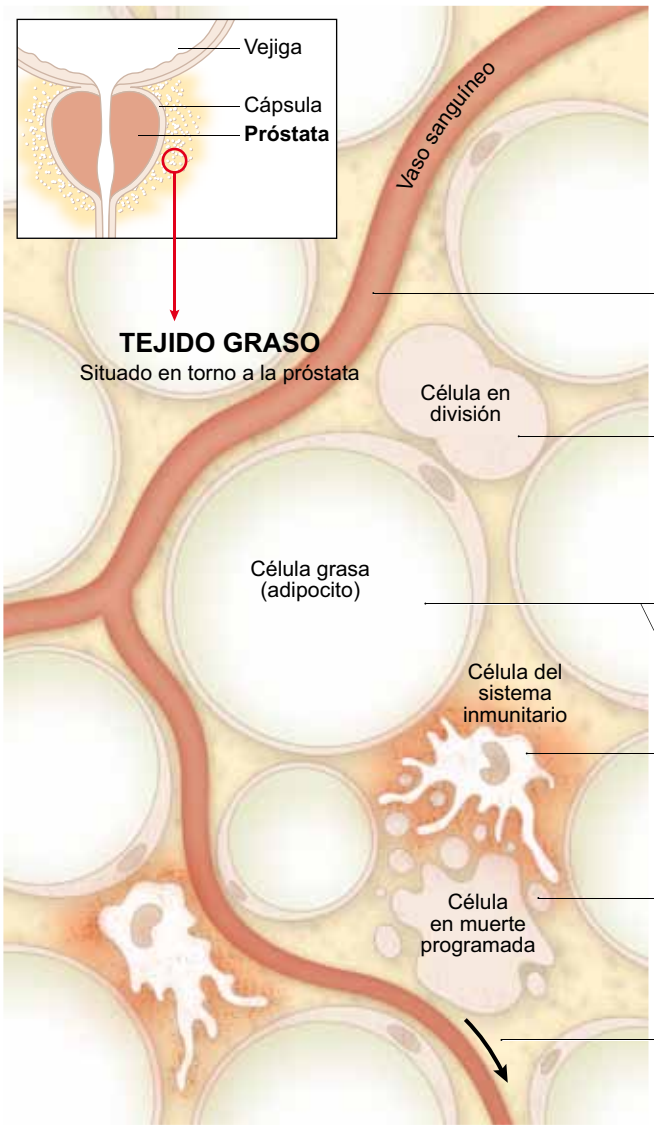
C 6 con adenocarcinoma localmente avanzado

Gravedad (− a +)

Se encontraron alteraciones en la grasa que rodea a la próstata

Las alteraciones son mayores en pacientes con más grasa peripróstática

A mayor gravedad, las alteraciones de la grasa se acentúan



ALTERACIONES HALLADAS

En la grasa que rodea a la próstata en pacientes obesos o con sobrepeso se han encontrado variaciones en la actividad de muchos genes. Esos genes regulan algunas funciones relacionadas con los tumores

Expresión de los genes
↑ **Aumentada** ↓ **Reducida**

↑ **Formación de vasos sanguíneos**
Esto puede favorecer a los tumores, que necesitan más vasos sanguíneos que les lleven nutrientes y oxígeno.

↑ **Multiplicación celular**
Se producen factores de crecimiento que hacen que las células se multipliquen más (es lo que ocurre en los tumores).

↑ **Formación de grasa**
↓ **Destrucción de grasa**
La mayor cantidad de grasa puede dar más nutrientes a los tumores.

↑ **Inflamación**
Típica en obesos, una inflamación crónica de baja intensidad favorece la aparición de tumores.

↓ **Muerte celular programada**
Al reducirse la muerte de células defectuosas se puede favorecer la supervivencia de células cancerosas.

↑ **Metástasis**
Se aumenta la expresión de un gen relacionado con la metástasis (diseminación del cáncer a distancia).

por la doctora Gema Frühbeck, especialista en Endocrinología de la Clínica y presidenta de la Sociedad Europea para el Estudio de la Obesidad (EASO). Los resultados y metodología del trabajo se han publicado recientemente en la revista especializada internacional BMC Medicine (BioMed Central Medicine). El equipo de la Clínica está integrado por los doctores Victoria Catalán, Amaia Rodríguez, Javier Gómez Ambrosi y Gema Frühbeck.

En concreto, el objetivo del estudio se centró en determinar el perfil de expresión de los genes propios del tejido adiposo (graso) que rodea la próstata en pacientes obesos y con sobrepeso con cáncer de próstata.

Según los estudios presentados como base de la investigación, el cáncer de próstata es el tumor sólido más común y la segunda causa de muerte por cáncer entre la población masculina europea. Además, en su artículo, los científicos adelantan que "la evidencia acumulada en los últimos años ha demostrado que la obesidad es un factor de riesgo importante para muchos tipos de enfermedades malignas, incluido el agresivo cáncer de próstata".

MÁS GRASA, MAYOR AGRESIVIDAD TUMORAL. El estudio demuestra de forma novedosa que el tejido adiposo disfuncional es un factor que "ha sido ampliamente apreciado como una importante causa subyacente del cáncer de próstata". Anatómicamente, la próstata es un órgano limitado por una cápsula fibrosa, rodeada a su vez de tejido adiposo. La investigación ha constatado que un mayor índice de tejido graso periprostático (alrededor de la próstata) está relacionado con una mayor agresividad del cáncer de próstata.

La investigación se ha publicado en un artículo de la revista especializada internacional BioMed Central Medicine

La obesidad se relaciona con cierta alteración del perfil génico del tejido graso que rodea la glándula, lo que favorece el desarrollo del cáncer.

Uno de los fundamentos del trabajo se centró en que el conocimiento del perfil genómico (características genéticas) del tejido adiposo periprostático "puede descubrir moléculas y mecanismos relacionados con la obesidad y con el cáncer de próstata, que pueden influir en la progresión de este tumor", destacan los especialistas.

En concreto, los pacientes estudiados fueron 18, divididos en tres grupos de 6, uno de individuos con hiperplasia prostática benigna, otro de

PASA A LA PÁG. 10 >>

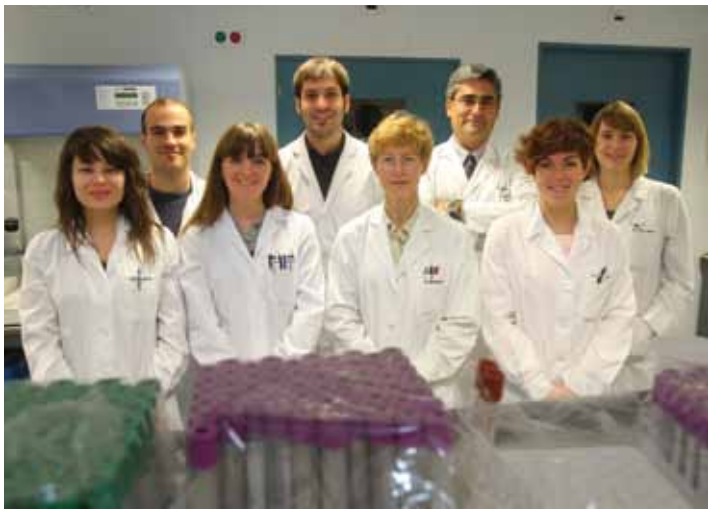
Validación por la técnica de "real-time PCR" de los genes alterados en la grasa que rodea a la próstata de los pacientes del estudio.

<<VIENE DE LA PÁG.9

afectados por cáncer de próstata localizado y el último grupo compuesto por 6 pacientes con un adenocarcinoma (lesión tumoral maligna) localmente avanzado.

El Laboratorio de Investigación Metabólica de la Clínica analizó mediante la técnica de microarrays los genes de la grasa próxima a la próstata de los individuos participantes en el estudio. Obtenidos los resultados de este análisis se compararon los del tejido adiposo de pacientes delgados frente al de pacientes obesos o con sobrepeso.

Según dedujeron los científicos, el exceso de grasa se caracteriza por la sobreexpresión de genes relacionados con la proliferación celular y por la inhibición de aquellos genes implicados en la muerte celular (apoptosis) y en el sistema inmune. La investigación subraya que dichas características favorecen en definitiva el desarrollo tumoral. "En aquellos pacientes con cáncer de próstata, el perfil genético del tejido adiposo periprostático presentaba hipercelularidad e inmunovigilancia reducida. Ambos hallazgos pueden promover un ambiente favorable para la progresión del cáncer de próstata", señalan los científicos. El equipo investigador pudo concluir, además, que el perfil de expresión génica del tejido adiposo que rodea a la próstata cambia según sea el grado de malignidad del tumor.



Equipo de investigadores. En primera fila, Leire Méndez-Giménez, Amaia Rodríguez, Gema Frühbeck y Sara Becerril. En la fila de atrás, Andoni Lancha, Javier Gurbindo, Javier Gómez-Ambrosi y Beatriz Ramírez.

De este modo, concluyen "el conocimiento de las características génicas de este tejido graso descubre la relación entre moléculas y mecanismos de la obesidad y del cáncer de próstata que pueden incidir en el desarrollo de este tumor". Como próximos retos, las líneas futuras de la investigación podrían dirigirse hacia la localización de genes con expresión diferencial, que sirviesen como marcadores de cáncer de próstata y que, por tanto, pudiesen convertirse en dianas terapéuticas para mejorar el tratamiento de esta enfermedad.

REFERENCIA

Obesity and prostate cancer: gene expression signature of human periprostatic adipose tissue.
BMC Medicine 2012, 10:108
doi:10.1186/1741-7015-10-108

ENLACE WEB

http://www.biomedcentral.com/1741-7015/10/108

Asador Maya

El placer del buen comer

Buenos ingredientes, el saber hacer y un trato amable son la base de un merecido reconocimiento en nuestros 35 años de experiencia.

SIEMPRE CERCA
A cinco minutos de la Clínica Universidad de Navarra.
Con un amplio aparcamiento.
Sin esperas ni agobios.
En un ambiente tranquilo y agradable.

TODOS LOS DÍAS.
Carta y menús ajustados a su economía.
¡¡QUEDAR BIEN CUESTA POCO!!

ASADOR MAYA
31191 Esquíroz de Galar (Navarra)
Tlf. 948 317 339 - 948 317 809
www.asadormaya.com

Un desfibrilador subcutáneo permite tratar arritmias cardíacas graves sin acceder al corazón

Especialistas en Cardiología de la Clínica han realizado por primera vez en España el implante del novedoso dispositivo en un paciente de 32 años

Equipo Arritmias y Cardiología. Las enfermeras Cristina Díaz Fernández y Graciela López González junto a los doctores Manuel García de Yébenes, José Ignacio García Bolao (director), Hugo Arguedas y Naiara Calvo, seguidos de la enfermera Elene Janiashvili y la auxiliar Mª Rosario Vides Subiza.

CUN ■ Especialistas de la Unidad de Arritmias del Departamento de Cardiología de la Clínica han implantado por primera vez en España un desfibrilador totalmente subcutáneo (colocado por debajo de la piel). Se trata de un dispositivo indicado para personas que sufren arritmias ventriculares (potencialmente mortales), que pueden ser debidas a infartos, patologías hereditarias o congénitas u otras cardiopatías.

En términos generales, los desfibriladores son aparatos que detectan las arritmias y las tratan mediante una descarga eléctrica que consigue recuperar el ritmo del corazón. Los desfibriladores convencionales constan de un generador de energía eléctrica que se coloca en el paciente bajo la clavícula, mediante una incisión lateral próxima a la axila. El generador está conectado a un cable que se introduce hasta el corazón a través de una vena. En caso de que el paciente que porta el desfibrilador sufra una arritmia, el dispositivo emite una descarga eléctrica que consigue restablecer el ritmo cardiaco, devolviéndole la frecuencia normal y evitando la muerte del paciente.

Si bien el funcionamiento es similar, las dos partes del nuevo dispositivo, tanto el generador de energía o batería como el cable que conduce la descarga, se colocan de forma subcutánea, de modo que no es necesario acceder hasta el corazón. Esta peculiaridad

Los doctores Naiara Calvo y José Ignacio Garcia Bolao (director de Cardiología) durante el procedimiento de implante del desfibrilador subcutáneo.

aporta importantes ventajas. La primera, que puede salvar la vida de aquellos pacientes en los que no sea posible el acceso del electrodo hasta el corazón mediante cables intravenosos.

PRIMER PACIENTE. Este es el caso del primer paciente al que le han implantado el desfibrilador subcutáneo los cardiólogos de la Clínica, los doctores Ignacio García Bolao y Naiara Calvo Galiano, especialistas en arritmias cardíacas. Se trata de un varón de 32 años con una cardiopatía congénita con riesgo de sufrir arritmias graves. Debido a una intervención realizada con anterioridad, resultaba imposible el acceso hasta el corazón con el cable propio de un desfibrilador convencional. "El nuevo dispositivo se convertía así en la única solución para tratar a este paciente, ya que al implantarlo de forma subcutánea se evita la necesidad de que el cable llegue hasta el propio corazón", subraya la doctora Calvo.

> Este dispositivo puede salvar la vida de pacientes en los que no sea posible el acceso del electrodo hasta el corazón mediante cables intravenosos.

> El nuevo desfibrilador, al ser subcutáneo, ofrece mucha más facilidad para los cambios de materiales que sean necesarios.

OTROS BENEFICIOS. Además de que no es necesario acceder al corazón, otras ventajas del desfibrilador subcutáneo residen en evitar las complicaciones derivadas de esta circunstancia, como puede ser la posibilidad de que se mueva el electrodo, elimina las posibilidades de lesión vascular y reduce el riesgo de infecciones.

Para poder implantar el desfibrilador subcutáneo es necesario realizar en el paciente "una serie de mediciones que establezcan la posición adecuada del cable para detectar el ritmo del corazón. El cable del nuevo dispositivo presenta unas características especiales, de forma que con una instalación subcutánea ofrece la misma eficacia que el convencional", argumenta la cardióloga.

Entre los pacientes indicados para la implantación del desfibrilador subcutáneo frente al habitual figuran aquellos en los que sea imposible el acceso al corazón por una vena adecuada, así como los pacientes pediátricos, ya que en ellos, con los años, puede ser necesario cambiar el cable. El nuevo dispositivo, al ser subcutáneo, ofrece mucha más facilidad para los cambios de materiales precisos, "ya que evita entrar de nuevo en la vena y en el corazón. Por este motivo es muy beneficioso también en aquellos pacientes con patologías con riesgo bajo de arritmias. De este modo, se evitan los inconvenientes y los riesgos de tener que acceder hasta el corazón", afirma la facultativa.

El tiempo necesario para este procedimiento es similar al que se precisa para el convencional, situado en torno a una hora. Para implantar el nuevo desfibrilador no es necesaria anestesia general, puede colocarse mediante sedación y el ingreso hospitalario es de 24 horas. En todos los tipos de desfibriladores es necesario realizar un cambio de batería, normalmente, cada 5 a 8 años.

MÁS INFORMACIÓN
Visite la página web http://bit.ly/desfibrilador-subcutaneo

Rehabilitación del suelo pélvico: nuevo equipo inalámbrico para mayor precisión y confort

El equipamiento adquirido por el Servicio de Rehabilitación es el único que permite trabajar en carga (de pie), además de en sedestación y en los diferentes decúbitos

CUN ■ Tratar y medir la rehabilitación del suelo pélvico mediante un sistema inalámbrico (tecnología sin hilos o cables) es el principal avance que incorpora el nuevo equipamiento de última tecnología adquirido por el Servicio de Rehabilitación de la Clínica Universidad de Navarra. La ausencia de cables entre el dispositivo que porta el paciente y la unidad central, que refleja la actividad rehabilitadora y desde donde se controla y programan los ejercicios, supone "un avance muy importante respecto a otros equipos ya existentes, al proporcionar un mayor confort para el usuario a la hora de efectuar los ejercicios de rehabilitación", destaca la doctora Milagros Casado, directora del Servicio.

La unidad móvil o parte del dispositivo que lleva el paciente, se denomina POD. Uno de los tipos de POD que incorpora el nuevo equipo es el de corrientes interferenciales con electrodos de superficie "que permite atravesar mejor los tejidos y alcanzar los planos profundos en todos aquellos casos en los que no se puede acceder a través de vías naturales para la estimulación de la musculatura implicada", subraya la especialista.

SISTEMA ERGONÓMICO AVANZADO. El dispositivo incorpora así un sistema de ergonomía avanzado, aspecto de gran importancia para la correcta realización de los ejercicios de electroestimulación y biofeedback (sistema de retroalimentación que refleja en una pantalla, por medio de gráficos, la funcionalidad del suelo pélvico o de la región anatómica que se esté valorando).

La condición inalámbrica del nuevo dispositivo "permite trabajar en diferentes posiciones, tanto en carga (de pie), en sedestación, así como en los distintos decúbitos (tumbado)", indica Camino Pérez de Ciriza, quien junto a Raquel Aguirre constituye el equipo de fisioterapeutas especializadas en la rehabilitación de suelo pélvico y, en concreto, en el funcionamiento de la nueva tecnología.

El nuevo equipo permite aplicar corrientes de estímulo más intensas con mayor tolerancia y confort para el paciente.

El POD de corrientes interferenciales con electrodos de superficie permite atravesar mejor los tejidos y alcanzar los planos profundos.

Al ser inalámbrico permite diversificar las posiciones y simplifica la puesta en marcha de la sesión.

El equipamiento consta además de un pelvímetro para el diagnóstico y tratamiento de las diversas disfunciones del suelo pélvico. Ofrece también la posibilidad de valoración por manometría de las alteraciones en el área de la coloproctología (disfunciones ano-rectales).

Los ejercicios de electroestimulación (estimulación de determinadas zonas musculares mediante la aplicación de impulsos eléctricos de distintas intensidades a través de electrodos colocados en la piel o intracavitatorios por sondas) también se ven favorecidos al prescindir de cables

De izquierda a derecha, la fisioterapeuta Raquel Aguirre, la doctora Milagros Casado y la fisioterapeuta Camino Pérez de Ciriza junto al nuevo equipo.

entre la unidad central y el paciente. "Esta circunstancia permite diversificar las posiciones, simplifica la puesta en marcha de la sesión y aporta flexibilidad a estos tratamientos de electroestimulación", señalan las fisioterapeutas.

TRATAMIENTO DE DIVERSOS TRASTORNOS. En la mujer, los principales trastornos para los que se emplea este sistema de rehabilitación son, la incontinencia urinaria de esfuerzo y de urgencia, los trastornos post parto, las incontinencias de gases o fecales, los dolores causados por la episiotomía, así como los dolores pélvicos y músculo-tendinosos del pre y del post parto, entre otras indicaciones, señalan las especialistas.

En el hombre, apuntan, las indicaciones prioritarias para las que se utiliza el nuevo equipamiento se dirigen, principalmente, al tratamiento de la incontinencia tras una intervención de próstata (prostatectomía), la preparación previa a una cirugía de próstata, así como la reeducación de los reflejos de la continencia anal.

El nuevo dispositivo se emplea de forma general para el tratamiento del estreñimiento.

COMPONENTES DEL NUEVO EQUIPAMIENTO. Para conseguir que el sistema funcione de forma inalámbrica, el nuevo dispositivo consta de una unidad central dotada de pantalla táctil en color y una consola móvil desde la que se programa y controla de forma informática la ejecución de los ejercicios. Además consta de varios PODs. Un POD es una unidad móvil de electroestimulación y biofeedback (retroalimentación) que porta el paciente y que comunica, de forma inalámbrica, la intensidad y el trabajo que realiza a la unidad central. Cada POD transmite y visualiza los datos de forma instantánea en la pantalla de la consola. Según el tipo de ejercicios que sea necesario realizar, el POD va conectado a la sonda o a los electrodos de superficie, y se sujeta a la ropa del paciente mediante un sencillo clip.

En definitiva, añade la doctora Casado, "el nuevo dispositivo se concibe como un equipamiento evolutivo y de gran flexibilidad que se adapta a todas la necesidades y formas de trabajar. Se trata de un producto que permite su configuración según las necesidades del paciente al que se esté rehabilitando".

CLAVES DEL EQUIPO

- **Software sencillo y completo.** El especialista selecciona un programa de rehabilitación a partir de la patología o de la acción terapéutica que considere necesaria en cada caso. Además, en la pantalla táctil, puede modificar para ajustar cualquiera de los múltiples parámetros del programa elegido.
- **Asistente terapéutico.** Dispone de un asistente terapéutico que tras responder a preguntas sobre los signos clínicos del paciente le ofrecerá respuestas y propondrá un protocolo terapéutico con diversos programas de tratamiento.
- **Programar y crear.** El fisioterapeuta puede programar y crear corrientes, envolturas, perfiles incitativos, fases y secuencias, incluso programas completos de tratamiento.
- **Chequeo perineal.** El equipo permite realizar al paciente un chequeo inicial de valoración tanto en decúbito (tumbado) como en carga (de pie) y a partir de estos parámetros calibra la sesión de tratamiento.

Lorenzo Silva "Todo el mundo tiene al menos una buena historia y todos necesitan contarla"

El escritor Lorenzo Silva, ganador del último premio Planeta, presentó en la Clínica el relato **'Todo suena'**, sexto volumen de la colección 'Historias de la Clínica'

CUN ■ "Todo el mundo tiene una o varias historias buenas y todo el mundo necesita contarlas", ha subrayado el escritor Lorenzo Silva, galardonado con el último premio Planeta, durante la presentación en la Clínica Universidad de Navarra de "Todo suena", sexto relato de la colección 'Historias de la Clínica' del que es autor. En el texto, el escritor de "La marca del meridiano" (novela que le ha merecido el Planeta) aborda la historia de superación de Anuca Aísa Blanco, aquejada de una sordera progresiva debido a una hipoacusia neurosensorial severa en ambos oídos. La paciente fue intervenida por profesionales del equipo de Otorrinolaringología de la Clínica, liderados por el doctor Manuel Manrique, en dos ocasiones distintas. Durante las dos cirugías se le colocaron sendos implantes cocleares, uno en noviembre de 2005 y el segundo en noviembre de 2009.

Lorenzo Silva compareció en la presentación de 'Todo suena' junto a la paciente, al director general de la Clínica, José Andrés Gómez Cantero, y al doctor Manuel Manrique. El escritor agradeció al centro hospitalario la invitación para realizar "este trabajo que me ha resultado tan enriquecedor, tanto desde el punto de vista personal como literario". Agradeció especialmente a Anuca el haberle brindado su historia "por su generosidad, su confianza y su sinceridad".

Por su parte, el director del centro hospitalario quiso destacar que "en estos tiempos en los que desgraciadamente la Sanidad es portada de muchos periódicos", la Clínica pretende con estos relatos "aportar una visión humana de la enfermedad, y sobre todo del modo en que debemos aproximarnos a esa enfermedad, tanto los pacientes como los profesionales de la salud". Abogó, en esta línea, por mantener la filosofía de ver en los pacientes no sólo a personas con una patología, "sino a personas con toda una vida y una familia detrás".

LA UTILIDAD DE LAS HISTORIAS. A lo largo de tres décadas de oficio como escritor, Lorenzo Silva advirtió que ha llegado a la conclusión de que "las historias no sólo son una forma de entretenimiento o de distracción. Las historias son útiles". Recordó entonces la entrevista que llegó mantener en la cárcel con un conocido preso, 'El Vaquilla', a quien al despedirse le preguntó si podía hacer algo por él. Silva aseguró que el recluso le pidió de forma conmovedora que le enviara libros "porque gracias a los libros él seguía vivo".

Silva se refirió a la historia de Anuca como "un ejemplo clásico de historia". Reveló que la de esta paciente es del tipo de historias que a él le gustan más, porque las historias que tienen un rasgo de adversidad son las

EL LIBRO

- **Título:** Todo suena.
- **Autor:** Lorenzo Silva
- **Edita:** Clínica Universidad de Navarra
- **Número de páginas:** 56
- **Número de ejemplares:** 15.000
- **Edición:** no venal
- **Petición:** Si desea recibir un ejemplar gratuito envíenos su dirección postal a la dirección de correo electrónico: noticiascun@unav.es

De izquierda a derecha, Lorenzo Silva, Anuca Aísa Blanco, José Andrés Gómez Cantero, director general de la Clínica, y el doctor Manuel Manrique.

que más nos enseñan, cuando las vivimos y cuando nos las cuentan, siempre que se trate de adversidades que hayamos sabido gestionar bien". Realmente, esas son las historias que nos construyen, tanto al que la vive, como al que la cuenta y al que se la cuentan".

SUPERAR UNA DESVENTAJA. Para el escritor, la experiencia de Anuca Aísa es "la de una persona que a una edad relativamente temprana descubre que tenía una desventaja frente a los demás". Destaca la forma de luchar contra esa desventaja y cómo con la fuerza de la persona y la ayuda terapéutica consigue superar esa dificultad. "Y ese –destaca– es un camino de construcción de la persona, de lo mejor que tiene esa persona". En definitiva, el escritor afirma que de todo el relato se quedaría con que "se trata de una historia de superación personal en la que afortunadamente la protagonista acierta a tener el concurso y la ayuda de otras personas". Para Silva, en este sentido, "Todo suena" resulta un libro "esperanzador", que alienta "a luchar y a no rendirse porque aunque es cierto que las dificultades pueden ser muy grandes, lo que llevamos dentro de todos también lo es".

"GRACIAS POR LA VIDA QUE TENGO". La protagonista del libro tuvo palabras de agradecimiento para todo el equipo médico que le ha atendido y, especialmente, para el doctor Manrique, "porque son las personas a las que debo la vida que tengo ahora".

Agradeció también al escritor su forma de plasmar "lo que he sentido durante todos estos años, de un modo que ni yo misma he sabido expresar". Y por último tuvo un emotivo reconocimiento para su familia, su madre, sus tres hijos, y su marido, José Mª. "Si este libro –apuntó– sirve para que una persona que se está quedando sorda sea capaz de ver el futuro con optimismo y de ver la luz al final del túnel, habrá servido para algo".

Para el doctor Manrique, tanto Anuca como Lorenzo "nos acercan a través de su historia a un problema de muchas personas, el de la sordera. Nos acercan a algo esencial para las personas, la audición, porque a través de ella desarrollamos un código de comunicación con el que nos relacionamos con las personas y aprendemos a expresar nuestros pensamientos. Algo esencial para el ser humano". Calificó así de "relevante" el hecho de profundizar a través del libro, en el problema de una persona que pierde un sentido tan importante y, sobre todo, "cuando se hace aportando esperanza y una visión positiva del problema".

CURRÍCULUM

Lorenzo Silva (Madrid, 1966) estudió Derecho y trabajó como abogado en una gran empresa del sector energético hasta 2002. Desde entonces se dedica de lleno a la escritura. Ha ganado, entre otros, los premios Ojo Crítico 1998 (El lejano país de los estanques); Nadal 2000 (El alquimista impaciente); Primavera 2004 (Carta blanca); Albaga de ensayo 2010 (Sereno en el peligro); y Planeta 2012 (La marca del meridiano). En la actualidad, vive a caballo entre Getafe y Viladecans y se ha convertido así en madrileño intermitente y forastero en tierras catalanas, con lo que va camino de cumplir su sueño de ser un poco extranjero en todas partes.

MÁS INFORMACIÓN
Visite la página web
http://bit.ly/todo-suena

INAUGURACIÓN

Urgencias estrena instalaciones de última tecnología

Los nuevos espacios constituyen una renovación de las dependencias existentes y una ampliación en más de 100 m² respecto al anterior

CUN ■ La Clínica ha estrenado recientemente sus nuevas instalaciones del Servicio de Urgencias. Las renovadas dependencias suponen una ampliación en 110 m² respecto a los anteriores espacios destinados a la atención de casos urgentes. La superficie útil queda así ampliada a 300 m². Además de la modernización e incremento de la totalidad de los espacios, el Servicio de Urgencias se ha dotado también de equipamiento de última tecnología. Entre otros logros, destaca un tiempo medio de espera inferior a 20 minutos antes de ser atendido, así como que la mayor parte de las patologías son asistidas por el especialista correspondiente.

El equipo de profesionales que constituye este servicio está integrado por el director del departamento, la supervisora, secretaria, 16 enfermeras, 5 auxiliares, además de 17 médicos de diferentes especialidades que realizan guardias en el servicio.

SALA PARA PACIENTES CRÍTICOS. Entre el nuevo aparataje adquirido, cabe destacar un brazo articulado integrado por una torre con todos los dispositivos necesarios para atender pacientes críticos: monitor, respirador móvil, desfibrilador, sistema de ventilación artificial de vía aérea, aspiración y oxígeno. Dicho dispositivo se ubica en una sala o box específica para la atención de los pacientes críticos, entre los que figuran aquellos con síntomas propios de infarto de miocardio, ictus, traumatizados, disneas súbitas (dificultad respiratoria repentina), así como alteraciones del nivel de conciencia.

El acceso a este espacio se ha diseñado para que pueda hacerse de forma inmediata y directa desde la puerta principal de Urgencias. Dicha entrada sigue ubicada en la calle Irunlarrea, frente al edificio de la Facultad de Ciencias de la Universidad de Navarra. Respecto a este acceso, permanecen a punto de finalizar las obras para habilitar una nueva rampa paralela a la carretera, con el fin de facilitar la llegada, circulación y salida de ambulancias y vehículos.

HABITACIONES INDIVIDUALES PARA CASOS EN OBSERVACIÓN. El anterior espacio común destinado a pacientes en observación se ha compartimentado en 5 habitaciones individuales, cada una de ellas con baño propio, sistemas de monitorización, de telemetría y televisión. El conjunto de esta área ha ampliado su superficie en 18 m2 hasta alcanzar un total de 60 m² . Cabe subrayar que la zona de observación queda aislada del resto del servicio.

Además, se ha habilitado una sala más de exploración y consulta hasta llegar a 5, con un total de 50 m² . Los boxes destinados a este fin también están dotados de monitorización. El personal de enfermería atien-

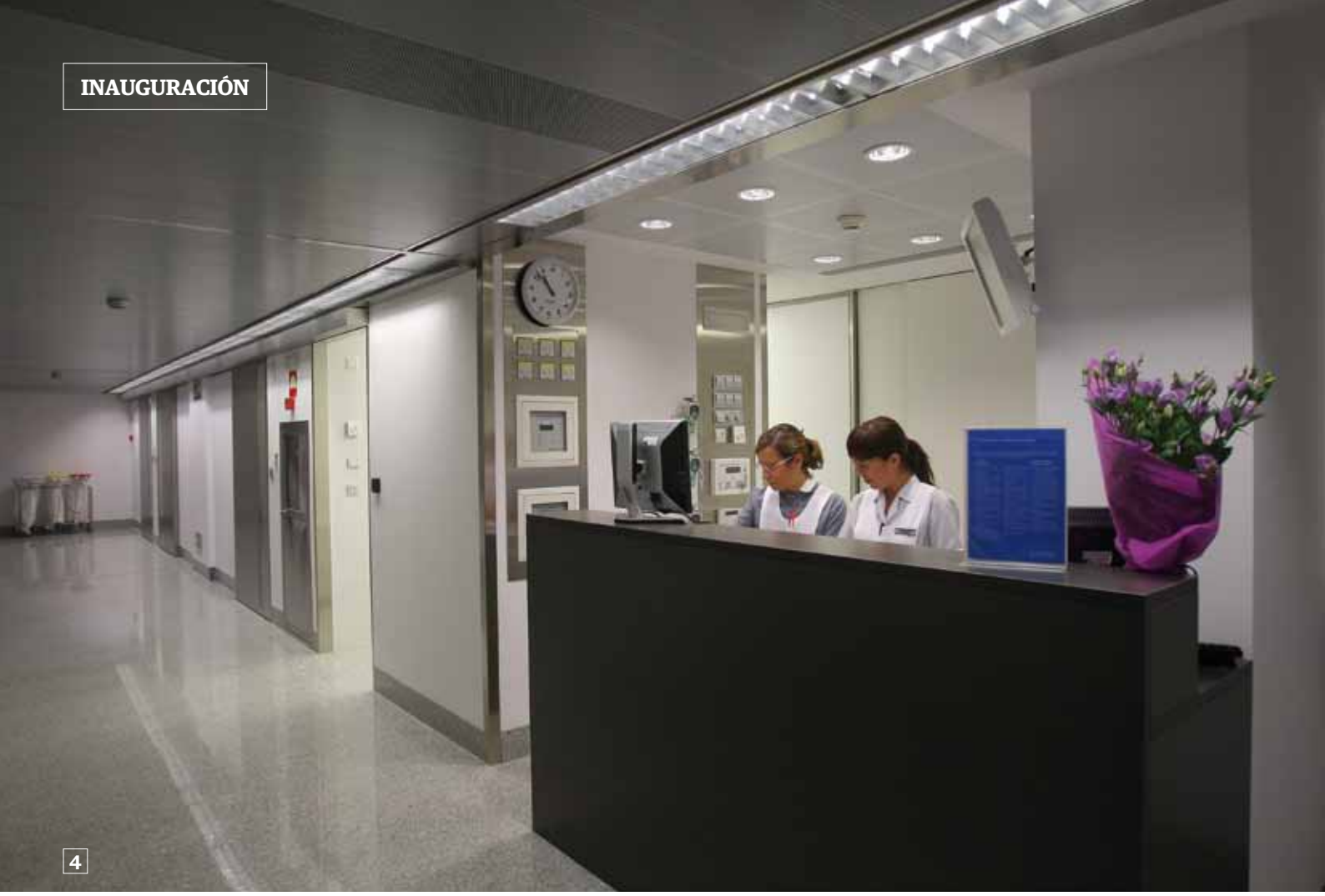
PASA A LA PÁG. 20 >>

1

2

1. Acceso. El acceso a la nueva zona de Urgencias muestra a la derecha la sala de espera y a la izquierda, admisión.
2. Equipo de Urgencias. Una representación del equipo de Urgencias: sentadas en primera fila, las enfermeras Cristina Vila y Silvia Echeverría. De pie, de izda a dcha, la enfermera Lucía Sánchez, el doctor José Javier Varo (director), la enfermera supervisora Isabel Iturrioz y las auxiliares Ainara Durán y Mª Paz Andueza.
3. Sala de críticos. Las nuevas instalaciones se han dotado de una sala con equipamiento de última tecnología para la atención inmediata y específica de pacientes críticos.

3



4

<<VIENE DE LA PÁG.18

de la vigilancia de las diferentes monitorizaciones desde la zona de control.

Los pacientes pueden acceder al Servicio de Urgencias desde la entrada de Irunlarrea o desde cualquiera de las otras dos entradas de la Clínica, llegando a la segunda fase (paralela a la calle Irunlarrea) del edificio hospitalario en su planta baja. La recepción primera de las urgencias se realiza en la sala de triaje, donde una enfermera le solicitará el motivo de consulta, los datos del paciente y valorará la potencial gravedad de sus síntomas.

La sala de espera también se ha ampliado respecto a la del antiguo servicio y ocupa un total de 23,6 m2. En esta renovación, la zona de espera se ha dotado de numerosas tomas de oxígeno en previsión de posibles emergencias multitudinarias que hagan necesaria la atención simultánea de numerosos pacientes con problemas respiratorios. En el conjunto de los espacios, se ha habilitado también una sala para la preparación de medicamentos destinada al personal de enfermería, además de otro espacio o sala de trabajo para los facultativos.

ESTÁNDARES DE CALIDAD. Según señala el director del Servicio de Urgencias de la Clínica, el doctor José Javier Varo Cenarruzabeitia, las renovadas instalaciones "ofrecen todos los estándares de calidad recomendados por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias". De este modo, esta área médica, "se convierte en un espacio de vanguardia, dotada con todos los recursos y materiales de última generación", indica. "Está perfectamente preparado para prestar una asistencia urgente de calidad que opta a la excelencia, ya que las nuevas instalaciones facilitan mucho la asistencia al tiempo que la hacen más cómoda y confortable para el paciente, acorde con los avances sanitarios actuales", describe el especialista.

5

6

4. Control. El personal de enfermería atiende la vigilancia de las diferentes monitorizaciones desde la zona de control.

5. Boxes de observación. 5 habitaciones individuales, cada una de ellas con baño propio, sistemas de monitorización, de telemetría y tv.

6. Sala preparación de medicamentos. Habilitada para ell personal de enfermería.

8. Sala de espera. Se ha dotado de numerosas tomas de oxígeno en previsión de posibles emergencias multitudinarias.

9. Sala médicos. Espacio habilitado para el trabajo de los facultativos.

LAS NUEVAS INSTALACIONES DEL SERVICIO DE URGENCIAS

La reforma dota a la planta de urgencias de la Clínica Universidad de Navarra de 110m^2 adicionales, además de un nuevo equipamiento de última tecnología, una nueva sala de críticos y cinco habitaciones individuales para los pacientes en régimen de observación.

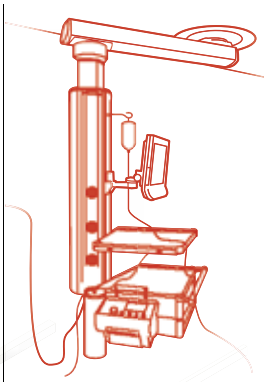
Sala de espera

Cuenta con **tomas de oxígeno** para responder ante posibles emergencias multitudinarias.

Entrada principal: C. Irunlarrea

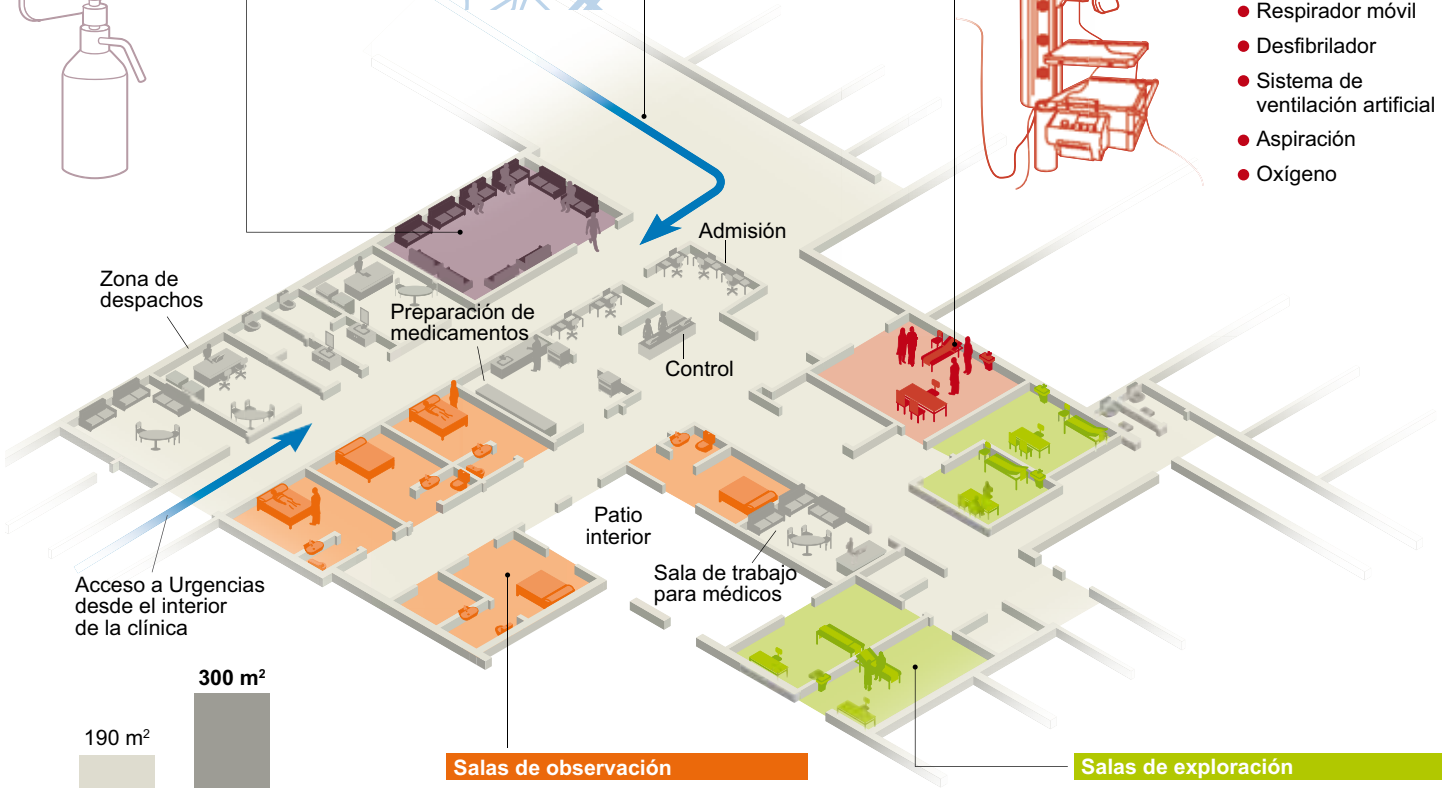
La puerta principal de urgencias es accesible directamente desde la calle.

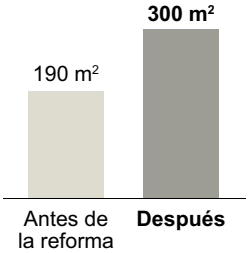
Sala de críticos



Cuenta con un brazo articulado con los dispositivos necesarios para atender pacientes críticos:

- Monitor
- Respirador móvil
- Desfibrilador
- Sistema de ventilación artificial
- Aspiración
- Oxígeno





Salas de observación

Lo que antes era un espacio común se ha reformado para crear **cinco habitaciones individuales** con baño propio, sistemas de monitorización, de telemetría y televisión.

Salas de exploración

Se ha creado una más (la sala de críticos), alcanzando un total de cinco. Dotadas de monitorización y vigiladas desde la zona de control por el personal de enfermería.

Una técnica para extirpar las amígdalas reduce a la mitad las complicaciones postoperatorias

De izquierda a derecha, la enfermera Inmaculada Esparza, los doctores Francisco Javier Cervera, Luz Barona (residente) y Jorge de Abajo (residente), la enfermera Salomé San Bruno y el doctor Peter Michael Baptista.

La Clínica, que lleva a cabo este procedimiento desde 2008, es el centro hospitalario español con más experiencia en su aplicación

CUN ■ Una técnica que emplea la Clínica para la extirpación de las amígdalas reduce a la mitad las complicaciones derivadas de la intervención. Así se desprende de un estudio realizado en cerca de 500 pacientes que se han sometido a una amigdalectomía en este centro hospitalario.

La Clínica, que aplica desde 2008 esta técnica denominada sellado de tejidos, es el único centro navarro que la lleva a cabo y el que más experiencia acumula en su práctica entre los hospitales españoles. "El procedimiento se realiza mediante una pinza que incorpora en el centro un hilo muy fino que transmite calor de manera muy localizada. De esa manera, al mismo tiempo que sella o cauteriza el tejido, lo corta, de manera que evita el sangrado", explica el doctor Francisco Javier Cervera Paz, autor del citado estudio junto al doctor Peter Baptista Jardín, ambos especialistas del Departamento de Otorrinolaringología.

Precisamente, apuntan, al reducir la lesión en la zona intervenida, porque el calor se difunde en un área muy limitada, las complicaciones son menores. "Una de sus ventajas es que casi parece que no ha habido intervención porque la zona queda limpia. Cuando el tejido no sufre mucho daño, la inflamación local es menor, y la cicatrización muy buena, lo que reduce el riesgo de complicaciones.

Un estudio demuestra que la amigdalectomía mediante el sellado de tejidos conlleva menos hemorragias y dolor tras la intervención

Las principales indicaciones que aconsejan la extirpación de las amígdalas –tejido linfático situado a ambos lados de la garganta– son la amigdalitis recurrente o inflamación de este tejido y los trastornos obstructivos de la respiración. En el caso de los adultos, cerca de un 80% de las operaciones se debe a las amigdalitis y el 20% restante, a la obstrucción respiratoria, mientras en los niños cada una de estas dos patologías supone aproximadamente la mitad de los casos.

Según detallan los especialistas, las dos complicaciones más frecuentes después de la amigdalectomía son "la hemorragia postoperatoria y el dolor tras la intervención, que conlleva una serie de consecuencias secundarias, pues hace que el paciente no coma, no tome medicación o no beba y se deshidrate".

Así, el estudio realizado en la Clínica, cuyos resultados se han presentado en el Congreso de la Academia Americana de Otorrinolaringología, se fijó en las citadas complicaciones.

UNA TÉCNICA MÁS SEGURA. Según los especialistas de la Clínica, las complicaciones de la operación, con cualquiera de los procedimientos utilizados, son más frecuentes en adultos que en niños. En este caso, "todos los pacientes operados con la técnica de sellado de tejidos presentaron menos y de menor gravedad. A corto-medio plazo, el estudio ha demostrado que las complicaciones de la amigdalectomía se reducen a la mitad en pacientes de todas las edades. Por tanto, aunque las distintas técnicas sirven para extirpar con éxito las amígdalas, a la vista de los resultados, este procedimiento resulta el más seguro para el paciente".

Además, añaden, la técnica del sellado ofrece ventajas para el cirujano. "La primera es la rapidez, ya que se emplean unos tres minutos en extirpar cada amígdala. También resulta más cómoda a la hora de intervenir, pues se trabaja en un campo sin sangre, lo que facilita la visión del cirujano".

REFERENCIA
doi: 10.1177/0194599812451426a50
Otolaryngol Head Neck Surg August 2012 vol. 147 no. 2 suppl P140

OBAS

CAFETERIA-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.

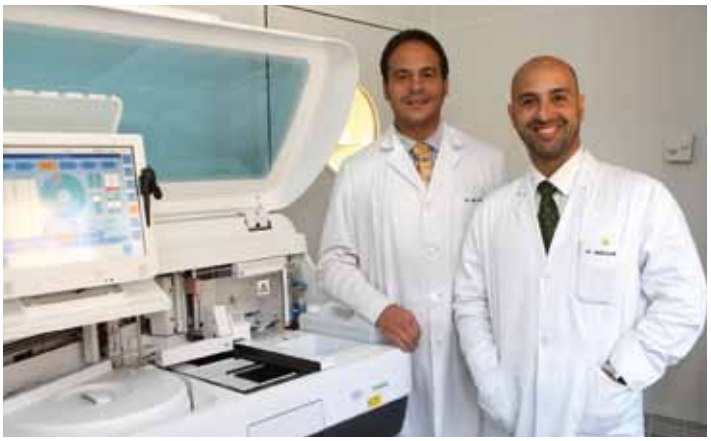
Descrito el primer caso de un occidental en riesgo vital al tratar la malaria con un medicamento falso

Publicado en The Lancet, se trata de una mujer de 28 años que contrajo malaria en Guinea Ecuatorial y tomó un fármaco falsificado que no contenía principios activos

CUN ■ Dos médicos de la Clínica firman un artículo publicado por la revista británica 'The Lancet' en el que se describe por primera vez el caso de un ciudadano occidental afectado por el consumo de un medicamento falso en un país en vías de desarrollo.

En concreto, se trata de una mujer de 28 años que contrajo la malaria en Guinea Ecuatorial y regresó a España para ser atendida al persistir los síntomas de la enfermedad, pese a estar tomando medicación adquirida en el país africano.

La publicación es obra de los doctores José Luis del Pozo, del Área de Enfermedades Infecciosas de la Clínica, y Carlos Chaccour, médico residente del Departamento de Medicina Interna del mismo centro. Ambos tienen formación sobre enfermedades tropicales y llevan a cabo proyectos de investigación sobre la malaria, que incluyen nuevas técnicas para el control de los mosquitos transmisores y métodos alternativos para la detección de antimaláricos falsos. También firman el artículo los doctores Harparkash Kaur y David Mabey, de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (Inglaterra), con la que el doctor Chaccour colabora en proyectos de investigación sobre malaria.



De izquierda a derecha los doctores José Luis del Pozo y Carlos Chaccour.

La malaria o paludismo es la enfermedad parasitaria que mayor mortalidad produce en países en vías de desarrollo. Es transmitida por la picadura de un mosquito y anualmente se producen unos 200 millones de casos (el 90% en África), que suponen entre 800.000 y 1.600.000 muertes (el 80% en África). Se calcula que unos 3,3 billones de personas se encuentran en riesgo de padecerla.

El caso publicado por 'The Lancet' ocurrió en octubre de 2011. "Se trata de una mujer de 28 años, sin patologías previas, que visita con frecuencia Guinea Ecuatorial. Al presentar los síntomas propios de esta enfermedad —fiebre, escalofríos, malestar general...— acude a un centro de salud local donde le diagnostican malaria", relatan los doctores.

La paciente había contraído la enfermedad en tres ocasiones anteriores y el tratamiento con comprimidos de artesunato había resultado efectivo. "Las otras veces se había recuperado al cabo de tres días, pero en esta ocasión no. Como persistían los síntomas, regresó a España y vino a la Clínica. Mientras esperábamos 24 horas a que llegara el tratamiento solicitado al Ministerio de Sanidad, única vía para conseguir este tipo de medicación extranjera, la concentración del parásito que tenía en la sangre se había duplicado. Llegó a tener en su sangre 50 billones de parásitos y se encontraba peor desde el punto de vista clínico y analítico, pese a que seguía tomando los com-

MALARIA: LAS FASES DE LA ENFERMEDAD

La malaria o paludismo es una enfermedad causada por un parásito que se transmite a las personas a través de la picadura de un mosquito.

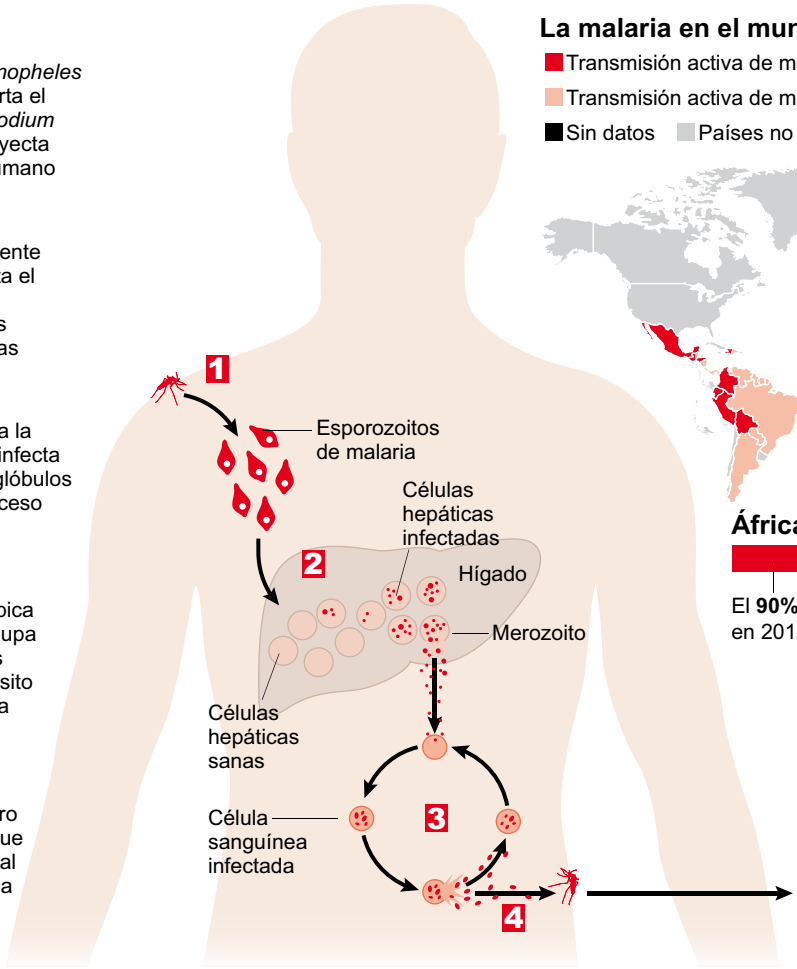
1 Un mosquito *Anopheles* hembra que porta el parásito *Plasmodium falciparum* lo inyecta en el cuerpo humano

2 Viaja por el torrente sanguíneo hasta el hígado. Allí se multiplica en las células hepáticas

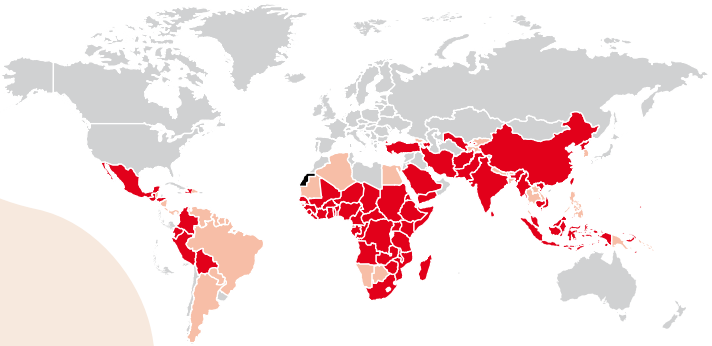
3 Sale de nuevo a la sangre, donde infecta y destruye los glóbulos rojos en un proceso cíclico

4 Otro mosquito pica al enfermo y chupa los gametocitos (forma del parásito precursora de la enfermedad)

5 El parásito se reproduce dentro del mosquito, que cerrará el ciclo al picar e infectar a otra persona sana

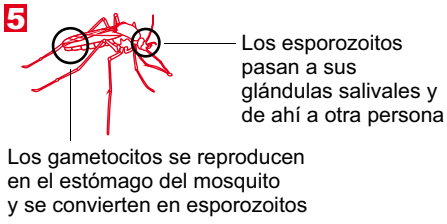


La malaria en el mundo



África, la más afectada

El **90%** de las defunciones por malaria en 2012 se produjeron en África.



Fuente del mapa: Organización Mundial de la Salud

primidos que trajo de Guinea. Eso nos hizo sospechar que el medicamento podía ser falso".

Una vez que se le administró el medicamento llegado del Ministerio, la paciente se recuperó a los tres días. "Aunque ingresó en planta, presentamos el caso en la UCI porque no sabíamos cómo iba a evolucionar y la malaria puede ser mortal en viajeros", recuerdan.

Tras recibir el alta, pidieron a la paciente que les facilitara todos los envases que tenía del medicamento y los enviaron a la Escuela de Medicina Tropical de Londres para su análisis mediante cromatografía y espectrometría de masas. "Los resultados mostraron que los comprimidos no tenían ningún principio activo. Eran una falsificación de la marca Artesunat. A veces los falsificadores los fabrican con otros ingredientes como paracetamol e incluso precursores de anfetaminas como el éxtasis", señalan los doctores Del Pozo y Chaccour.

Por otro lado, añaden, "el envase era una falsificación muy buena. Resultaba muy similar al original, aunque se apreciaban errores tipográficos y ortográficos respecto a una caja original".

ANTIPALÚDICOS FALSOS. El hecho de que este caso sea el primero descrito en el que una persona no autóctona de un país en vías de desarrollo se vea afectada por un medicamento antimalárico falso podría obedecer, según los doctores de la Clínica, "a un tráfico diferencial en el comercio de estas falsificaciones".

En concreto, la paciente había adquirido personalmente el mismo medicamento en ocasiones anteriores en farmacias de Guinea Ecuatorial y siempre había sido el producto original. "Sin embargo, esta vez envió a un ciudadano guineano a comprarlo. Aún es necesario probarlo, pero todo hace pensar que hay un tráfico diferencial. A un occidental no le venden el falsificado para no meterse en problemas, pero no ocurre lo mismo con los nativos", apuntan.

Hasta ahora, añaden, sólo existían dos casos en los que podía correlacionar el tratamiento con un antimalárico falso con consecuencias de riesgo vital: un joven en Birmania que falleció y otro en Laos, que sobrevivió. "Este caso le pone cara humana, la de una mujer europea, a un drama que seguramente mata a miles de personas en los países en vías de desarrollo", lamentan.

Recuerdan que según estimaciones recientes, un 30% de los antipalúdicos pueden ser falsos en África y el sudeste asiático, un fraude que conlleva daños: "Por un lado, puede suponer la muerte de quien lo toma. Por otro, existe un tipo de falsificación que consiste en fabricar fármacos de mala calidad. Si, por ejemplo, el medicamento tan sólo lleva un 5% de antimalárico, no solo no cura la enfermedad, sino que el parásito, al estar expuesto a una concentración mucho menor de la que le mata, se vuelve resistente a ese principio activo. Por tanto, perdería efectividad y podría matar a muchos miles de personas".

LA CIFRA

200

millones de casos anuales. La malaria o paludismo es la enfermedad parasitaria que produce mayor mortalidad en países en vías de desarrollo.

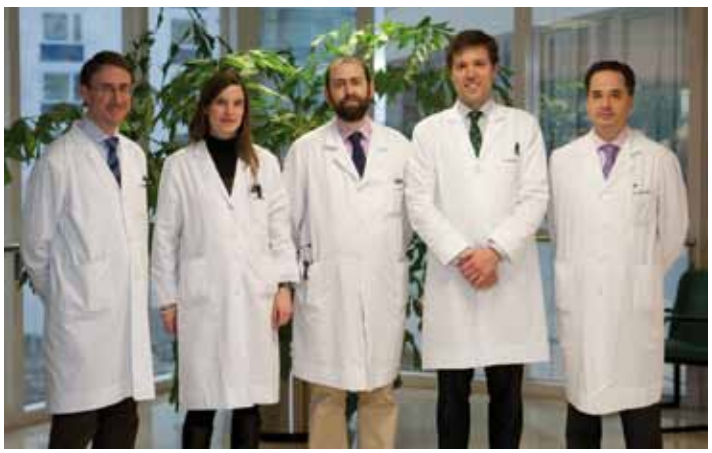
REFERENCIA THE LANCET

Carlos J. Chaccour, Harparkash Kaur, Prof. David Mabey and José L. del Pozo. *Travel and fake Artesunate: a risky business*. The Lancet (22 sept 2012) 380:1120.

Análisis de sangre para diagnosticar un determinado tumor cerebral cuando la biopsia no es posible

Las conclusiones de la investigación han sido publicadas en la revista científica 'Neurology' de la Academia Americana de Neurología

CUN ■ Un análisis de plasma permite detectar la presencia de una mutación del gen IDH1, predictiva de la existencia de un glioma (tumor cerebral), así como de su grado de malignidad, en los casos en los que por su ubicación resulta imposible realizar una biopsia. Así se ha demostrado en un estudio en el que ha participado el doctor Jaime Gállego Pérez de Larraya, especialista del Departamento de Neurología de la Clínica Universidad de Navarra. El principal objetivo del trabajo reside en poder establecer un diagnóstico certero de un glioma mediante un análisis de sangre. Las conclusiones de la investigación han sido publicadas recientemente en la revista científica Neurology, publicación oficial de la Academia Americana de Neurología. Para la investigación, dirigida por el doctor Marc Sanson, especialista del Servicio de Neurología - Mazarin del Grupo Hospitalario Pitié-Salpêtrière de París, se extrajo y analizó el ADN libre plasmático de 31 individuos sin enfermedad y de 80 pacientes con glioma. En estos últimos se había comprobado previamente el estado de la mutación en el propio tejido tumoral.



Los doctores Jose Manuel Aramendía, Sonia Tejada, Jaime Espinós, Jaime Gállego y Ricardo Díez Valle son una parte del equipo de Neurooncología.

La conclusión obtenida confirma la posibilidad de detectar la mutación del gen IDH1 en el plasma de pacientes con gliomas y, por ello, de establecer el diagnóstico de una forma no invasiva, "un aspecto muy valioso especialmente en aquellos pacientes en los que no es posible realizar una biopsia", detalla el especialista de la Clínica. Además, recuerda que, "actualmente, el diagnostico de sospecha establecido por neuroimagen sólo puede confirmarse definitivamente mediante el estudio microscópico de una muestra del propio tejido tumoral, realizado por un patólogo. Para ello es nece-

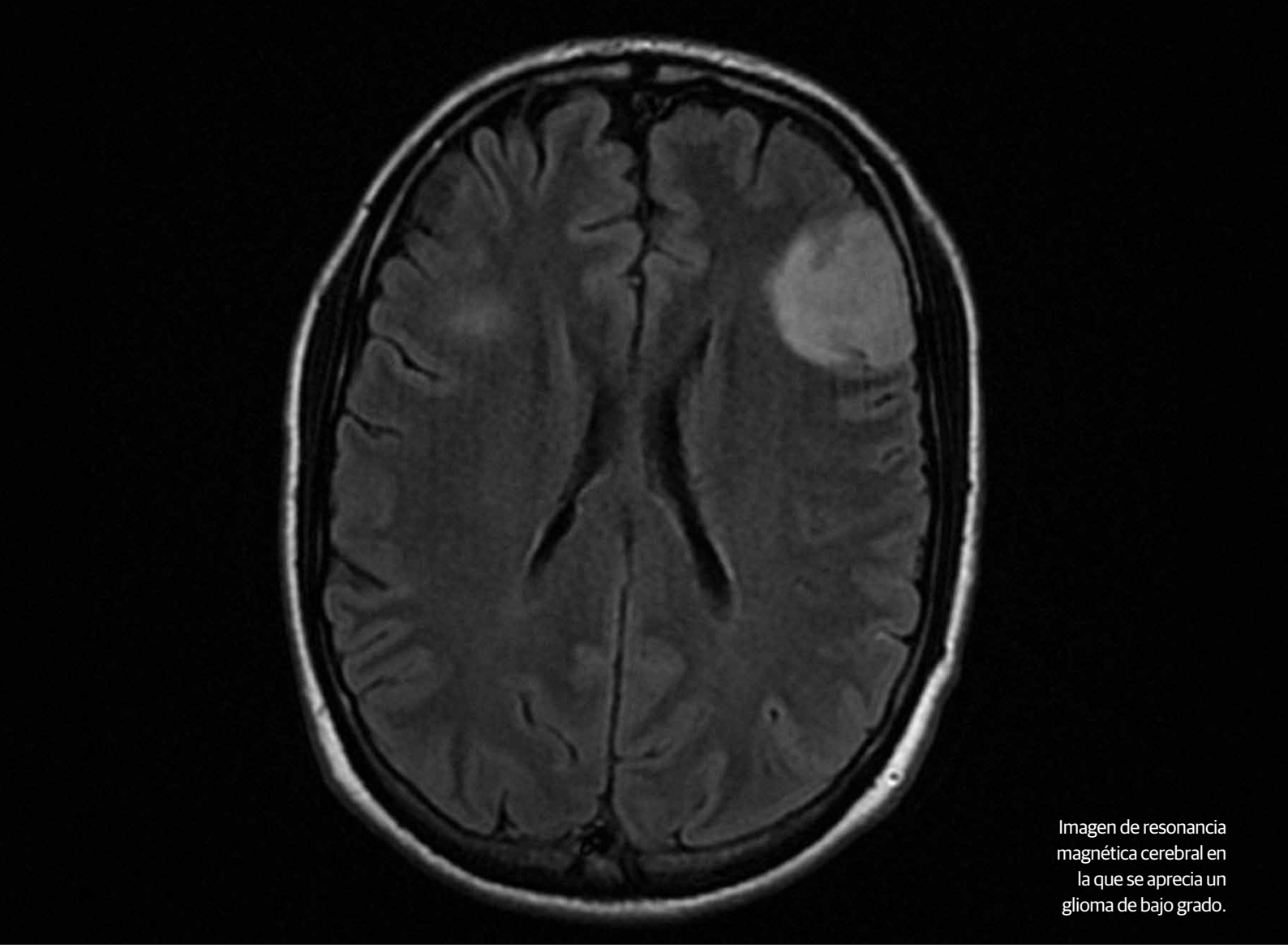


Imagen de resonancia magnética cerebral en la que se aprecia un glioma de bajo grado.

sario someter al paciente a una cirugía".

Dado que la extirpación quirúrgica de la lesión supone además un primer e importante gesto terapéutico, en la práctica, la analítica de plasma estudiada facilitaría un diagnóstico y seguimiento no invasivo "en aquellos pacientes con tumores que por su inaccesible ubicación o porque presentan un estado general muy deteriorado no pueden someterse a una intervención quirúrgica", señala el doctor Gállego. En estos casos, la posibilidad de un diagnóstico por medios no quirúrgicos permitiría, al menos, poder administrar a estos pacientes el tratamiento de radioterapia y quimioterapia necesario.

ADN TUMORAL EN SANGRE. En la investigación, la hipótesis que manejaron los científicos se centra en la premisa de que las células tumorales liberan ADN tumoral a la circulación sanguínea. La causa de este fenómeno reside, seguramente, en la ruptura de células, en su destrucción, lo que provoca que su ADN se incorpore al torrente sanguíneo. Los científicos participantes en el estudio trabajaron con el conocimiento de la existencia de mutaciones —en el código genético de las células tumorales— muy específicas de determinados tumores, que pueden tener utilidad como marcadores diagnósticos y pronósticos. "En el caso de los gliomas, para encontrar un buen marcador no invasivo, la mutación ideal tendría que ser muy frecuente, específica (que su detección pudiese traducirse en la existencia de glioma), localizarse siempre en un sitio muy concreto para poder estudiarla siempre en ese lugar, y tener trascendencia diagnóstica y pronóstica", advierte el neurooncólogo. Y en el glioma esta mutación existe. Se trata de la mutación del gen IDH1 que, según subraya el especialista, cumple las tres condiciones mencionadas.

"Es una mutación muy frecuente ya que afecta al 40% de todos los gliomas. Cabe señalar que los gliomas se clasifican en diferentes grados. En los llamados de bajo grado (evolución más lenta), la mutación en el gen IDH1 aparece entre un 75 y un 80% de los casos; en los grado 3 (más agresivos) está presente entre el 55 y el 60%, lo que quiere decir que sigue siendo frecuente", asegura.

Sin embargo, en los de mayor grado de malignidad, los glioblastomas (grado 4) el porcentaje de presencia de la mutación se reduce al 5%.

ALTA PRECISIÓN DIAGNÓSTICA Y VALOR PRONÓSTICO. Desde el punto de vista diagnóstico, presentar esta mutación y tener una lesión cerebral implica que ese tumor es glial, es decir, que es altamente específica del glioma. "Se trata, así, de una mutación que si se detecta nos permite establecer el diagnóstico, ya que no hay otros tumores cerebrales, más que el glioma, que se asocien a esta mutación", asegura. Además de su valor diagnóstico, esta mutación tiene un importante valor pronóstico, "su presencia se asocia a una evolución más favorable".

REFERENCIA

Detection of IDH1 mutation in the plasma of patients with glioma. Blandine Boisselier, Jaime Gállego Pérez-Larraya, Marta Rossetto, et al. Neurology 2012;79;1693; Published online before print October 3, 2012; DOI 10.1212/WNL.0b013e31826e9b0a

INVESTIGACIÓN

Un nuevo medicamento hormonal reduce un 37% el riesgo de fallecer por cáncer de próstata avanzado

Según un ensayo clínico, publicado en The New England Journal of Medicine, que ha contado con la participación de centros hospitalarios de 15 países y de 1.199 pacientes

CUN ■ Un nuevo medicamento hormonal (enzalutamida) ha logrado disminuir un 37% el riesgo de fallecer por cáncer de próstata avanzado y un 75% el riesgo de que el nivel de PSA se incremente, al tiempo que mejora la calidad de vida de los pacientes, según los resultados obtenidos en un ensayo clínico multicéntrico internacional en el que ha participado la Clínica.

De hecho, tal y como apunta el doctor Ignacio Gil Bazo, especialista del Departamento de Oncología de la Clínica, "estos resultados tan espectaculares llevaron a una suspensión anticipada del ensayo clínico y se ofreció a los pacientes que estaban tomando placebo la posibilidad de recibir enzalutamida".

Se trata de un estudio liderado por el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de Nueva York en el que han intervenido hospitales de 15 países y han tomado parte 1.199 pacientes. Los resultados fueron publicados el pasado septiembre en la revista norteamericana The New England Journal of Medicine.

De izquierda a derecha, el doctor José Luis Pérez Gracia, Iosune Goicoetxea (enfermera), Susana Butrón (auxiliar), Ana Ojer (enfermera), Leyre Resano (enfermera), Mercedes Egaña (monitora), el doctor Ignacio Gil Bazo, investigador principal del ensayo, y Elena Navarcorena, enfermera.

En concreto, el ensayo se ha centrado en estudiar los efectos de un nuevo tratamiento hormonal oral llamado enzalutamida e iba dirigido a pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a castración (es decir, que sigue creciendo pese a que la terapia hormonal mantiene la testosterona a niveles muy bajos) que previamente hubieran recibido tratamiento de quimioterapia.

MEJORAS EN TODOS LOS PARÁMETROS. "Del total de participantes en el ensayo, 800 recibieron una dosis diaria de 160 miligramos de enzalutamida y los otros 399 tomaron un placebo", explica el doctor Ignacio Gil Bazo investigador principal del estudio por parte de la Clínica, en el que también ha participado como monitora la enfermera Elena Navarcorena Zabalza, de la Unidad de Ensayos Clínicos del Departamento de Oncología.

Además de los resultados, el doctor Gil Bazo detalla las ventajas de este tratamiento hormonal: "Tiene menor toxicidad que la quimioterapia, se administra por vía oral —una pastilla diaria— y presenta muy pocos efectos secundarios, como la

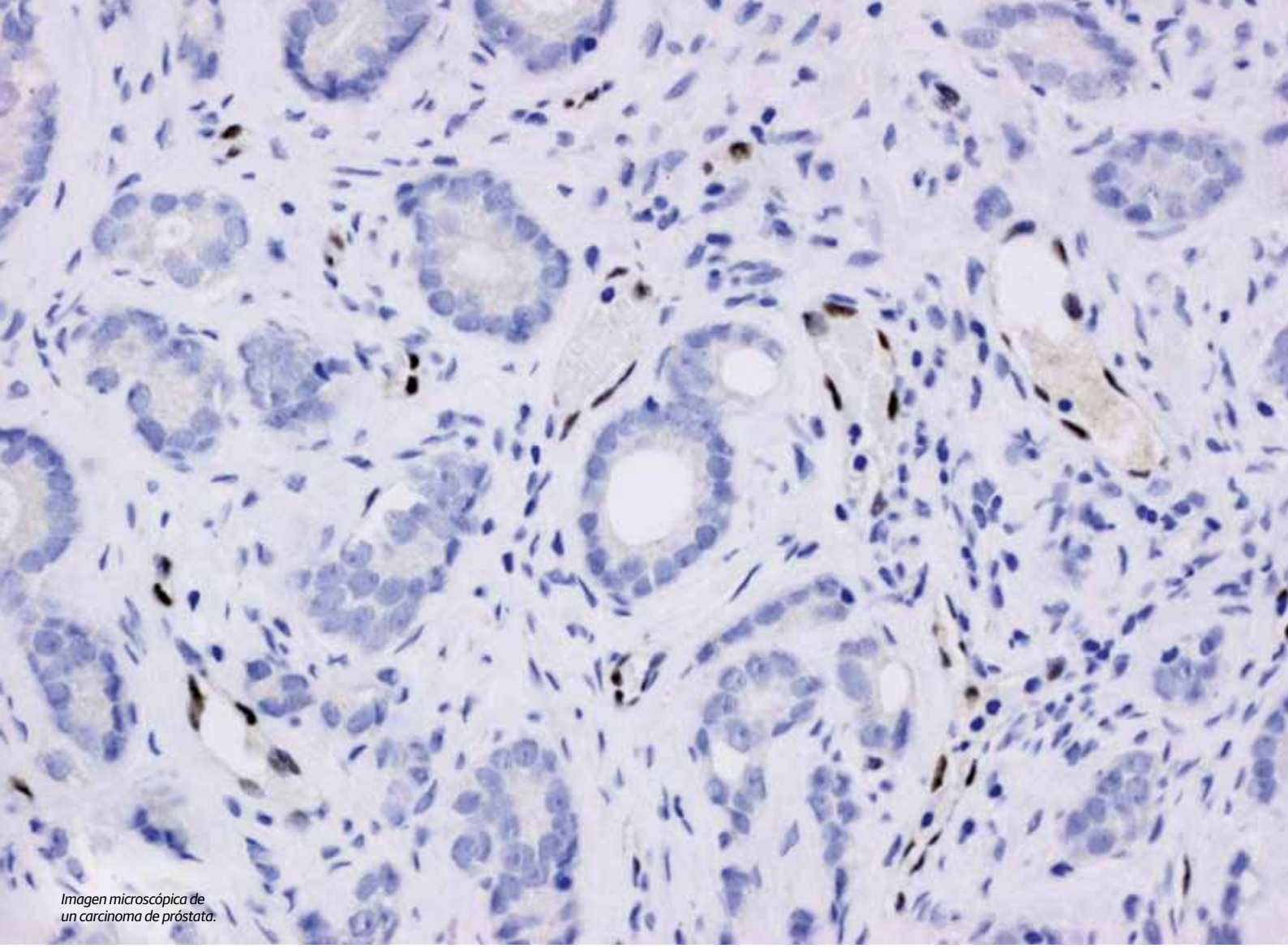


Imagen microscópica de un carcinoma de próstata.

fatiga o los sofocos, que además el paciente ya conoce por haber tomado anteriormente otros fármacos hormonales".

En cuanto a los efectos, destaca la "mejoría en todos los parámetros estudiados", concretada en "un incremento significativo y relevante de la supervivencia global". Igualmente, continúa el especialista de la Clínica, el estudio ha demostrado que el tratamiento con enzalutamida reduce el nivel del PSA (antígeno prostático específico) en más de un 50%, en la mayoría de los pacientes. "Mejora igualmente la tasa de respuestas de lesiones en tejidos blandos, como ganglios, lesiones hepáticas...; la calidad de vida; aumenta el tiempo que transcurre hasta la siguiente subida del PSA; y el tiempo hasta el primer evento esquelético relacionado con la enfermedad, por ejemplo la rotura de un hueso".

> El estudio se centró en pacientes con cáncer metastásico resistente a castración que ya hubieran recibido quimioterapia

NUEVOS FÁRMACOS HORMONALES EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS. El cáncer de próstata, explica el doctor Gil Bazo, "es el más frecuente en hombres a partir de los 50 años de edad. En los dos últimos años se han desarrollado cuatro nuevos fármacos y recobra importancia el tratamiento hormonal, incluso tras el tratamiento con quimioterapia, lo cual es un motivo de enorme esperanza para el paciente".

Por esta razón, añade, ha cambiado el modelo de abordaje de la enfermedad. "Cuando el tumor se detecta en una fase precoz, se realiza un tratamiento radical con cirugía, radioterapia o braquiterapia. A partir de ahí, la enfermedad podía progresar o no hacerlo. Cuando se reproducía, se consideraba que la enfermedad era sensible al tratamiento hormonal porque son las hormonas masculinas las que generan el crecimiento de las células tumorales".

Tal como detalla el especialista de la Clínica, "en la mayoría de los pacientes la enfermedad dejaba de ser sensible al tratamiento hormonal al cabo de año y medio o dos años. Desde 2004, el tratamiento estándar en esa situación es docetaxel, un quimioterápico capaz de controlar la enfermedad en dicha circunstancia".

Sin embargo, la aprobación el pasado enero en España de otro fármaco hormonal llamado abiraterona y los resultados del ensayo clínico con enzalutamida han cambiado el paradigma terapéutico para los tumores que continúan siendo resistentes a castración tras recibir quimioterapia. "Supone la apertura de una segunda línea de tratamiento. Aunque el primero con hormonas falle, esta enfermedad sigue teniendo un componente hormonal para que las células tumorales subsistan. El hecho de haber recibido quimioterapia no quiere decir que el manejo hormonal no tenga sentido, sino que ahora recobra importancia", concluye el doctor Ignacio Gil Bazo.

REFERENCIA

Increased survival with enzalutamide in prostate cancer after chemotherapy. N Engl J Med 2012; 367:1187-1197HYPERLINK"http://www.nejm.org/toc/nejm/367/13/" September 27, 2012DOI: 10.1056/NEJMoa1207506

María Pascual (105 años): "Hasta ahora nunca había pasado por un quirófano"

La paciente fue operada de prótesis de cadera hace unos meses por especialistas del Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Clínica

CUN ■ Al margen de la prótesis de cadera que le han colocado, María Pascual Barbadillo, paciente pamplonesa de 105 años, asegura que "nunca hasta ahora había pasado por una operación". Tras una caída a principios de 2012, "me senté entre dos sillas, me apoyé mal y me caí", acudió a la Clínica Universidad de Navarra. Tras analizar su caso y sopesar su buen estado de salud, los especialistas del Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología, liderados por el doctor Andrés Valentí Azcárate, decidieron someterla a una intervención quirúrgica para implantarle una prótesis parcial de cadera, procedimiento habitual en pacientes de edad avanzada.

Sin embargo, dos meses después de esa primera cirugía, María Pascual sufría dolor en la zona de la cadera por lo que los especialistas decidieron volverla a intervenir para implantarle una prótesis total.

María, viuda desde los 44 años, tiene tres hijos de 67, 71 y 78 años, además de dos que fallecieron. Su amplia familia la integran también once nietos de entre 34 y 51 años y otros once biznietos con edades comprendidas entre 3 y 18 años. Peinada con un moño blanco, pendientes de perla y ataviada con un traje de chaqueta responde a la entrevista.

¿Cómo se encuentra tras esta segunda intervención?
Estoy cada día mejor y, aunque lo he pasado mal, ahora después de la segunda operación me encuentro bien.

Comenta que estas dos intervenciones de cadera son, a sus 105 años, las únicas ocasiones en las que ha tenido que pasar por quirófano.
Así es. A lo largo de mi vida, nunca he tenido nada grave, al margen de alguna bronquitis o algún problema de estómago. Por lo demás me encuentro bien. El único problema es que no oigo muy bien. Pero no había visto un bisturí hasta esta operación. Lo cierto es que había venido otras veces a la Clínica, pero nunca por cuestiones graves.

¿Cuál diría que es el secreto para llegar así de bien a su edad?
En mis tiempos, las mujeres no trabajábamos, nos dedicábamos a la casa, a cuidar a los hijos y a nada más. Tampoco me he puesto nunca cremas ni potingues, sólo agua y jabón.

¿Ha practicado algún ejercicio físico?
Nunca. Sólo he hecho el ejercicio normal en un ama de casa, cuidar los hijos, la casa y nada más. Hemos vivido en una finca

Las hermanas Mª Carmen y Ana Guelbenzu Pascual pasean junto a su madre, la paciente María Pascual, por un pasillo de la Clínica.

que tenía mi marido en la Rochapea, pero desde que murió vivimos en Pamplona.

¿Qué horarios de vida lleva?
Todos los días me levanto sobre las 9:30 ó 10 para desayunar y me acuesto a las once de la noche o más tarde incluso.

¿Cultiva alguna afición?
Siempre me han gustado mucho las labores de mano, siempre las he trabajado mucho, pero no por necesidad, sino por gusto. He hecho muchas hasta hace poco, como vainica, ganchillo, bolillos y punto. También bordaba. Además, siempre me ha gustado mucho leer, pero ya no veo bien ni con las gafas. Ahora me gusta ver la televisión. La veo con auriculares porque no la oigo bien. Sobre todo me gustan los deportes y los concursos como Saber y Ganar y también los programas de cotilleos. Me gusta enterarme de la vida de los famosos, así no me aburro.

¿Come de todo?
Llevo ya bastante tiempo con pocas ganas de comer. Sí que, de vez en cuando, bebo algo de vino con un poco de Coca Cola para facilitar la digestión, pero como poco porque no tengo mucho apetito. Me encanta la leche y antes tomaba un gran cuenco de leche con una capa de grasa bien gorda. No he probado las ensaladas nunca. Cuando las he preparado, lo he hecho para mis hijos, pero a mí no me gustan estas cosas.

Salta a la vista que no ha perdido el gusto por arreglarse.
Me gusta ir con zapatos de tacón, aunque en mis tiempos llevaba tacones más altos que ahora. Cuando salgo de casa me gusta ir bien, pero no por presumir.

¿Cómo ha sido el trato recibido en la Clínica?
La atención de las enfermeras y de los médicos ha sido muy buena. La comida también muy bien, aunque para mí demasiada. No puedo quejarme, sino todo lo contrario. En la Clínica te tratan muy bien.

"No había visto un bisturí hasta esta operación. Lo cierto es que había venido otras veces a la Clínica, pero nunca por cuestiones graves".

"Me gusta ir con zapatos de tacón, aunque en mis tiempos llevaba tacones más altos que ahora".

En el centro, María Pascual, flanqueada por sus hijas Mª Carmen y Ana Guelbenzu, junto a los doctores Juan Ramón Valentí, Isabel Bernad, Ana Huerta, Pablo Díaz de Rada y Andrés Valentí, las enfermeras Mª José Rodríguez, Cristina Gorria, Elena Ibarburu y la doctora Leyre Muñoa.

Diagnóstico, tratamiento y evolución

María Pascual ingresó en la Clínica por el Servicio de Urgencias debido a una fractura en la cadera izquierda, "una lesión que, habitualmente requiere tratamiento quirúrgico", advierte el doctor Andrés Valentí, especialista del Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Clínica y médico que intervino a María Pascual. "En estos casos, el tratamiento conservador, evitando la cirugía, supone quedarse encamada con la consiguiente descompensación metabólica y aparición de múltiples complicaciones ", argumenta.

La operación se desarrolló sin complicaciones y se le implantó a la paciente una prótesis parcial. "Se trata de un tipo de prótesis que suele utilizarse en pacientes de edad avanzada y baja demanda funcional, dado que en este tipo de pacientes el uso de la cadera no va a ser excesivo", señala el especialista. Se trata de una prótesis que consta de un vástago y cabeza femoral pero que no lleva el componente del cótilo o del acetábulo, en dónde se apoya la cabeza del fémur.

Esta primera cirugía se resolvió satisfactoriamente sin incidencias con un postoperatorio normal. María Pascual fue dada de alta a la semana de la intervención quirúrgica. "Se fue a casa con capacidad de marcha autónoma y con muy buen humor", precisa el especialista.

Sin embargo, tres meses después de esta primera intervención, María Pascual comenzó a referir dolor en la cadera intervenida. "Después de una serie de pruebas, –indica el facultativo– observamos que tenía lo que se denomina 'una usura de cótilo', lo que significa que la prótesis implantada había erosionado la parte del hueso que constituye el acetábulo, lo que provocaba dolor de la paciente".

A la vista del diagnóstico y del dolor, el único tratamiento posible era una nueva intervención para implantarle una prótesis total de cadera. "Este incidente no es habitual que ocurra en tan poco tiempo. En situaciones en las que existe una demanda funcional de la cadera, puede suceder al cabo de dos o tres años", señala.

El objetivo conseguido es que haya podido volver a su vida normal, que no tenga dolor y que pueda ser lo más autónoma posible

Se requirió entonces una nueva intervención en la que se le colocó el componente del acetábulo. "En esta ocasión, la evolución también fue muy satisfactoria desde el principio, aunque el postoperatorio fue algo más lento, retrasándose un poco el inicio de la marcha con andador". Actualmente, apunta el doctor Valentí, "la paciente se desenvuelve bien para caminar con andador. Sale a la calle, puede moverse y pasear, aunque siempre con ayuda". El objetivo conseguido "es que haya podido volver a su vida normal, que no tenga dolor y que pueda ser lo más autónoma posible", concluye.

"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**

Actualidad

Reunión de expertos europeos en resincronización cardiaca

La Clínica, organizadora del encuentro, fue uno de los primeros centros de España en la implantación de este dispositivo, procedimiento que realiza desde 2000

De izquierda a derecha, los doctores Francesco Zanon (Hospital Civil de Rovigo, Italia), José Ignacio García Bolao (Clínica Universidad de Navarra) y Pascal Defaye (Hospital Universitario de Grenoble, Francia).

CUN ■ Quince expertos europeos en resincronización cardiaca compartieron su experiencia en dicha técnica durante un encuentro organizado en Pamplona por el Departamento de Cardiología y Cirugía Cardiaca de la Clínica y la empresa de tecnología sanitaria Boston Scientific. Junto a especialistas de la Clínica y del Complejo Hospitalario de Navarra, en la reunión tomaron parte cardiólogos de Alemania, Austria, Francia, Holanda, Italia, Portugal y Reino Unido.

La resincronización consiste en la implantación de un dispositivo en el corazón que presenta desincronía, complicación que aparece hasta en el 35% de los pacientes que padecen insuficiencia cardiaca. "En las personas que sufren insuficiencia cardiaca y desincronía, además de que el corazón realiza un movimiento de contracción menor de lo normal, éste se produce de manera descoordinada entre ambos ventrículos. Por tanto, el tratamiento tiene como objetivo coordinar ese movimiento anormal del corazón, acción que mejora tanto los síntomas, como la supervivencia de los pacientes", detalla el doctor Ignacio García Bolao.

La Clínica fue uno de los centros pioneros en España en la implantación de estos dispositivos, procedimiento que se realiza desde el año 2000.

CON NOMBRE PROPIO

El doctor **Manuel Murie**, especialista del Departamento de Neurología y director de la Unidad de Neurorrehabilitación de la Clínica, ha sido elegido presidente de la Sociedad Española de Neurorrehabilitación (SENR), cargo que ocupará durante los próximos cuatro años.

El doctor **Jorge Iriarte**, especialista del Departamento de Neurofisiología de la Clínica y decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, ha sido acreditado como Especialista Europeo en Trastornos del Sueño (Somnólogo) por la European Sleep Research Society (ESRS).

El doctor **José Ignacio Herrero**, especialista de la Unidad de Hepatología y responsable médico del Programa de Trasplante Hepático de la Clínica, ha recibido la primera Beca Senior de la Fundación Colegio de Médicos de Navarra para la realización de una estancia de investigación durante un periodo mínimo de tres semanas en un centro de reconocido prestigio, nacional o extranjero, dentro de la especialidad correspondiente.

PREMIOS

Un estudio liderado por el doctor **Felipe Ortuño**, codirector del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Clínica, ha obtenido el 'Premio a Investigadores de Referencia' de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Junto con el doctor Ortuño, director del estudio, participaron el doctor **Guillén** (Medicina Preventiva) y el doctor **Jorge Pla** (Psiquiatría).

El doctor **José Antonio Páramo**, codirector del Departamento de Hematología y Hemoterapia de la Clínica y director del Laboratorio de Aterosclerosis del CIMA, ha recibido el premio a la mejor comunicación otorgado, de forma conjunta, por la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH) y por la Fundación Española de Trombosis y Hemostasia (SETH) en el transcurso del Congreso Nacional celebrado en Salamanca.

Un equipo de especialistas del Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología y Radiología de la Clínica han recibido el Premio al Mejor Cartel Científico en el Congreso Anual de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Los autores del trabajo han sido los doctores del Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología **José María Lamo de Espinosa**, **Íñigo Crespo**, **Matías Alfonso** y **Carlos Villas**, junto con el doctor **Dámaso Aquerreta**, de Radiología. El trabajo, titulado 'Valoración por TAC de la traslación del primer metatarsiano tras la cirugía de Scarf-Akin sin gesto quirúrgico sobre los sesamoideos' obtuvo este reconocimiento en el 49º Congreso Anual de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología celebrado en Málaga.

El doctor **Joaquín Giráldez**, antiguo director del Servicio de Farmacia de la Clínica y profesor emérito de la Universidad de Navarra, recibió el premio 'Un farmacéutico con trayectoria profesional significativa' del Colegio Oficial de Médicos de Navarra. El galardón, patrocinado por Laboratorios Cinfa, tiene el objetivo de "distinguir a personas y colectivos que han ayudado a la profesionalización de la Farmacia".

Tres enfermeras de Oftalmología, 'Premio a la Mejor Comunicación Quirúrgica'

■ Elena Elguea, Amalia Martínez y María Mendoza, enfermeras del Departamento de Oftalmología de la Clínica, recibieron el "Premio a la Mejor Comunicación Quirúrgica" en el XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Oftalmológica (SEEOF) que tuvo lugar en Barcelona. Concretamente, la presentación premiada llevaba por título 'Actuación de enfermería en el implante de anillos intracorneales: anillos de ferrara'.

De izquierda a derecha, Elena Elguea, Amalia Martínez y María Mendoza.

Dos nuevos fármacos contra la hepatitis C aumentan la curación de un 45% a un 75%

El Aula de Innovación en Terapéutica Farmacológica de la Clínica y la farmacéutica Janssen-Cilag reune en un foro de debate a nueve expertos en esta enfermedad hepática

CUN ■ La administración de dos nuevos fármacos, el Telaprevir y el Boceprevir —junto a los ya utilizados hasta el momento, Interferón y Ribavirina—, permite aumentar la tasa de curación de enfermos por hepatitis C de un 45% a un 75% por término medio, según explicó el doctor Bruno Sangro, director de la Unidad de Hepatología de la Clínica, durante la celebración del foro de debate 'Hepatitis C: presente y futuro'. Este encuentro, organizado por el Aula de Innovación en Terapéutica Farmacológica, iniciativa conjunta de la Clínica y la empresa farmacéutica Janssen-Cilag y que dirige el doctor Jesús Honorato, reunió en el Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) de la Universidad de Navarra a nueve especialistas en esta enfermedad con una prevalencia en España de entre el 1,5 y el 2,5% de la población.

La utilización de estos medicamentos plantea un nuevo panorama en el tratamiento de la hepatitis C, que se analizó desde diferentes puntos de vista: el del paciente, el de la administración, el de la industria farmacéutica y el de los médicos. Esta enfermedad en ocasiones permanece silente durante muchos años pero también puede derivar en cirrosis y cáncer de hígado.

> Esta enfermedad permanece silente durante muchos años pero también puede derivar en cirrosis y cáncer de hígado

Albert Jovell, presidente del Foro Español de Pacientes, destacó que la hepatitis C es una enfermedad "que se puede detectar cuando el paciente se encuentra en un estado asintomático, y por lo tanto es tan importante un diagnóstico temprano como una evaluación del pronóstico. Hay un porcentaje de pacientes con un potencial de que la enfermedad se convierta en grave", apuntó.

Antonio Fernández, director de Desarrollo de Nuevos Productos de los Laboratorios Janssen, resaltó que las lecciones aprendidas de la lucha contra el VIH han permitido desarrollar estos fármacos. Su principal novedad —comenta el doctor Bruno Sangro— "es que atacan de forma directa y específica al virus porque, hasta el momento, los tratamientos eran con medicamentos antivirales genéricos, capaces de curar a pacientes, pero no todo lo potentes que fuese deseable", añade.

La Clínica recibe una donación de consolas de la ONG 'Juegaterapia'

■ La Clínica ha recibido recientemente una donación de 13 consolas de videojuegos, fijas y portátiles, por parte de 'Juegaterapia' (www.juegaterapia.org), una entidad sin ánimo de lucro nacida "para hacer más llevadera la estancia del niño que requiere un ingreso hospitalario prolongado". Concretamente, se han entregado 1 Wii, 1 PlayStation, 1 Xbox y 10 consolas de mano (PSP y Nintendo DS) para el área de Pedagogía Hospitalaria de la Clínica. Asimismo, se han donado juegos variados para todos los tipos de consolas. Para los envíos de las donaciones, Juegaterapia cuenta con la colaboración de la empresa de transportes Envialia, que hace llegar la consola donada a su destino de manera gratuita. La mayor parte de las consolas recibidas portan un adhesivo con los datos de contacto del donante. Así, el niño que utilice una videoconsola puede agradecer, a la persona que se ha desprendido de ella, su acto altruista.

Libros&Webs

"Una personalidad sana y madura logra armonía entre afectividad y voluntad"

El doctor Sarráis publica 'Personalidad', estudio que recoge teorías y trastornos asociados a comportamientos patológicos

El doctor Fernando Sarráis, psiquiatra de la Clínica.

Título: Personalidad
Autor: Fernando Sarrais
Editorial: Eunsa
Páginas: 303
Precio: 20 €

■ Personalidad sana frente a personalidad patológica. Ser feliz frente a no serlo. Son disyuntivas de uno de los temas más amplios y complejos del comportamiento humano: la personalidad. El psiquiatra y psicólogo de la Clínica, Fernando Sarráis, aborda en su nuevo libro, de título elocuente -"Personalidad" (Eunsa, colección Astrolabio)-, este y otros aspectos de esa parte de la Psicología que nos define y nos diferencia como personas, pero que también puede ser el germen de trastornos psiquiátricos. Según Sarráis, profesor de Psicopatología de la Educación y de Psicología Social en la Universidad de Navarra, una personalidad sana se trabaja a diario. "La gente es capaz de dedicar muchas horas al gimnasio y a trabajar sus músculos, pero no es capaz de ir al gimnasio psicológico para trabajar su manera de ser", asegura. Con un tono académico pero accesible, "dirigido a las personas interesadas en conocer a otras personas o a sí mismas en profundidad", el libro recorre las principales teorías históricas y tipologías de la personalidad y ofrece algunas claves para alcanzar una manera de ser sana, las recetas de la felicidad.

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:

• **14 de febrero.** 'Urticaria crónica', con la doctora Marta Ferrer, directora del Departamento de Alergología.

• **14 de marzo.** 'Glaucoma, cataratas y córnea', con el doctor Javier Moreno, director del Departamento de Oftalmología.

• **11 de abril.** 'Rinosinusitis', con el doctor Peter Baptista, especialista del Departamento de Otorrinolaringología.

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

ENLACES DEL TRIMESTRE

www.aespi.net

Web de la Asociación Española del Síndrome de Piernas Inquietas, institución sin ánimo de lucro, cuya principal actividad es el apoyo a los enfermos, la divulgación de la enfermedad y el fomento de la investigación.

www.casadelrinon.es/

Es una página que trata de ser un espacio público, abierto y solidario que trata de identificar, recopilar y divulgar el conocimiento y la experiencia existentes en el ámbito de la atención a personas con insuficiencia renal.

http://asocepoc.blogspot.com.es/

Es la página de la Asociación Española de Pacientes y Familiares EPOC (ASOCEPOC), donde se puede encontrar abundante información sobre la EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) que hace referencia a un grupo de enfermedades del pulmón.

http://www.aeseg.es

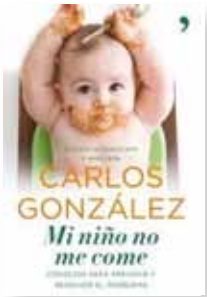
Es la web de la AESEG: patronal de los medicamentos genéricos en España y el interlocutor empresarial cualificado en esta materia. Un genérico es un medicamento con la misma forma farmacéutica e igual composición cualitativa y cuantitativa que otro medicamento de referencia.

Psicología

¿QUÉ PUEDE HACER EL MÉDICO POR LA FAMILIA DEL ENFERMO?

Autores: Aquilino Polaino-Lorente
Editorial: Rialp
Número de Páginas: 160
Precio: 13 euros

■ La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en el funcionamiento como en su composición. Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando pero que pueden llevarle a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el sistema familiar. Este libro ofrece una muestra lo bastante representativa de las consecuencias que tienen las enfermedades en las familias, y de los trastornos que pueden originar, es precisamente dentro del contexto familiar en donde hay que intervenir si de verdad se quiere no privar al paciente de un recurso utilísimo como es la ayuda que sus familiares pueden brindarle. Es por eso por lo que este libro expone de forma orientadora lo que el médico puede hacer en favor de la familia.



Pediatría

MI NIÑO NO ME COME

Autor: Carlos González
Editorial: Temas de hoy
Número de Páginas: 216
Precio: 15 euros

■ El libro gira alrededor de la idea básica de que cada bebé es diferente y capaz de regular la ingesta de alimento que necesita en cada momento de su crecimiento. Obligar a un niño a comer conduce, en demasiadas ocasiones, a frustraciones y verdaderas batallas a la hora de la comida. La inapetencia es un problema de equilibrio entre lo que un niño come y lo que su madre espera que coma. Huyendo de los tópicos, el pediatra Carlos González desdramatiza el problema y, proporcionándonos claras pautas de conducta, tranquiliza a aquellas madres que sufren porque creen que su hijo no come correctamente. Este libro contiene información sobre los alimentos que su hijo debe comer durante su primer año de vida y sobre la anorexia infantil. Además el libro ofrece consejos sobre los diferentes tipos de alimentos, la introducción de sólidos, el mantenimiento de la lactancia materna y cómo superar algunas "huelgas" de hambre.

Alimentación

ROMPER EL CÍRCULO VICIOSO

Autores: Elaine Gottschall
Editorial: Eunsa
Número de Páginas: 216
Precio: 14 euros

■ Un análisis de los acontecimientos que se producen en el intestino de los enfermos, y la forma en que la dieta de carbohidratos específicos puede romper ese círculo y permitir que el cuerpo vuelva a su funcionamiento normal. Durante los trastornos intestinales y las enfermedades intestinales crónicas, se pierde el estado de equilibrio normal y armonioso entre las bacterias intestinales que viven en nuestro tracto gastrointestinal. Existen muchas pruebas recientes que apoyan la hipótesis de que la evolución de diversos problemas intestinales puede cambiar de manera favorable mediante la manipulación de los tipos de carbohidratos ingeridos. En este libro se tratan además las relaciones entre los alimentos y algunos trastornos intestinales como la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa, la diverticulitis, la enfermedad celíaca, la fibrosis, quística del páncreas, etc. Con un análisis científico se expone cómo se puede romper ese círculo que se ha creado y permitir que el cuerpo vuelva a su funcionamiento.

Autoayuda

EL DOLOR CRONICO: UNA GUIA PARA PACIENTES Y FAMILIARES

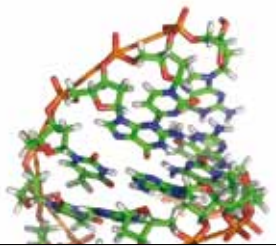
Autor: Julie Silver
Editorial: Paidós Ibérica
Número de Páginas: 224
Precio: 18 euros

■ En España sufren dolor crónico entre el 10 y el 23 por ciento de la población. El dolor es un mensaje del sistema nervioso que circula por nuestro cuerpo, pero no es solamente eso. El ser humano es más que una fría máquina biológica: son las personas las que padecen dolor, las que sufren. Y no todo el mundo sufre igual. Este libro está escrito para los pacientes aquejados de dolor crónico. Padecer dolor crónico puede desmoralizar y deprimir tanto al paciente como a su familia, sobre todo cuando el dolor no se controla y no existen esperanzas de aliviarlo. El dolor engendra estrés y, a su vez, el estrés provoca dolor en una espantosa espiral ascendente. La Dra. Silver revisa las causas y características del dolor crónico e investiga el impacto que produce en las relaciones en el seno de la familia, abarcando aspectos como el trabajo, la maternidad, la herencia, y la salud emocional.

FIRMA INVITADA

Marc Sanson

Biomarcadores en plasma, ¿futura herramienta diagnóstica?



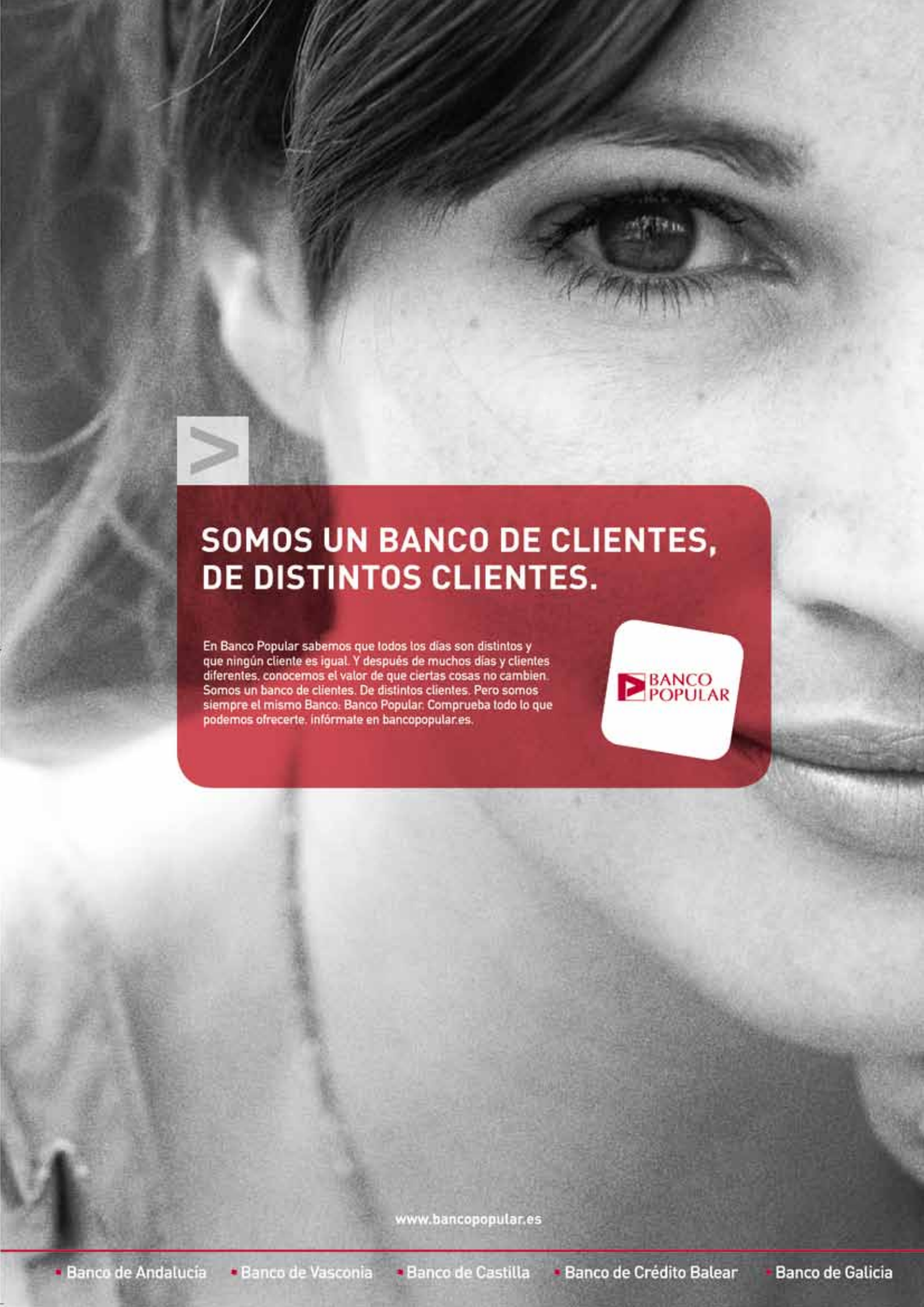
LOS GLIOMAS son los tumores cerebrales primarios malignos más frecuentes en el adulto. Aunque su sospecha diagnóstica viene determinada por los estudios de neuroimagen, hoy día el análisis histológico de la muestra tumoral sigue siendo necesario para poder establecer el diagnóstico definitivo. Por otra parte, el seguimiento que se realiza a los pacientes con estos tumores a lo largo de las diferentes etapas de la enfermedad y de su tratamiento se fundamenta esencialmente en la evaluación clínica neurológica y en estudios neurorradiológicos. Dado que estos pacientes a menudo sufren discapacidades importantes y que las pruebas señaladas pueden resultar en ocasiones inconvenientes y no están exentas de limitaciones, existe un interés creciente en la búsqueda de biomarcadores diagnósticos y pronósticos en medios más accesibles como la sangre. Por ello, la identificación de biomarcadores plasmáticos fiables podría constituir en el futuro una herramienta muy útil para facilitar el diagnóstico y para simplificar el manejo terapéutico y seguimiento de los pacientes. Sin embargo, al contrario de lo que sucede con otros tumores del organismo, por su localización intracerebral los gliomas son tumores que están en parte protegidos por la barrera hematoencefálica. Esta última es una membrana aislante dispuesta entre los vasos sanguíneos y el sistema nervioso central, que permite el paso selectivo de oxígeno y nutrientes pero que impide el paso de otras sustancias (tóxicos, numerosos fármacos, etc.). Este hecho puede explicar en parte que la cantidad de posibles elementos biológicos liberados al torrente sanguíneo desde las células tumorales gliales (biomarcadores) sea ínfima. A pesar de ello, estudios recientes realizados en pacientes con gliomas han puesto en evidencia la existencia en la circulación sanguínea de microvesículas, proteínas y material genético (como ARN o ADN) proveniente de las propias células tumorales. Estos importantes hallazgos invitan a pensar en una valiosísima aplicación clínica en un futuro próximo.

Recientemente, el equipo del laboratorio de Neurooncología Experimental del ICM (Instituto del Cerebro y de la Médula espinal, París) ha concluido un estudio centrado en la detección de ADN tumoral libre en el plasma de pacientes con gliomas. El estudio ha permitido demostrar que la cantidad de ADN tumoral libre circulante está relacionada con el tamaño tumoral y sobre todo con la presencia de captación de contraste en las imágenes de resonancia magnética cerebral, hecho este último que traduce la existencia de una ruptura de la barrera hematoencefálica. Un análisis posterior ha permitido detectar en dicho ADN tumoral libre circulante la presencia de la mutación del gen IDH1, previamente descrita en los gliomas. La relevancia de este hallazgo radica en que el análisis en sangre de la mutación IDH1 podría tener una gran utilidad como biomarcador. Los motivos son varios: 1) se trata de una mutación frecuente, presente en el 40% de todos los gliomas; 2) la mutación se localiza siempre en la misma región del gen (codón Arginina 132), y en el 95% de los casos se trata de una sustitución de una arginina por una histidina; 3) dentro de los diferentes tipos de tumores cerebrales, esta mutación es exclusiva de los gliomas y no está presente en otras neoplasias cerebrales; 4) finalmente, se trata de un importantísimo marcador pronóstico, ya que independientemente de otros factores, la presencia de esta mutación se asocia a una mejor evolución.

Por otra parte, cabe destacar que la totalidad del ADN libre que circula por el torrente sanguíneo proviene en su mayor parte de células "normales" y sanas del organismo, y en mucha menor medida, por las células tumorales del propio glioma. La concentración de este último ADN tumoral libre es minoritaria, especialmente en aquellos gliomas de pequeño tamaño y sin alteración de la barrera hematoencefálica. Por ello, para detectar la mutación específica del gen IDH1 en el ADN tumoral circulante, es necesario previamente amplificar de forma específica dicho ADN tumoral y no el proveniente de las células no tumorales. La técnica empleada para amplificar específicamente el ADN tumoral libre consistió en una COLD-PCR. Se trata de una técnica de biología molecular cuyo objetivo es obtener selectivamente un gran número de copias del fragmento de ADN mutado. Este primer paso se completó posteriormente con una técnica de PCR digital, con el fin de evaluar la cantidad de cadenas mutadas obtenidas y establecer un punto de corte de positividad. La sensibilidad que se obtuvo en el estudio citado fue excelente para aquellos gliomas que captaban contraste en las imágenes de resonancia magnética, es decir, aquellos tumores gliales con rotura de la barrera hematoencefálica. Por el contrario, la sensibilidad obtenida fue insuficiente para los gliomas sin ruptura de la barrera. A la espera de perfeccionar la técnica para su posible implantación en la práctica clínica, esta técnica podría ser útil hoy día como una herramienta diagnóstica en determinados pacientes para los que una intervención quirúrgica está contraindicada.

Tal y como refleja éste y otros estudios como el dirigido por la doctora Marta Alonso del Centro de Investigación Médica Aplicada de la Universidad de Navarra (recientemente presentado en las reuniones de las asociaciones europeas y norteamericana de neurooncología), en los últimos años parte de los esfuerzos en investigación en Neurooncología se están centrando en la búsqueda de biomarcadores sanguíneos con utilidad práctica, con el objetivo de optimizar y facilitar el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con gliomas.

Marc Sanson, Servicio de Neurología - Mazarin. Hôpital La Salpêtrière. París


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

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