



Un tercio de las personas delgadas son obesas

Medición de la obesidad.

Investigadores constatan en un estudio errores importantes del IMC. **18-20**

500 cirugías bariátricas.

15 años de éxito en el tratamiento individualizado de pacientes obesos. **22-24**

Técnica para evitar la

anticoagulación. Indicada para pacientes con fibrilación auricular (arritmias persistentes). **4-6**



MARTINTXO
ASADOR · SIDRERÍA

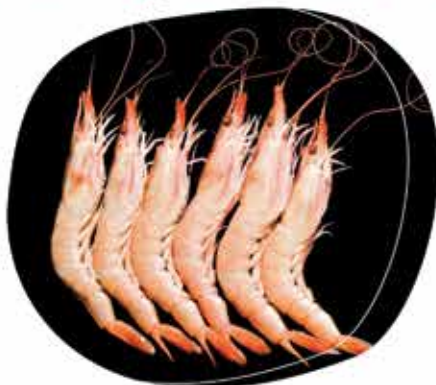
35 años
1978 - 2013

Por tu fidelidad durante 35 años

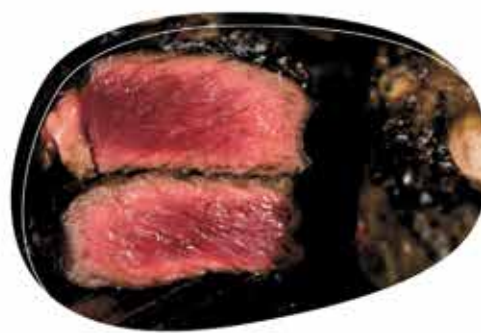
TENEMOS MUCHO QUE AGRADECERTE
Y MUCHO QUE OFRECERTE



Controlamos **minuciosamente** la calidad de todos nuestros productos. Verduras de temporada cultivadas en nuestra **propia huerta**.



Pescados y mariscos **rigurosamente frescos**, traídos desde su punto ideal de pesca: Huelva, Cantabria, Atlántico, Cies...



La mejor calidad de carne, seleccionada en origen por nuestro experto **José Antonio Goya** (cárnicas Goya, Tolosa).

DISFRUTA DE NUESTRA CALIDAD CONTRASTADA

PARA EMPEZAR TU COMIDA O CENA

TE OBSEQUIAMOS CON UN PLATO DE JAMÓN



Iberico bellota 100% montanera, proveniente de cerdos ibéricos criados con las mejores bellotas de los encinares de cinco dehesas en Jabugo y Cumbres Mayores.



Propiedad de los Hnos. Castaño Fernandez y Eulogio Castaño Rodriguez, de Huelva, con cinco generaciones de historia.

C/ Irunbidea, 1 · 31190 Cizur Menor · Navarra

Reservas: 948 18 00 20

ESTÁS EN TU CASA

AVANCES CLÍNICOS

Implantación de válvula aórtica sin cirugía. Alternativa de éxito en pacientes longevos. **8-10**



084

Abr-Jun 2013

Para evitar fármacos anticoagulantes. Intervención percutánea en pacientes con fibrilación auricular. **4-6**

Fibrosis pulmonar idiopática. Ensayo con células madre adultas para detener la enfermedad. **12-13**

Estudio del fondo de ojo en niños. Oftalmólogos establecen los valores pediátricos con OCT. **15**

Genes e hipermetropía infantil. Especialistas de la Clínica lideran un estudio multicéntrico. **16-17**

Diagnóstico de la Obesidad. Investigadores revelan errores en la medición del IMC. **18-21**

Campaña gratuita. 290 revisiones para diagnosticar la obesidad visceral. **21**

500 cirugías de la obesidad. Éxito en el tratamiento individualizado de esta enfermedad. **22-24**

Congreso Europeo de Radiología. El doctor José Ignacio Bilbao, primer presidente español del simposio. **26-27**

Investigación. Resultados de la fluorescencia en extirpación de tumores cerebrales. **28-29**

Historias de la Clínica. La paciente Elisa Muñoz relata su experiencia. **30-32**

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

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

Firma invitada. Valery Guild. **38**

EDITORIAL

Investigación y clínica, una relación indisoluble

LOS RESULTADOS de las investigaciones médicas alcanzan con frecuencia los lugares más recónditos de la práctica clínica. Y a la inversa. Ambas esferas mantienen una relación incuestionable. De este principio es una muestra el estudio desarrollado por los especialistas del Laboratorio de Investigación Metabólica del Departamento de Endocrinología de la Clínica. En él, investigadores y clínicos se han unido para constatar una importante realidad: la tasa de error en el diagnóstico de la obesidad que ofrece el Índice de Masa Corporal (IMC): el método de medición más extendido del mundo, cuya fórmula divide el peso en kg entre la altura en m². El estudio realizado en más de 6.000 individuos, con la tecnología más avanzada en el cálculo del porcentaje de grasa corporal, arroja una desviación importante del IMC en la evaluación de la obesidad: revela que un tercio

de las personas delgadas, según su IMC, realmente padecen esta enfermedad. Pero la constatación no es baladí, porque la corrección de esta medición aporta datos esenciales de salud sobre graves enfermedades que esta patología lleva asociadas. Las más severas y extendidas: la diabetes mellitus, los factores de riesgo cardiometabólico e, incluso, mayor incidencia de determinados tipos de cáncer. Si se corrige ese error en el diagnóstico de la obesidad, médico y paciente tienen la oportunidad de conocer datos fundamentales sobre su estado de salud y, lo que es más importante, en caso de presentar enfermedad pueden ponerle remedio. Para ello, los especialistas han conseguido una nueva ecuación más precisa y la han puesto al servicio de todos los facultativos que necesiten utilizarla, la fórmula CUN-BAE. Investigación y clínica, siempre de la mano.

Noticias de la Clínica Universidad de Navarra. Número 84. Segundo 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, y Javier Irurtia. **Infografía:** Heber Longás y Covadonga F. Esteban. **Fotografía:** Manuel Castells (fotos@unav.es). **Diseño:** Errea Comunicación. **Secretaría de Redacción:** Katrin Astiz (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

Una nueva técnica de cateterismo puede evitar la medicación anticoagulante en pacientes con arritmias persistentes

Especialistas de la Clínica cierran la cavidad auricular denominada orejuela en la misma intervención que el tratamiento de la fibrilación auricular

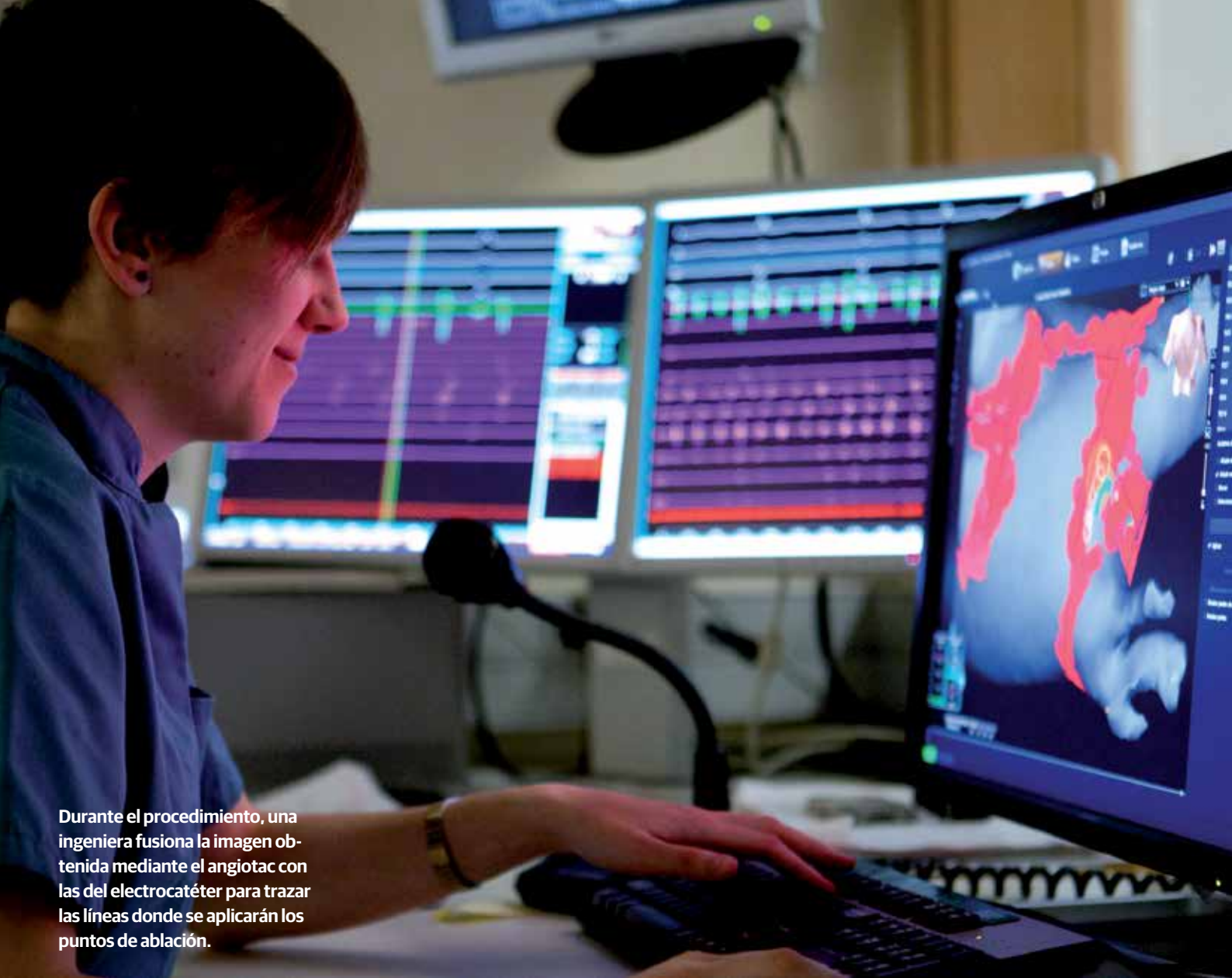


Las enfermeras Cristina Díaz Fernández y Graciela López González junto a los doctores Manuel García de Yébenes, José Ignacio García Bolao (director), Hugo Arguedas y Naiara Calvo, seguidos de la enfermera Elene Janiashvili y la auxiliar M^a Rosario Vides Subiza.

CUN ■ Especialistas de la Clínica Universidad de Navarra realizan una nueva técnica de cateterismo en pacientes con fibrilación auricular (arritmias cardiacas persistentes) que permite cesar la administración de Sintrom o de otras medicaciones anticoagulantes en un número importante de casos. La fibrilación auricular es actualmente la arritmia cardiaca más frecuente con una prevalencia situada entre el 1 y el 2% de la población general. Estudios recientes calculan que esta enfermedad multiplica por 5 el riesgo de padecer un accidente cerebrovascular (ACV) o ictus cerebral.

El nuevo procedimiento consiste en la introducción —a través de un catéter y sin necesidad de cirugía abierta— de un dispositivo que consigue cerrar una cavidad próxima a la aurícula izquierda del corazón, denominada orejuela, en la que habitualmente se originan los trombos. Dicho espacio cardiaco tiene forma anatómica de pequeño saco (similar al apéndice) en el que remansa cierta cantidad de sangre a su paso por la aurícula izquierda, lo que favorece la formación de los coágulos sanguíneos.

Al cerrar la salida de la orejuela mediante la colocación del nuevo dispositivo, se impi-



Durante el procedimiento, una ingeniera fusiona la imagen obtenida mediante el angiotac con las del electrocatéter para trazar las líneas donde se aplicarán los puntos de ablación.

de la migración por el sistema cardiovascular de los trombos que puedan originarse en su interior. De este modo se evita el riesgo de que los coágulos lleguen desde la orejuela hasta el cerebro, causando un accidente cerebrovascular, entre otras posibles y graves complicaciones. De hecho, se sabe que el 90% de los trombos se originan en esta orejuela izquierda.

La nueva técnica está indicada “en todos aquellos pacientes, de cualquier edad, con fibrilación auricular y que tengan que tomar Sintrom. Especialmente en aquellos que presenten problemas en el control de la coagulación sanguínea”, advierte el director del Departamento de Cardiología y de la Unidad de Arritmias de la Clínica, el doctor José Ignacio García Bolao, quien, junto a la

doctora Naiara Galvo (especialista del mismo departamento), realiza los procedimientos.

ÚNICO EQUIPO. La peculiaridad añadida de los especialistas de la Clínica es que constituyen el único equipo español que realiza el tratamiento de la fibrilación auricular y el cerramiento de la orejuela en el mismo procedimiento de cateterismo. El equipo de la Unidad de Arritmias ha practicado hasta la fecha una decena de procedimientos con éxito. En todos los casos, tras la intervención y una vez transcurrido el período mínimo de 3 meses en el que es obligado mantener el Sintrom, se ha podido retirar la medicación anticoagulante.

La intervención comienza en primer lugar con el tratamiento de la fibrilación auricular

mediante la ablación (lesión) del perímetro de las venas pulmonares. Para acceder hasta las venas pulmonares, los especialistas introducen un catéter —a través de una pequeña incisión a la altura de la ingle— por la vena femoral hasta llegar al corazón. Por el

Los especialistas de la Clínica son el único equipo médico español que realiza ambos procedimientos en la misma intervención

La nueva técnica está indicada para pacientes de cualquier edad, con fibrilación auricular y que tengan que tomar Sintrom

interior de ese catéter llevan el instrumental necesario hasta las venas pulmonares, en cuyo perímetro realizan la ablación con el objetivo de interrumpir el impulso errático causante de las arritmias cardíacas.

Finalizado el tratamiento de la fibrilación auricular, los especialistas introducen por el mismo catéter el nuevo dispositivo plegado. En el momento en el que alcanzan el orificio de la orejuela, situado en la aurícula izquierda, expanden el mecanismo de cierre con el que consiguen ‘taponar’ la salida de posibles trombos. “De este modo, —advierte la doctora Galvo— evitamos que el paciente con fibrilación auricular deba seguir tomando Sintrom de por vida”. El dispositivo queda colocado de forma permanente.

PASA A LA PÁG. 6 >>

PROCEDIMIENTO DE CIERRE DE LA OREJUELA

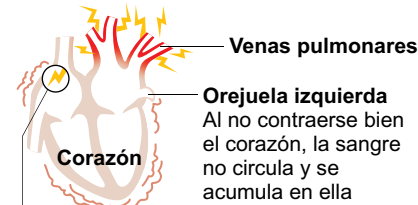
La nueva técnica, que combina la ablación de venas pulmonares con el cierre de la orejuela, permite que el paciente abandone el tratamiento anticoagulante ya que evita que los trombos lleguen al cerebro.

LA FIBRILACIÓN AURICULAR

Es el tipo de arritmia más habitual. Multiplica por cinco el riesgo de sufrir accidentes cerebrovasculares (ACV)

POR QUÉ OCURRE

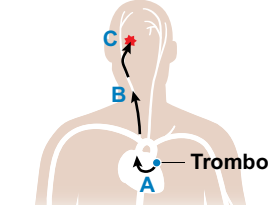
Las venas pulmonares generan impulsos eléctricos descoordinados



En un corazón sano, los impulsos eléctricos se generan aquí

RIESGO DE ACV

La sangre acumulada puede formar un trombo



Si se libera en la sangre (A) y llega al cerebro (B) se produce el ACV (C)

TRATAMIENTO

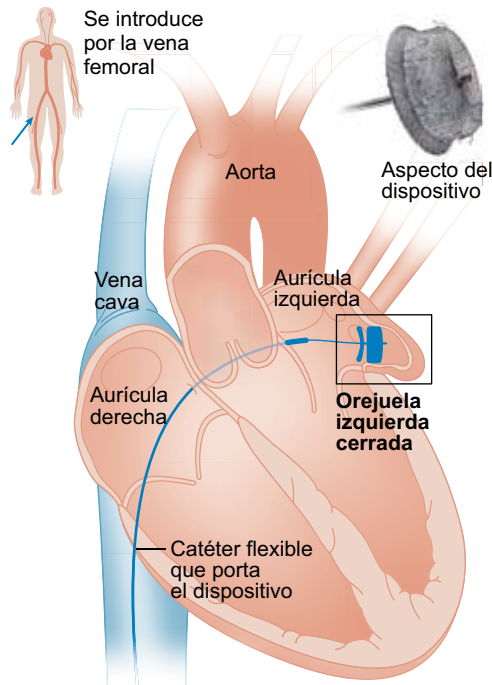
Se realiza la ablación de las venas pulmonares



Los impulsos eléctricos de las venas pulmonares no llegan al corazón

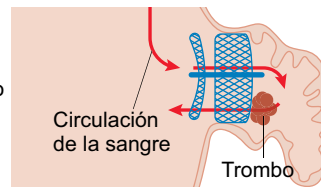
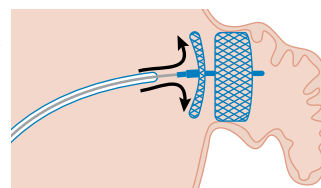
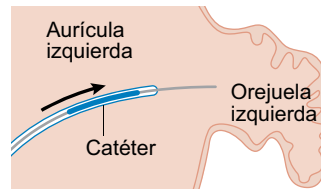
CIERRE DE LA OREJUELA

Se realiza inmediatamente después de la ablación colocando el dispositivo de cierre de la orejuela.



COLOCACIÓN

- 1 Se introduce hasta la orejuela el catéter guía que contiene el dispositivo plegado
- 2 El dispositivo se expande y se coloca a modo de 'tapón'. Se retira el catéter
- 3 Tras colocarlo, si se forma un trombo en la orejuela, este no se libera, reduciendo así la posibilidad de sufrir un ACV



<<VIENE DE LA PÁG.5

La intervención se realiza bajo anestesia general para evitar al paciente las molestias de la ecografía transesofágica, necesaria para guiar a los especialistas en la correcta implantación del dispositivo.

La suma de los dos procedimientos (tratamiento de la fibrilación auricular y cierre de la orejuela) tiene una duración aproximada de 3 ó 4 horas. En total, el paciente precisa un ingreso hospitalario de entre 24 y 48 horas. Posteriormente, durante los tres meses siguientes, deberá acudir a revisiones periódicas de control. Al cabo de ese período, en caso de que el procedimiento haya tenido éxito, se le podrán retirar los fármacos anticoagulantes.

Con esta intervención, subraya el doctor García Bolao, "la principal ventaja que obtiene el paciente es la retirada de la anticoagulación para evitar la formación de trombos, con todos los efectos secundarios que conllevan estos fármacos, como es el riesgo de hemorragias importantes como consecuencia de una herida, caída u otra circunstancia, además del riguroso control mensual que debe llevar de los niveles de coagulación sanguínea".



MÁS INFORMACIÓN
Visite la página web
<http://youtu.be/lguRtzzD4yY>

"Desde que no tomo Sintrom llevo una vida activa y normal"

Honorio Ros, empresario de 63 años natural de Puente la Reina, ha retomado su actividad habitual tras padecer una fibrilación auricular.

Hace 3 años, este paciente, afincado en Hernani (Gipuzkoa), se vio obligado a hacer un parón en su vida debido a que su corazón latía a ritmo desacompañado, causándole arritmias y un elevado riesgo de trombos, lo que se traducía

en tomar Sintrom de por vida. Tras varios tratamientos fallidos, Honorio Ros se puso en manos de los especialistas de la Clínica, quienes le propusieron el nuevo procedimiento, sin cirugía, que en una única intervención conseguía solventar la fibrilación auricular y, a continuación, eliminar el riesgo de trombos 'taponando' la orejuela. "Siempre me ha gustado mucho caminar pero antes de la intervención no podía ni subir una pequeña

cuesta. Me di cuenta de que no estaba bien el día en que mi hijo me retó a cruzar buceando la piscina y no fui capaz", confiesa el paciente.

Recuerda que, con anterioridad, los cardiólogos habían intentado sin éxito varios tratamientos. "Al cabo de unas semanas la arritmia volvía. Desde esta última intervención ya llevo 7 meses. A los 3 pude dejar el Sintrom y todo gracias a que me han implantado un "tapón" de 27 mm". Honorio

Ros señala que "de la intervención ni me enteré" y reconoce que desde entonces su vida ha cambiado: "Ya no me sofoco y hago una vida normal. Trabajo, camino varios kilómetros y hago gimnasia a diario". Además, señala, "el Sintrom te obliga a una vida más tranquila, ya que cualquier herida o caída se te puede complicar. Y tienen que regularte las dosis cada poco tiempo. Desde que no lo tomo hago una vida activa. No tomo pastillas y estoy encantado".

CARTA

· del chef ·



45€
todo incluido

Alta gastronomía al alcance de todos

Pensando en ti, hemos creado una nueva carta en la que te ofrecemos la mejor gastronomía con una oferta que piensa en tu satisfacción, en tu salud y por supuesto, en tu economía. Para que tus reuniones de empresa, celebraciones o cualquier momento que quieras convertir en especial, sean un éxito. Una estrella Michelin y mucho oficio para todos los públicos.

Pilar y Javier



ALHAMBRA

Bergamin, 7 Pamplona
T. 948 245 007
www.restaurantcalhambra.es



EUROPA

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

 [Síguenos](#)



Implantación de la válvula aórtica sin cirugía, alternativa eficaz para pacientes mayores

La introducción percutánea del dispositivo abre las posibilidades de tratar la estenosis aórtica en personas longevas con contraindicación quirúrgica

CUN ■ La estenosis aórtica degenerativa consiste en la reducción del área del orificio de la válvula aórtica durante su apertura en la sístole cardiaca, circunstancia que condiciona una disminución del flujo de la circulación sanguínea que sale desde el corazón, debido al estrechamiento de dicha válvula (situada entre el ventrículo izquierdo y la arteria aorta). “Esta reducción del flujo sanguíneo desde el corazón hacia el organismo provoca en los pacientes afectados diferentes síntomas entre los que figuran: cansancio, mareos e incluso síncope o pérdidas del conocimiento. Además, es causa de que la sangre se retenga en los pulmones, lo que origina

disnea (dificultad respiratoria o ahogo), así como la necesidad de más almohadas para dormir, dificultad para realizar esfuerzos y ejercicio físico, entre otros efectos”, advierte el doctor José Calabuig, especialista del Departamento de Cardiología de la Clínica. Este tipo de estenosis tiene su mayor incidencia en la población de edad más avanzada, ya que se trata de una enfermedad asociada al envejecimiento poblacional. Hasta hace una década, el único tratamiento posible para esta enfermedad degenerativa era el recambio de la válvula, por otra mecánica o biológica, realizado mediante cirugía abierta. Una intervención de elevado riesgo en este tipo

La estenosis aórtica degenerativa produce cansancio, mareos e incluso pérdidas del conocimiento y dificultad respiratoria.

La insuficiencia renal y/o respiratoria y los trastornos de la coagulación hacían imposible la cirugía en personas mayores

de pacientes, ya que requiere esternotomía (incisión del esternón) y circulación extracorpórea. Dada su complejidad y riesgo, descartaba el tratamiento a todas aquellas personas de edad avanzada y con comorbilidades (enfermedades asociadas): entre las más frecuentes, la insuficiencia renal y/o respiratoria y los trastornos de la coagulación, “que hacían imposible el tratamiento de dicha válvula mediante esta cirugía”, señala el doctor Calabuig.

EVOLUCIÓN HACIA PACIENTES MÁS JÓVENES. Especialmente indicada para pacientes mayores, surgió hace unos años una nueva opción terapéutica: el implante valvular percutáneo.



Los doctores Artaiz y Calabuig, especialistas en Cardiología, durante un momento de la intervención de implante valvular por cateterismo.

Consiste en la introducción mediante cateterismo, a través de una punción en la arteria femoral, de una nueva válvula que sustituye a la deteriorada. “Hace unos diez años se empezó a emplear esta técnica en pacientes que no tenían otra alternativa de tratamiento y con una expectativa de vida muy corta. Con el paso de los años, la implantación percutánea de una nueva válvula aórtica ha demostrado muy buenos resultados en este tipo de pacientes y todos los cardiólogos que la utilizamos estamos convencidos de que su indicación se podrá ampliar a pacientes más jóvenes y sin enfermedades asociadas en un plazo aproximado de 5 años”, advierte el especialista.

En este sentido, confía en que para este tipo de pacientes, “llegará un momento en que el recambio valvular per-

cutáneo competirá al 50% con la cirugía abierta”.

A modo de ejemplo, el doctor Calabuig describe el caso de una paciente de 91 años sin co-morbilidades a quien se le practicó la implantación percutánea de la válvula para tratar la estenosis aórtica que se le había diagnosticado. “Se trata de una paciente que no presentaba enfermedades asociadas, pero que su edad la hacía especialmente indicada para este tratamiento. Hay que señalar que existen pacientes que con esta edad y pudiendo intervenir, no quieren operarse. La evolución de esta señora ha sido muy satisfactoria”, destaca el cardiólogo.

EL PROCEDIMIENTO. La intervención consiste en introducir la nueva válvula a través de un catéter, mediante punción en la arteria femoral (a la altura

LA FRASE

“Los cardiólogos que utilizamos esta técnica estamos convencidos de que su indicación se podrá ampliar a pacientes más jóvenes y sin enfermedades asociadas en un plazo de 5 años”

DOCTOR JOSÉ CALABUIG

de la ingle), hasta alcanzar su localización en el corazón. Inicialmente, se hace llegar hasta la zona un balón plegado que se hincha en el interior de la válvula aórtica con el objetivo de ensanchar el orificio de la válvula dañada.

A continuación se introduce el nuevo dispositivo valvular que comprimirá la válvula original estrecha, restableciéndose el flujo sanguíneo. De este modo, los síntomas de la estenosis, como la dificultad respiratoria y el cansancio, cesarán y se mejorará el rendimiento de la función cardiaca, ya que el ventrículo izquierdo dejará de realizar, en cada latido, el esfuerzo que hacía antes de la implantación. Los resultados en la reducción de la estrechez y los gradientes de presión a través de la válvula nueva son inmediatos durante el procedimiento.

Elisa Banqueri “Desde que me cambiaron la válvula, no he vuelto a tener síntomas”

Cardiólogos de la Clínica le implantaron mediante cateterismo una válvula aórtica a esta paciente granadina de 91 años

CUN ■ Farmacéutica granadina de 91 años, Elisa Banqueri García ha comprobado recientemente que sus constantes cardíacas son buenas. Lo hizo en la Clínica durante su última revisión de control. Hace tan solo un año, su cardiólogo de Granada le diagnosticó una estenosis aórtica severa degenerativa y le indicó que el tratamiento adecuado era un procedimiento percutáneo de recambio valvular.

Hasta que a sus 82 años de edad le ocurrió un percance que le lesionó la pierna -por el que ha necesitado 9 intervenciones-, Elisa caminaba todas las tardes entre 4 y 5 horas. Dos días antes de fracturarse la pierna, había subido un monte de 2.500 metros en Sierra Arana, en el parque natural de la Sierra de Huétor Santillán de Granada. “Siempre he sido muy activa. He viajado por todo el mundo. Primero con mi marido y, después, cuando falleció, íbamos las amigas. Una vez hicimos un viaje en el que estuvimos, en total, 48 horas de vuelo, entre unos aviones y otros. También iba mucho al teatro, pero ahora no aguanto mucho rato sentada en una silla normal porque me duele la lesión de la pierna”, apunta. Lo que en ningún momento le falla a Elisa es el ánimo, corrobora su hija, “y sigue leyendo todos los avances farmacéuti-



Los cardiólogos José Calabuig y Juan José Gavira junto a la paciente Elisa Banqueri.

cos”. “Es que me gusta estar al tanto de lo que ocurre en mi profesión”, señala la paciente.

En cuanto le diagnosticaron la estenosis de aorta no se lo pensó dos veces y acudió a la Clínica Universidad de Navarra.

El primer síntoma que noté fue un ahogo. Fui al cardiólogo de Granada que me diagnosticó la estenosis severa de la válvula aórtica y me recomendó que me operase cuanto antes. Así que decidimos acudir a la Clínica. Lo primero que me hicieron los especialistas de Hemodinámica de la Clínica fue una prueba para comprobar que podían introducirme el catéter con la válvula por la arteria femoral. Confirmaron que era posible y me dijeron que para mi edad tenía muy bien las arterias, que no era normal. Pero como mi hija es especialista en Nutrición

y Dietética nos tiene muy al tanto de lo que se debe comer. **La intervención de recambio de válvula por cateterismo ¿fue muy complicada?**

Fue una intervención rápida. Duró entre 60 y 90 minutos. Me intervino el doctor Calabuig. Me pusieron la nueva válvula hace poco más de un año y estuve ingresada unos 6 días. La verdad es que todo fue muy bien.

¿Notó enseguida la mejoría?

Con el tratamiento farmacológico que me habían puesto anteriormente ya me encontraba mejor. Pero desde que me hicieron el cambio de válvula no he vuelto a tener ahogos ni otros síntomas. Y aunque con la medicación había dejado de sentir ahogos, el cardiólogo de Granada me recomendó que me operase y que me hicieran el cambio de válvula enseguida

porque día que pasaba, día que iba a perder función cardíaca.

¿Cómo se encuentra ahora?

Muy bien y además el doctor Gavira, mi cardiólogo en la Clínica, me lo ha confirmado. Me ha dicho que estoy muy bien. Así que no tengo que volver hasta dentro de un año.

Los especialistas de la Clínica, ¿qué tipo de vida le han recomendado que lleve?

Me han aconsejado que camine más y que haga vida normal. Que para el corazón lo mejor es que camine todo lo que pueda. Pero, tal y como tengo la pierna, en cuanto ando más de 100 metros me duele y me tengo que sentar, aunque cada vez ando más.



MÁS INFORMACIÓN
Visite la página web
<http://bit.ly/estenosisAortica>

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!



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.

www.salvaescaleras.com

info@tkec.es



BÚSCANOS AHORA EN:

twitter

facebook



ThyssenKrupp

ThyssenKrupp Encasa
Vida en movimiento.

Células madre adultas para tratar la fibrosis pulmonar idiopática

Especialistas de la Clínica comienzan un nuevo ensayo clínico para tratar de frenar el deterioro de la función pulmonar propio de esta enfermedad



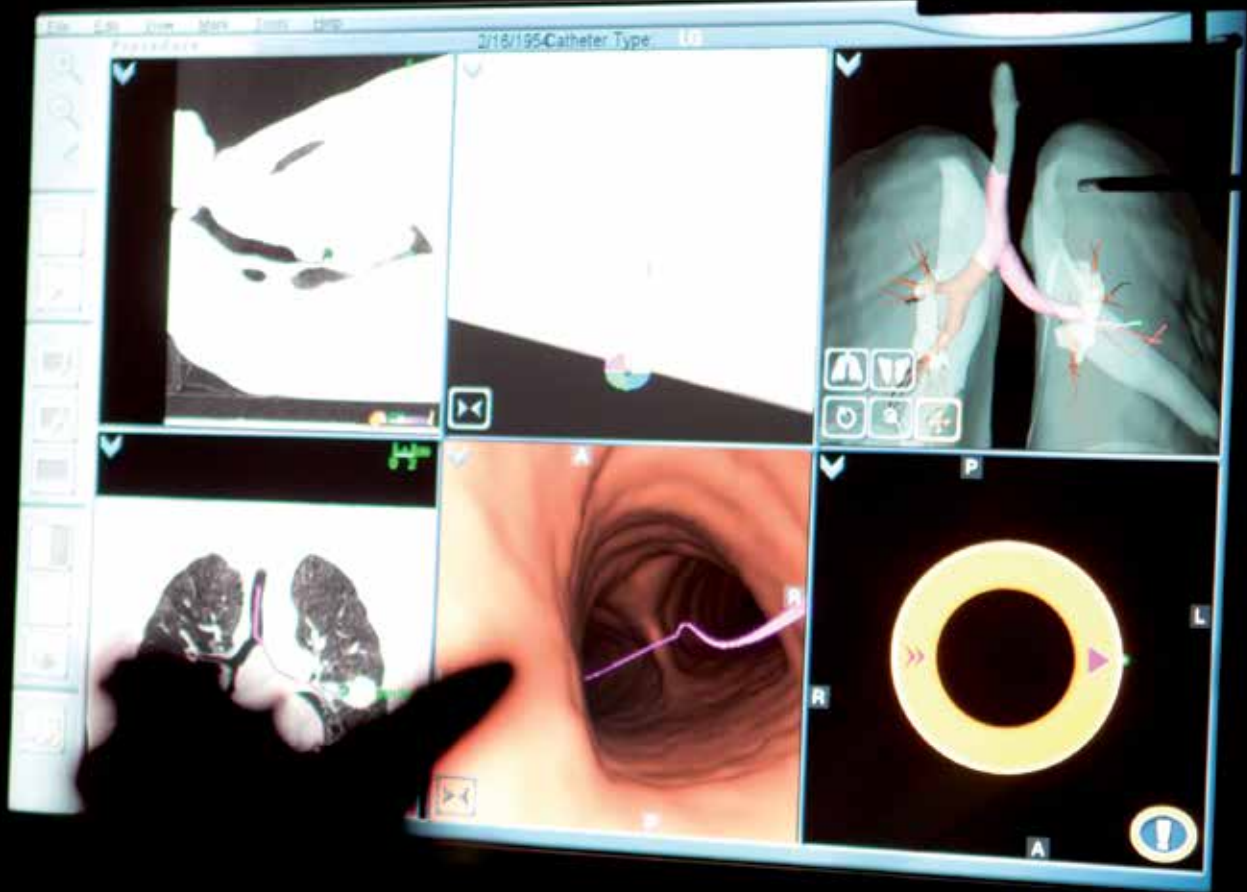
Equipo investigador. De izda a dcha, los doctores Javier Zulueta (director Neumología), Ana Belén Alcaide (Neumología), Felipe Prósper (director Terapia Celular), Arantza Campo (Neumología e investigadora principal del ensayo), Juan Pablo de Torres (Neumología) y Enrique Andreu (Terapia Celular).

CUN ■ Especialistas del Departamento de Neumología y del Área de Terapia Celular de la Clínica han puesto en marcha un ensayo clínico para probar la seguridad y eficacia de un nuevo tratamiento contra la fibrosis pulmonar idiopática (de origen desconocido). El procedimiento que se va a evaluar consiste en la administración de células madre adultas (obtenidas de la médula ósea del propio paciente) en la zona más afectada de los pulmones. El ensayo clínico es de carácter multicéntrico, ya que además de los especialistas de la Clínica Universidad de Navarra participa también un equipo de investigadores del Hospital Clínico de Salamanca. El proyec-

to se financia a través de una ayuda a la investigación del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del Gobierno de España.

Actualmente el ensayo se encuentra en fase de reclutamiento. La muestra que está previsto analizar estará compuesta por un total de 18 pacientes admitidos en el conjunto de los dos hospitales.

La fibrosis pulmonar idiopática es una enfermedad difusa “que afecta a los dos pulmones, de causa desconocida y de carácter progresivo y crónico”, describe la doctora Arantza Campo, especialista del Departamento de Neumología de la Clínica e investigadora principal del ensayo. El cuadro de

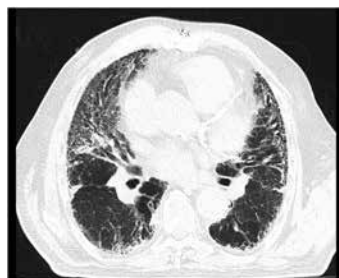


Reconstrucción en 3D de las imágenes de TC para el guiado del broncoscopio por el interior del árbol bronquial.

síntomas más habitual en los afectados por la enfermedad se caracteriza por disnea (dificultad respiratoria), limitación progresiva de la capacidad de esfuerzo y tos. En las últimas fases de la enfermedad, el paciente precisa administración de oxígeno para poder desarrollar una actividad relativamente normal.

ENFERMEDAD SIN TERAPIA EFICAZ. Además de probar la seguridad del tratamiento, el estudio se centrará en valorar la eficacia del procedimiento con células madre mesenquimales en detener el deterioro de la función pulmonar en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática. La elección de este tipo celular se basa “en las propiedades inmunomoduladoras de las células madre mesenquimales, cuya eficacia ya se ha probado en ensayos

LA ENFERMEDAD



Las imágenes muestran cortes de fibrosis, arriba, y su equivalente de pulmón sano, abajo.

clínicos dirigidos a otras enfermedades. Se trata de células capaces de regular la respuesta inmune del organismo”, explica la facultativa. Este tipo celular ha sido probado con anterioridad como terapia de la fibrosis pulmonar idiopática en un número escaso de estudios, tanto en modelo animal como en humanos. “Los resultados preliminares obtenidos han sido buenos”, subraya la investigadora.

De forma prioritaria, la puesta en marcha del actual ensayo clínico responde a “la inexistencia de una terapia eficaz capaz de detener los síntomas de la fibrosis pulmonar idiopática. A esta condición se le suma el mal pronóstico que presenta esta enfermedad, con una mediana de supervivencia de 5 años, lo que quiere decir que la mitad de las personas que la padecen fallecen cinco

años después del diagnóstico”, advierte la neumóloga. Estudios científicos recientes confirman que la supervivencia de los afectados es menor que la que presentan la mayoría de los tumores y muy próxima a la del cáncer de pulmón.

MÁS INFORMACIÓN

Las personas interesadas en participar en este ensayo clínico pueden escribir a la siguiente dirección de correo electrónico: ensayosacun@unav.es



Visite la página web <http://bit.ly/desfibrilador-subcutaneo>



El procesamiento de las células madre adultas se realiza en el Laboratorio GMP del Área de Terapia Celular.

Candidatos y metodología del ensayo clínico

■ Los pacientes que pueden ser candidatos a participar en este ensayo clínico son aquellos con un diagnóstico de la enfermedad entre leve y moderado. Deberán presentar las pruebas clínicas que refrenden el diagnóstico y en caso de sospecha sin confirmación se les realizarán las pruebas pertinentes así como algunas complementarias si fuera necesario.

Una vez confirmada la enfermedad, los pacientes se someterán a la extracción de células madre de su propia médula ósea. Con posterioridad, dichas células deberán procesarse en el Laboratorio GMP (Good Manufacturing

Practices) de Terapia Celular de la Clínica, donde se cultivarán hasta obtener la cantidad celular necesaria para el tratamiento.

Conseguida dicha población celular, se infundirán, de forma endobronquial mediante una broncoscopia, en la zona pulmonar más afectada. Las cantidades inyectadas variarán de un grupo a otro de pacientes. De este modo, la cronología del ensayo tiene prevista la infusión de 10 millones de células mesenquimales en un primer grupo de tres pacientes. Comprobada la seguridad del tratamiento, se aumentará la cantidad de células inyectadas a 50 millones

en otro grupo de tres pacientes. En caso de continuar validándose la ausencia de efectos adversos se procederá a la administración de 100 millones de células en un tercer grupo de 3 pacientes. Confirmada la seguridad de esta cantidad, se establecerá como dosis segura y se les infundirá a los 9 pacientes adicionales.

Tras administrar el nuevo tratamiento, la fase de seguimiento consistirá en una valoración clínica y funcional a los 2, 3, 6, 9 y 12 meses de la administración de las células madre, además de un estudio

Los pacientes que pueden ser candidatos a participar en este ensayo clínico son aquellos con un diagnóstico de la enfermedad entre leve y moderado.

radiológico que se realizará antes de iniciar el tratamiento y en los 3, 6 y 9 meses posteriores. Está previsto también un seguimiento a más largo plazo para comprobar los efectos del tratamiento.

Según destaca la investigadora principal, “la elección de las células madre mesenquimales radica en sus propiedades inmunosupresoras y antiinflamatorias ya que han sido utilizadas con éxito en el tratamiento de enfermedades autoinmunes como enfermedad de Crohn, artritis reumatoide y enfermedad de injerto contra huésped, entre otras”.

El equipo de especialistas prevé que los primeros resultados sobre la eficacia del tratamiento para la fibrosis pulmonar idiopática puedan obtenerse, aproximadamente, en dos años.

Primer estudio multicéntrico para establecer los valores pediátricos de fondo de ojo con OCT

Oftalmólogos de la Clínica han publicado los índices de normalidad en niños, tanto del nervio óptico como de la retina

CUN ■ El equipo de Oftalmología pediátrica de la Clínica ha liderado un estudio multicéntrico publicado recientemente en 'Acta Ophthalmologica', revista especializada de importante impacto en esta especialidad médica. En el trabajo, se establecen los parámetros de normalidad para valorar el nervio óptico y la mácula de niños y adolescentes de entre 4 y 17 años, según las mediciones realizadas mediante un tomógrafo de coherencia óptica (OCT).

El uso del OCT está ampliamente extendido en adultos para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades que afectan tanto al nervio óptico (glaucoma, neuritis óptica, edema de papila, atrofia óptica), como a la retina (degeneración macular asociada a la edad, edema macular diabético, maculopatía miópica, retinosis pigmentaria y distrofias maculares serían las principales).

[Es el primer estudio multicéntrico de estas características y se ha realizado en una muestra de 283 niños y adolescentes de entre 4 y 17 años](#)

Hasta la fecha, el equipamiento del OCT incorpora en su software los valores normales en adultos para su comparación con personas que presentan patología. Sin embargo, hasta ahora, dichos valores de normalidad no estaban validados en un estudio multicéntrico para pacientes pediátricos. Por este motivo, el equipo de la Clínica, junto con los de los hospitales de La Paz (Madrid) y Cruces e ICQO (Bilbao), desarrollaron y publicaron las conclusiones de un estudio en 283 niños y adolescentes, de entre 4 y 17 años, sin patología oftalmológica.

De esta base de datos, los investigadores pudieron estandarizar los valores de normalidad de las medidas mediante un OCT, de forma que atendiendo a las nuevas tablas pediátricas obtenidas, "el instrumental permite diagnosticar, evaluar y hacer un seguimiento en niños de las patologías del nervio óptico y de la mácula, lo que resulta de gran utilidad, ya que es una prueba inocua, fácil de realizar y muy fiable", según señala el doctor Jesús Barrio, oftalmólogo de la Clínica y autor principal del estudio. Se trata del primer estudio multicéntrico que se realiza con este objetivo.

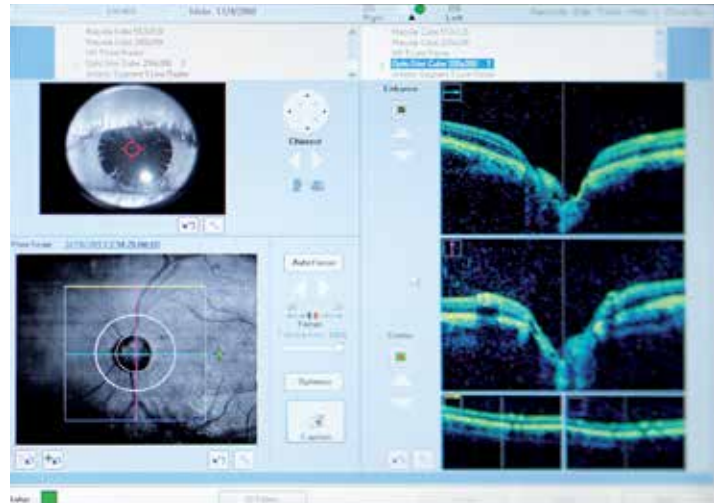


Imagen de un análisis de nervio óptico con el OCT.



La técnico Aurora Álvarez Vidal realiza un OCT a un paciente pediátrico.

TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA

Enfermedades del fondo de ojo

La tomografía de coherencia óptica (OCT) es una técnica utilizada en el diagnóstico de enfermedades del fondo de ojo, ya que permite el estudio de cortes de imagen del tejido ocular, similar a la que veríamos utilizando un microscopio en un corte histológico (imagen de una sección de tejido biológico). La OCT consiste en una fibra óptica que emite mediante un rayo láser una luz próxima al infrarrojo, capaz de visualizar y separar con nitidez los tejidos y de sondear estructuras microscópicas dentro de los tejidos biológicos, a modo de escáner. En Oftalmología, la OCT se emplea en el diagnóstico y seguimiento de determinadas enfermedades de la retina y del nervio óptico, entre las que figuran glaucoma, neuritis óptica, edema de papila, atrofia óptica.

Estudian los genes implicados en la hipermetropía infantil

Especialistas de la Clínica lideran un proyecto de investigación multicéntrico en fase de reclutamiento de pacientes en el que participan también profesionales de otros hospitales

CUN ■ Un 20% de los niños menores de seis años presenta una hipermetropía no fisiológica, un error en el enfoque visual que en numerosas ocasiones es necesario corregir con lentes y que en adultos afecta a un 10% de la población. Cierta grado de hipermetropía es normal en la infancia y no requiere tratamiento ya que puede compensarse utilizando el mecanismo natural de enfoque (acomodación). Cuando la hipermetropía es mayor, el esfuerzo de acomodación que se requiere para enfocar los objetos en la retina es más

intenso. Como consecuencia, pueden desencadenarse diferentes síntomas como dolores de cabeza, visión borrosa e incluso producirse estrabismo. Se sabe además que es una enfermedad altamente hereditaria, aunque, hasta el momento, poco se conoce acerca de sus causas genéticas.

Por este motivo, especialistas del Departamento de Oftalmología de la Clínica Universidad de Navarra han iniciado un proyecto de investigación en pacientes pediátricos de entre 6 y 17 años para precisar la implicación de determinados ge-

nes hereditarios en la presencia de este defecto visual. La investigación, dirigida por el doctor Jesús Barrio, oftalmólogo de la Clínica, es de carácter multicéntrico y se realiza en cooperación con la Unidad de Genética Clínica de la Universidad de Navarra (directora, doctora Ana Patiño) y con los equipos de Oftalmología del Hospital La Paz de Madrid (coordinadora, doctora Susana Noval), Hospital de Cruces e Instituto Clínico Quirúrgico Oftalmológico (ICQO), ambos de Bilbao, (coordinadora común, doctora Marta Galdós). Las muestras genéticas serán procesadas en el Laboratorio Experimental de Oftalmología de la Universidad de Navarra y custodiadas por el Biobanco de la Universidad de Navarra.

IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ. La hipermetropía se produce porque los objetos quedan enfocados por detrás de la retina en lugar de sobre ella. Las patologías oftalmológicas que aparecen con mayor frecuencia asociadas a la hipermetropía son fundamentalmente el estrabismo (pérdida de paralelismo entre ambos ojos) y la ambliopía (ojo vago, que implica disminución de agudeza visual). Su elevada

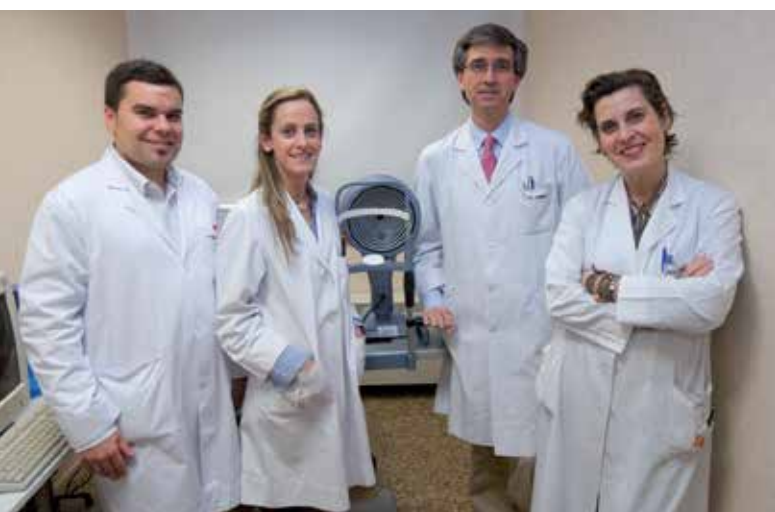
prevalencia en niños obliga a numerosas revisiones y consultas oftalmológicas. “En este sentido, la detección precoz de la hipermetropía no fisiológica es clave para poder tratarla de forma temprana y evitar las complicaciones asociadas a este error refractivo”, subraya el doctor Jesús Barrio, director de la investigación.

La hipótesis en la que se fundamenta el estudio reside en “el conocimiento actual de la importancia de los factores hereditarios implicados en el desarrollo de los defectos refractivos oculares”, revela el especialista. Sin embargo, así como la investigación en los genes de la miopía está más avanzada, la genética de la hipermetropía ha sido mucho menos estudiada. Esta circunstancia se debe a que en adultos la miopía puede provocar patologías potencialmente más severas. No obstante, hay que tener en cuenta que, en niños, la hipermetropía es la principal causa de problemas visualmente más relevantes.

OBJETIVOS DEL ENSAYO. La existencia de varias alteraciones localizadas en el gen HGF (Hepatocyte Growth Factor) asociadas a la hipermetropía se descubrió en 2010 en adultos de una población australiana. El objetivo fundamental del estudio actual reside en

[El ensayo está dirigido a pacientes pediátricos de entre 6 y 17 años y a un grupo control de otros 300 individuos sin defecto visual de entre 18 y 25 años](#)

[La detección precoz es clave para poder tratarla de forma temprana y evitar las complicaciones asociadas a este error refractivo](#)



Equipo investigación. los doctores Sergio Recalde (Laboratorio de Oftalmología), Elvira Bonet (Dpto. Oftalmología), Jesús Barrio (Dpto. Oftalmología y director de la investigación) y Ana Patiño (directora de Genética Clínica).

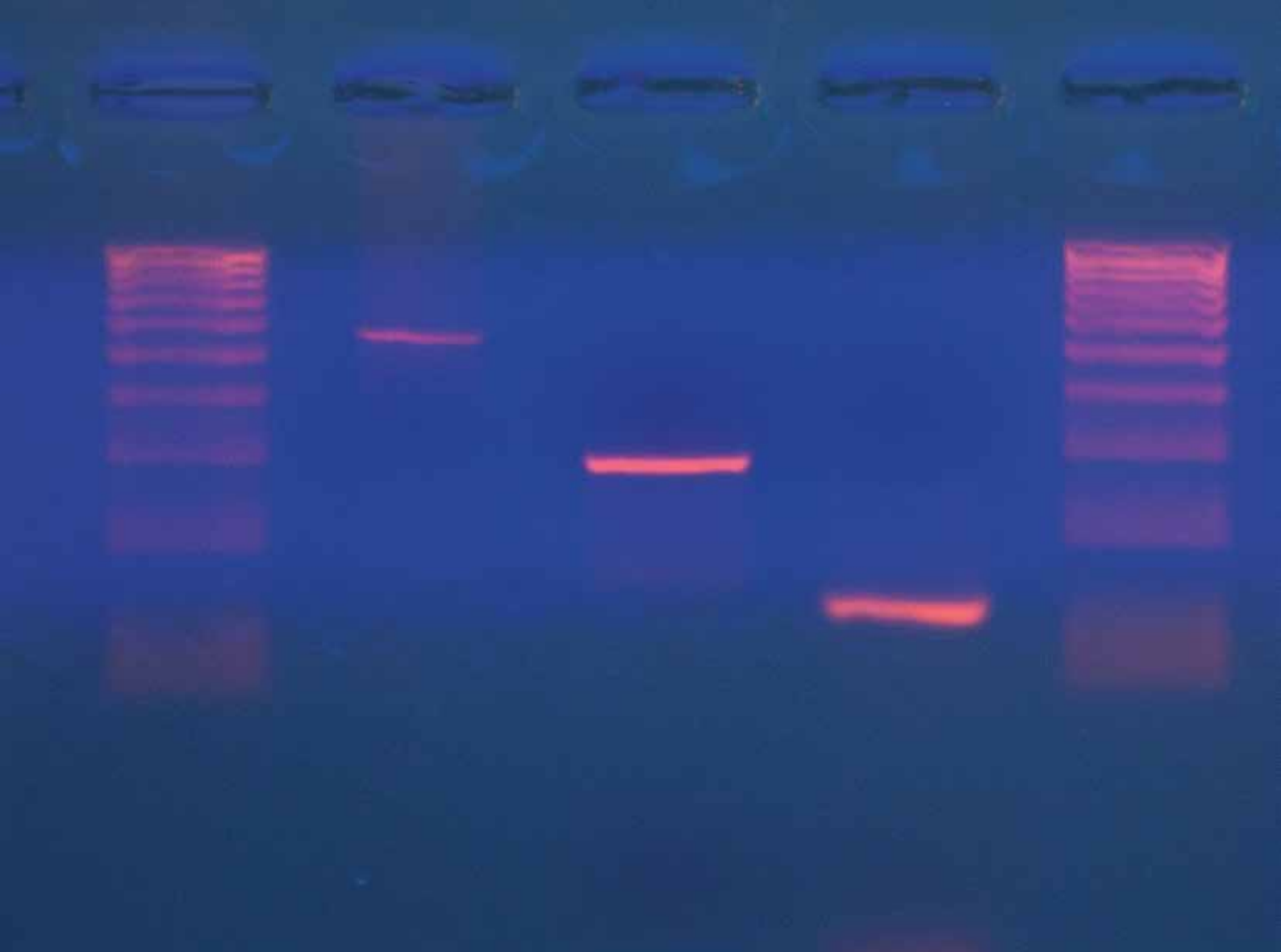


Imagen del análisis de los fragmentos del gen relacionado con la patología en estudio.

“verificar la existencia de esa asociación entre dichos marcadores genéticos y la hipermetropía en niños hipermétropes escogidos de una muestra de la población española”, argumenta el investigador. Para desarrollar este estudio comparativo está previsto analizar los principales polimorfismos (variantes genéticas) asociados a este defecto visual en un grupo de pacientes pediátricos hipermétropes. Para ello, se estudiará el material genético de la saliva, obtenido mediante cepillado de la mucosa bucal, “un método novedoso, en absoluto molesto, y que evita la necesidad de pinchar a los niños para extraer muestras genéticas”, indica el oftalmólogo.

Además, se observará la frecuencia de antecedentes familiares de patología ocular en el conjunto de niños hipermétropes estudiados, así como

la presencia de otras afectaciones visuales asociadas a la hipermetropía (estrabismo, ambliopía, intervenciones quirúrgicas, etc...).

En caso de que se confirmara la relación entre los polimorfismos genéticos estudiados y la existencia de la hipermetropía en la población infantil analizada, “habríamos dado un paso importante hacia el desarrollo de una prueba para detectar el riesgo de presentar hipermetropía patológica, un procedimiento que sería fácil e indoloro para los niños, de coste asequible y que serviría para prevenir la importante morbilidad (otras afecciones visuales) asociada a la hipermetropía infantil”, advierte el especialista. El doctor Barrio vaticina que, “de cara al futuro, lo importante sería llegar a tratar o prevenir la enfermedad a nivel genético”.

RECLUTAMIENTO DE PACIENTES

Estudio en población pediátrica

Para desarrollar el estudio, los especialistas esperan reclutar una muestra inicial de 300 pacientes de la citada franja de edad con una hipermetropía igual o mayor a 4 dioptrías. El grupo control (sujetos sin defecto visual), con el que se comparará el de pacientes hipermétropes, estará compuesto por otros 300 adultos jóvenes, en este caso con edades comprendidas entre 18 y 25 años. La decisión de realizar el estudio en población pediátrica radica en que es la edad infantil en la que se presenta una mayor incidencia de hipermetropía y en la que este error refractivo causa la mayor parte de otros problemas oftalmológicos asociados. La importancia de estas otras patologías vinculadas es significativa por su repercusión en el desarrollo integral del niño afectado por la dificultad visual. Esta circunstancia implica normalmente frecuentes consultas de revisión, así como la necesidad de distintos tratamientos para recuperar la visión.

Las personas interesadas en participar en el estudio pueden contactar en la dirección de correo electrónico: ebonet@unav.es.

Un tercio de las personas delgadas son obesas

Según un estudio del Departamento de Endocrinología, en el que se analizó la tasa de error en el diagnóstico de la obesidad que ofrece el IMC



Equipo tratamiento obesidad. De izquierda a derecha, los doctores Víctor Valentí (Cirugía General), Javier Escalada (Endocrinología), Fernando Rotellar (Cirugía General), Gema Frühbeck (Endocrinología y directora del Laboratorio de Investigación Metabólica), Javier Salvador (director Endocrinología), Amaia Rodríguez (Laboratorio de Investigación Metabólica), Javier Gómez Ambrosi (Laboratorio de Investigación Metabólica) y Camilo Silva (Endocrinología).

CUN ■ Un tercio de las personas clasificadas como delgadas mediante la medición de su Índice de Masa Corporal (IMC) son obesas, según las conclusiones de un estudio llevado a cabo en más de 6.000 individuos por especialistas del Laboratorio de Investigación Metabólica y del Departamento de Endocrinología y Nutrición de la Clínica Universidad de Navarra. Las distintas vertientes de este extenso estudio han sido publicadas en las revistas científicas *Obesity*, *International Journal of Obesity* y *Diabetes Care*.

El trabajo evaluó el grado de error en el diagnóstico de la obesidad que ofrece el procedimiento más habitual de va-

loración de esta condición, que es el Índice de Masa Corporal, cuya fórmula consiste en dividir el peso en kilogramos entre la altura en metros al cuadrado. Como principales resultados, el trabajo concluyó que un 29% de las personas que según el IMC se sitúan en el rango de normalidad ofrecen realmente un porcentaje de grasa corporal propio de una persona obesa y que un 80% de las personas que, según el mismo índice, presentan sobrepeso, realmente son obesas.

El análisis tenía su punto de partida en la premisa de que el IMC es el sistema más extendido para conocer la existencia de sobrepeso u obesidad. Además, los especialistas se



Sonia Romero, auxiliar de Endocrinología, realiza a una paciente la prueba del BOD-POD para medir su composición corporal.

han basado en que dicho procedimiento “subestima la prevalencia tanto de sobrepeso como de obesidad que, al fin y al cabo, se definen como un exceso de grasa corporal y no de peso”.

“Comprobamos que el método del IMC ofrece una altísima tasa de error en el diagnóstico de personas obesas”, advierte el primer firmante del artículo, el doctor Javier Gómez Ambrosi, investigador del Laboratorio de Investigación Metabólica de la Clínica, grupo liderado por la doctora Gema Frühbeck, directora del Laboratorio y presidenta de la Sociedad Europea para el Estudio de la Obesidad (EASO).

Partiendo de esta hipótesis, el equipo de la Clínica diseñó el estudio en una muestra de 6.123 sujetos, de los que en torno a 900 eran delgados según

PASA A LA PÁG. 20 >>

PUBLICACIÓN

Obesidad y diabetes

En otro trabajo desarrollado por el mismo equipo de investigadores, se valoró la relación del porcentaje de grasa corporal con la presencia de diabetes. Este estudio, publicado en la revista *Obesity*, “reveló, en varones de más de 40 años situados en el rango de personas delgadas según el IMC y con un perímetro de cintura normal, que la existencia de un mayor porcentaje de grasa corporal se asocia a mayor riesgo de diabetes” indica el doctor Gómez Ambrosi.

Tras las citadas conclusiones, el equipo de investigadores acometió un tercer estudio cuyos resultados fueron difundidos recientemente en la publicación *Diabetes Care*. En este caso, los especialistas elaboraron una herramienta para intentar compensar los errores en el diagnóstico de la obesidad que arroja el IMC. El objetivo de esta nueva fórmula de medición reside en “que los médicos de Atención Primaria y otros especialistas cuenten con una

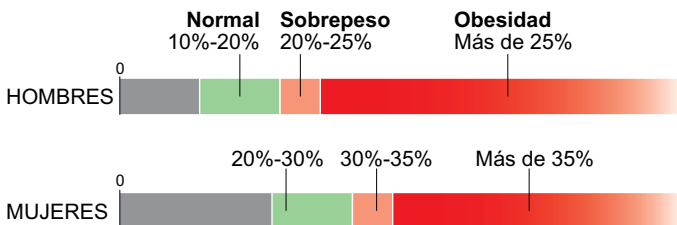
herramienta más precisa que el IMC”. Con tal motivo y basándose en los resultados obtenidos del estudio de los más de 6.000 individuos analizados, el equipo desarrolló una nueva ecuación, “bastante compleja, pero para cuyo cálculo hemos confeccionado una hoja excel que puede descargarse en el ordenador cualquier profesional interesado”, subraya el especialista. (El enlace a la fórmula CUN-BAE en la página 20).

ÍNDICE DE OBESIDAD CUN-BAE

Establece la condición de normalidad, sobrepeso u obesidad en función del porcentaje de grasa corporal, mediante una ecuación desarrollada por expertos de la Clínica Universidad de Navarra.

RANGOS ESTABLECIDOS

Las cifras representan el porcentaje de grasa corporal.



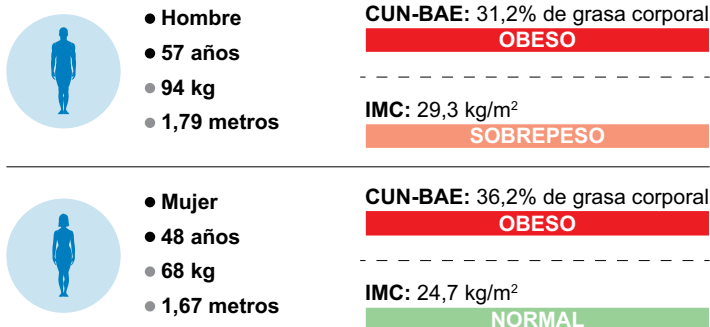
Variables usadas para realizar el cálculo

- Edad
- Sexo
- Altura
- Peso

Nuevas: Edad, Sexo
Ya usadas en el cálculo del IMC: Altura, Peso

EJEMPLOS

El índice CUN-BAE es más preciso que el Índice de Masa Corporal (IMC)



FÓRMULA CUN-BAE

Diagnóstico más preciso

El enlace web en el que se puede estimar el porcentaje de grasa corporal es el siguiente: <http://care.diabetesjournals.org/content/suppl/2011/12/13/dc11-1334.DC1/DC11334SupplementaryData2.xls>. A los datos de peso y altura habituales para el cálculo del Índice de Masa Corporal, se añaden además el de edad y sexo. La nueva fórmula, denominada CUN-BAE, aporta una estimación de la composición de grasa de cada individuo y los clasifica de acuerdo a rangos previamente establecidos según los cuales una persona tiene una composición de grasa corporal normal cuando presenta un índice entre el 10 y el 20% en hombres y entre el 20 y el 30% en mujeres; tiene sobrepeso cuando el valor de su ecuación se sitúa entre un 20 y un 25% en varones y entre un 30 y un 35% en mujeres y se consideran obesos los hombres con un índice por encima del 25% y las mujeres con más del 35% de composición de grasa corporal.

<<VIENE DE LA PÁG.19

su IMC, 1.600 presentaban sobrepeso y 3.500 eran obesos. El conjunto de individuos era de raza caucásica (blanca), de entre 18 y 80 años y, de ellos, un 69% eran mujeres.

FACTORES DE RIESGO CARDIO-METABÓLICOS AUMENTADOS.

El método utilizado para comprobar el margen de error que cometía el sistema del IMC en el cálculo del porcentaje de grasa corporal fue la pletismografía por desplazamiento de aire. Dicha valoración se realiza mediante un equipo denominado BOP-POD, cuyo funcionamiento se basa en la medición del volumen corporal a través del desplazamiento de aire que produce un cuerpo dentro de una cámara especial (mantiene constante presión, temperatura y humedad). En definitiva, se trata de un método específico para medir la composición corporal.

Además, los especialistas establecieron en todos los individuos estudiados los marcadores sanguíneos de sensibilidad a la insulina, el perfil lipídico (de riesgo coronario), así como por otros factores de riesgo cardiometabólico. Según estos biomarcadores, los investigadores comprobaron que los factores de riesgo cardiometabólico se encontraban elevados en aquellas personas delgadas o con sobrepeso, según el IMC, pero clasificados como obesos según su porcentaje de grasa corporal, en comparación con los individuos que presentaban índices normales de grasa corporal.

“Hemos demostrado –indica el investigador– que estos sujetos considerados delgados o con sobrepeso, que realmente tienen un porcentaje elevado de grasa, presentan elevadas cifras de presión arterial, glucosa, insulina, así como de co-

LA CIFRA

6.123

El equipo de la Clínica diseñó el estudio en una muestra de 6.123 sujetos, de los que en torno a 900 eran delgados según su IMC, 1.600 presentaban sobrepeso y 3.500 eran obesos. El conjunto de individuos era de raza caucásica (blanca), de entre 18 y 80 años y, de ellos, un 69% eran mujeres.

lesterol, triglicéridos y marcadores de inflamación”. En este sentido, el especialista destaca que “todos estos biomarcadores revelan unas consecuencias negativas en la salud de personas en las que se están obviando estos factores de riesgo porque son consideradas delgadas o, como mucho, con sobrepeso según su IMC y en las que, por tanto, no se están valorando ni midiendo estos indicadores de riesgo”.

Para los investigadores, la principal conclusión del estudio es el beneficio que se obtendría de incorporar en la práctica clínica diaria, a la medición del índice de masa corporal, el cálculo de la composición grasa del cuerpo junto con el de los factores de riesgo cardiometabólico, “tanto para el diagnóstico, como para implantar el tratamiento necesario para hacer frente a esa obesidad”, explica el doctor Gómez Ambrosi.



MÁS INFORMACIÓN
Visite la página web
<http://youtu.be/pJ-ZOqxJ5IN4>

Realizadas 290 revisiones gratuitas para el diagnóstico de la obesidad visceral

Dentro del programa 'Informar para Prevenir', el Departamento de Endocrinología y Nutrición ha realizado una campaña con diversas pruebas

CUN ■ El Departamento de Endocrinología y Nutrición de la Clínica desarrolló durante el pasado mes de marzo una campaña preventiva en 290 pacientes, consistente en revisiones gratuitas para el diagnóstico de la obesidad visceral (exceso de grasa que se deposita en el abdomen, alrededor de los órganos). Esta acción médica se enmarca en el programa 'Informar para Prevenir' que puso en marcha la Clínica por primera vez en marzo de 2012, con una campaña de detección precoz de cáncer de colon mediante análisis gratuitos de sangre oculta en heces.

En esta ocasión, las revisiones para el diagnóstico de la obesidad estuvieron dirigidas a todo el espectro de población, sin límite de edad, ya que la obesidad abdominal o visceral se revela como un importante factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (como la hipertensión y la insuficiencia cardiaca), metabólicas (como la diabetes o la hipercolesterolemia) e incluso de cáncer, entre otras complicaciones.

PRUEBAS GRATUITAS. Las pruebas que se efectuaron de forma gratuita consistieron en la realización de un VISCAN, equipo



Realización a una paciente de un VISCAN, prueba de medición para el diagnóstico de la obesidad.

para medir la grasa abdominal y el nivel de grasa visceral, además de una valoración antropométrica, procedimiento que comprende la medición del peso, de la talla, así como del perímetro de la cintura, cadera y cuello.

La campaña tiene como objetivo diagnosticar la obesidad visceral en todo el espectro poblacional, independiente-

mente de su índice de masa corporal (IMC), dada la tasa de error en el diagnóstico de la obesidad que arroja este indicador, según se ha podido

La obesidad visceral es causa de enfermedades cardiovasculares y de diabetes, entre otras graves patologías

comprobar en el estudio desarrollado en más de 6.000 individuos por investigadores del Laboratorio de Investigación Metabólica del Departamento de Endocrinología y Nutrición de la Clínica. Entre las principales conclusiones obtenidas en la investigación, destaca que un 29% de las personas consideradas delgadas según su IMC presentaban obesidad en mediciones más precisas del porcentaje de grasa corporal. En esta línea, un 80% de los individuos cuyo IMC indicaba sobrepeso realmente eran obesos.

RESULTADOS POR CARTA. Tras las exploraciones y en un plazo aproximado de 15 días, los pacientes recibieron en su domicilio una carta con los resultados obtenidos en las diferentes pruebas, al tiempo que se le detallaba si el diagnóstico corresponde al de una persona con un porcentaje de grasa visceral y troncal normal o, por el contrario, se sitúa dentro de los parámetros de obesidad.

En tal caso, los facultativos de la Clínica aconsejaron una visita a un especialista en Endocrinología y Nutrición para que le realice una evaluación personalizada y siga "un plan de tratamiento individualizado orientado al tratamiento de la obesidad y de las posibles complicaciones asociadas".

CUARTA ACCIÓN PREVENTIVA GRATUITA. La campaña de 290 revisiones gratuitas para el diagnóstico de la obesidad visceral y troncal constituye la cuarta acción diagnóstica y preventiva desarrollada por los profesionales sanitarios del centro hospitalario. Dichas exploraciones se enmarcan en la campaña 'Informar para Prevenir', puesta en marcha en 2012 por el centro hospitalario con motivo de su 50 aniversario.

Quinientas cirugías para el tratamiento de la obesidad

La Unidad de Obesidad ha tratado con éxito, mediante intervención quirúrgica bariátrica, a medio millar de pacientes en los últimos 15 años

CUN ■ El equipo de especialistas de la Unidad de Obesidad de la Clínica ha superado recientemente la cifra de 500 cirugías bariátricas desde su constitución hace ahora 15 años. Estas intervenciones quirúrgicas están específicamente indicadas para el tratamiento de la obesidad —enfermedad considerada actualmente una auténtica pandemia—, a la vez que mejoran el pronóstico de numerosas enfermedades que presenta asociadas. “La obesidad se ha convertido en una epidemia que afecta a todo el planeta y a la que nuestro país no es ajena”, señala el responsable de la Unidad de Obesidad, el doctor Francisco Javier Salvador, director del Departamento de Endocrinología y Nutrición de la Clínica. Los facultativos que junto a él integran esta área médica son los doctores Gema Frühbeck, Ca-

milo Silva y Javier Escalada, especialistas de Endocrinología, los doctores Fernando Rotellar y Víctor Valentí de Cirugía General y del Aparato Digestivo y los doctores Rafael Moncada de Anestesia, Fernando Sarráiz de Psiquiatría, Miguel Artaiz de Cardiología y Elena Urrestarazu de Neurofisiología.

Estudios epidemiológicos recientes revelan que un 23% de la población adulta presenta obesidad, en un contexto en el que el exceso de peso alcanza a un 62% de los españoles. La obesidad origina además un amplio abanico de complicaciones entre las que figuran las enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus, cardiovasculares como la hipertensión o la insuficiencia cardiaca, respiratorias como la apnea del sueño, articulares con afectación de caderas, rodillas y columna lumbar, y

LA CIFRA

62%

Los últimos estudios revelan que un 23% de la población adulta española presenta obesidad, en un contexto en el que el exceso de peso alcanza a un 62% de los españoles.

El bypass gástrico es la técnica de referencia y la más utilizada en el mundo para el tratamiento quirúrgico de la obesidad.

constituye además un elemento causal en el desarrollo de muchos tipos de cáncer.

ESTRATEGIA TERAPÉUTICA INDIVIDUALIZADA. La terapia convencional, basada en un plan de alimentación individualizado, actividad física regular y educación nutricional constituye el núcleo central del tratamiento de la obesidad. Pero cuando el índice de masa corporal supera el valor de 35 kg/m² y se detectan complicaciones mayores asociadas, el responsable de la Unidad indica que “se hace necesario adoptar una estrategia terapéutica que sea capaz de reducir de forma sostenida el exceso de grasa corporal y sus consecuencias”. En este entorno, la cirugía bariátrica constituye una rama de la cirugía del aparato digestivo destinada a realizar, mediante



El equipo especializado en cirugía bariátrica durante una intervención laparoscópica de bypass gástrico.

diversas operaciones, modificaciones en el tubo digestivo a fin de reducir el volumen del estómago, “asociada o no a la disminución de la absorción de los nutrientes ingeridos”, apunta el doctor Víctor Valentí. Con el paso de los años, las distintas técnicas han progresado de forma notable, así como los resultados obtenidos.

CIRUGÍAS MÍNIMAMENTE INVASIVAS. En la actualidad, “gracias al desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva o laparoscópica y a la gran experiencia adquirida por los grupos dedicados con especial interés a esta patología, los resultados son excelentes en cuanto a pérdida de peso y resolución de las enfermedades asociadas”, advierte el cirujano. De ellas, los especialistas de la Unidad de Obesidad destacan la diabetes mellitus, hipertensión arterial,

síndrome de apnea obstructiva del sueño y patología articular.

Si bien estas intervenciones son cirugías mayores, “el riesgo de presentar complicaciones operatorias hoy en día es bajo y equiparable a otros procedimientos habituales en cirugía abdominal como puede ser la colecistectomía (extirpación de la vesícula biliar)”, señala el doctor Valentí.

La creación de unidades multidisciplinarias como la de la Clínica “con amplia experiencia en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes ha conseguido que el número de intervenciones se incremente de año en año y que el abanico de pacientes susceptible de beneficio con estas intervenciones sea mayor que en sus inicios”, argumenta el facultativo.

Según detallan los cirujanos, desde el inicio del programa

de cirugía bariátrica en la Clínica hace 15 años, “hemos empleado casi todos los tipos de cirugía disponibles. Finalmente, avalados por la experiencia vivida y en consonancia con la evidencia científica hemos adoptado fundamentalmente dos técnicas: el bypass gástrico laparoscópico y la gastrectomía tubular laparoscópica”.

El bypass gástrico es la técnica de referencia y la más utilizada en el mundo para el tratamiento de la obesidad. Es una técnica mixta en la que se realiza, por un lado, una reducción del estómago mediante grapado (o sección del estómago) y, por otro, la conexión de la cavidad gástrica con un asa de intestino de longitud variable con el fin de que la comida pase por el tramo de intestino que interesa y evite su conducto natural. “El resultado de esta cirugía es que, por un lado, se ingiere me-

nos porque el estómago tiene menor tamaño y, por otro, parte de la comida no se absorbe”, explica el doctor Salvador.

La elección de una u otra técnica depende de las características del paciente y de la decisión multidisciplinar de los especialistas.

“El paciente candidato a cirugía, una vez estudiado según protocolo de nuestro centro, es intervenido por el mismo equipo de cirujanos y anestelistas, hecho clave para el buen devenir de la estancia hospitalaria de los pacientes”, advierte.

POSTOPERATORIO. Realizada la intervención, el paciente sigue un postoperatorio basado en la deambulación precoz, fisioterapia respiratoria y nutrición adecuada a sus necesidades. El ingreso hospitalario en la Clínica es de tres días de

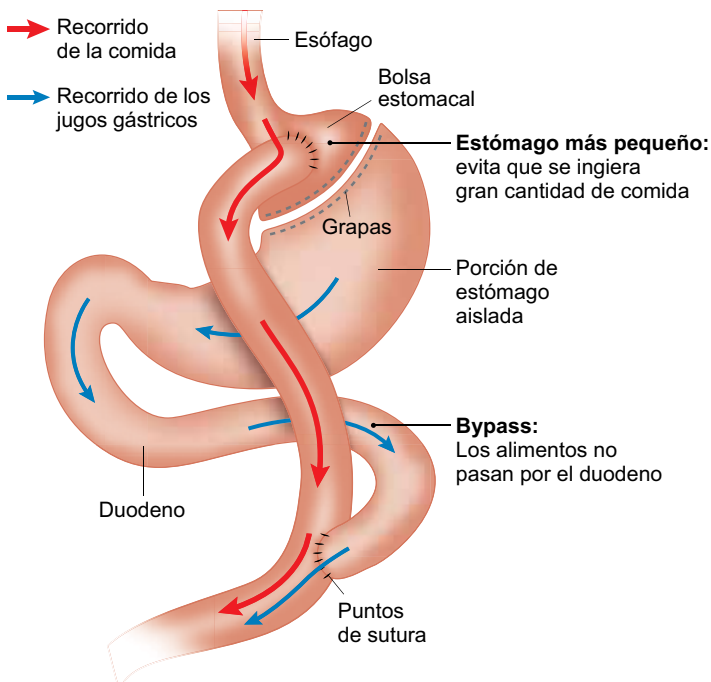
PASA A LA PÁG. 24 >>

TRATAR LA OBESIDAD

El tratamiento de la obesidad se puede realizar mediante diversas técnicas. La elección de una u otra depende de las características de cada caso.

BY-PASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX

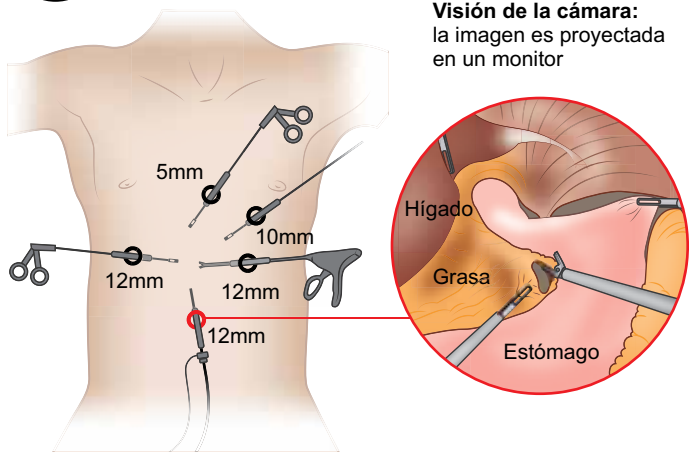
Es la técnica más usada. Se reduce el estómago y se conecta directamente con el intestino delgado. Se realiza mediante laparoscopia.



Laparoscopia:

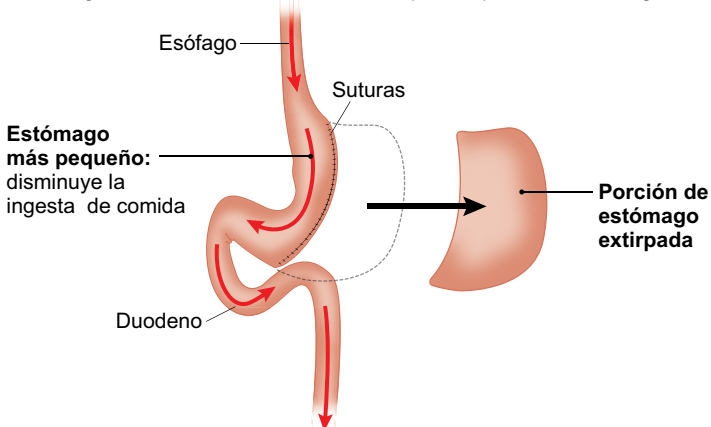
Es la forma de acceso a la zona a operar. Los instrumentos se introducen por cinco puertos de entrada. En uno de ellos se introduce una cámara.

~12mm~ Tamaño real de los puertos de mayor tamaño



GASTRECTOMÍA TUBULAR

Es la segunda técnica más usada. Se extirpa una parte del estómago.



<<VIENE DE LA PÁG.23

“Tras los años de experiencia, con el objetivo de mejorar el proceso hospitalario, hemos realizado sucesivas modificaciones técnicas y anestésicas, así como de cuidados de enfermería, motivo por el que actualmente el ingreso es breve y cómodo con alta satisfacción por parte de los pacientes”, asegura el doctor Valentí.

Tras la cirugía se refuerza la educación nutricional impartida con antelación, para asegurar el carácter progresivo de la introducción de alimentos tanto en consistencia como en cantidad a fin de facilitar la tolerancia y la adaptación nutricional al nuevo tubo digestivo. Siempre se prescribe un compuesto polivitamínico, reforzado por otros suplementos en el caso de bypass gástrico.

“Es absolutamente esencial cumplir las revisiones posteriores que se deben llevar a cabo para garantizar la progresión adecuada en la ingesta de nutrientes y asegurar la progresión descendente de la magnitud del peso corporal y del compartimento graso, manteniendo el máximo posible de masa magra y otros tejidos nobles”, subraya el doctor Salvador.

MOTIVACIÓN Y PLAN TERAPÉUTICO. La experiencia acumulada desde el inicio del programa de cirugía bariátrica de la Clínica en 1998 “demuestra que las revisiones deben llevarse a cabo con frecuencia de 1 a 3 meses a lo largo del primer año postoperatorio, espaciándose después según la evolución clínica”, indica.

El mantenimiento de la motivación junto con el cumplimiento correcto del plan terapéutico constituyen los objetivos más importantes de las revisiones porque minimizan la posibilidad de recuperación ponderal y rentabilizan al máximo la intervención quirúrgica realizada. “La respuesta clínica a largo plazo es mayoritariamente muy satisfactoria. Se caracteriza por una reducción ponderal (de peso) dura-

dera y por la mejoría o desaparición de las complicaciones derivadas de la obesidad que se encontraban previamente presentes”, revela el especialista.

En este sentido, destaca, “la diabetes mellitus merece especial mención, ya que si su tiempo de evolución es corto puede conseguirse una remisión mantenida o, cuando menos, una mejoría sustancial en su control metabólico y en el tratamiento antidiabético”.

Los beneficios se extienden también a otras complicaciones significativas como la dislipemia (alteración de los niveles de lípidos en sangre), hipertensión arterial, apnea del sueño y sintomatología articular. Cabe

La obesidad origina complicaciones entre las que figuran enfermedades metabólicas, articulares, cardiovasculares y respiratorias.

señalar la gran mejoría que se produce en el estado de ánimo, nivel de autoestima y calidad de vida en general.

La experiencia acumulada por la Clínica en estos quince años “es demostrativa del rendimiento que ofrece en eficacia y seguridad contar con un equipo multidisciplinar que integre a facultativos especialistas, nutricionistas y enfermería entre otros profesionales sanitarios”, argumenta el doctor Salvador.

Todo ello redundando en un aumento de la expectativa de vida, “lo que lleva a considerar a la cirugía bariátrica como un procedimiento de gran rendimiento y seguridad en el tratamiento de la obesidad complicada, siempre que se ofrezca en el marco de un equipo multidisciplinar y se programe sobre la base de un criterio de individualización adaptada específicamente a las necesidades de cada paciente”, concluye.

MÁS INFORMACIÓN
Visite la página web <http://bit.ly/delgado-sObesos>

'Se trata de ti', el nuevo magazine de salud de la Clínica en La 2

El espacio televisivo constará de 13 programas protagonizados por pacientes y médicos de nuestro centro

CUN ■ 'Se trata de ti' es un nuevo magazine de salud, protagonizado por pacientes y médicos de la Clínica, que La 2 de TVE emite desde el 23 de marzo. El novedoso formato televisivo consta de un total de 13 programas que se emitirán los sábados entre las 15 y las 15.30 horas. Cada programa contará en su primera mitad con el testimonio en primera persona de un paciente y de su respectivo especialista médico, esquema que se repetirá con otro caso real en la segunda mitad del espacio televisivo.

'Se trata de ti' es un programa informativo y divulgativo con una clara voluntad de servicio público, cuyos protagonistas son pacientes y facultativos de la Clínica quienes, apoyados en su propia historia, explicarán en un lenguaje accesible una muestra de 23 enfermedades y sus tratamientos. Zoopa es la productora que ha desarrollado el programa con la colaboración de los profesionales de la Clínica, escenario en el que se ha realizado la grabación de cada uno de los espacios televisivos.

El magazine está conducido por una presentadora de excepción, la periodista Carolina Ferre, con una dilatada experiencia profesional en programas de diferentes cadenas televisivas nacionales.



Carolina Ferre, en el plató de 'Se trata de ti'. A su lado, el doctor Javier Moreno y el paciente Miguel Francés.

LOS PROGRAMAS

- 1. Recuperación auditiva con implante coclear en una mujer sordociega.** Dr. Manuel Manrique.
- 2. Tercer trasplante de corazón en la misma persona.** Dres. Gregorio Rábago y Ramón Lecumberri.
- 3. Traumatismo craneoencefálico tras accidente de bicicleta.** Dr. Manuel Murie y Sandra Iturralde (fisioterapeuta). **Síndrome mielo-displásico.** Dra. Paula Rodríguez.
- 4. Trasplante de hígado de donante vivo entre madre e hija.** Dres. Ignacio Herrero y Fernando Pardo. **Cirugía robótica para solucionar apnea del sueño.** Dr. Peter Baptista.
- 5. Síndrome de Dravet** (epilepsia recurrente en niños). Dra. Rocío Sánchez-Carpintero. **Operación para colocar una prótesis de cadera.** Dr. Juan Ramón Valentí.
- 6. Sarcoma de partes blandas y cirugía para evitar la amputación de un brazo.** Dr. Mikel San Julián y Marta Lipúzcoa (responsable del Patronato Niños contra el Cáncer).
- 7. Doble implante coclear para devolver la audición a un profesor universitario.** Dr. Manuel Manrique. **Intervención quirúrgica y vacuna contra un tumor cerebral.** Dr. Ricardo Díez Valle.
- 8. Cáncer de mama, mastectomía bilateral y reconstrucción.** Dra. Marta Santisteban. **Recuperación tras dos ictus cerebrales.** Dres. Manuel Murie y Milagros Casado.
- 9. Leucemia en un joven montañero.** Dr. José Rifón. **Trasplante de riñón de donante vivo entre madre e hija.** Dra. Paloma Martín.
- 10. Leucemia y trasplante de corazón por los efectos secundarios de la quimioterapia.** Dres. Gregorio Rábago y José Antonio Páramo.
- 11. Recuperación de la vista tras regeneración corneal con células madre.** Dr. Javier Moreno. **Tratamiento de urticaria crónica.** Dra. Marta Ferrer.
- 12. Combinación de radiología intervencionista y cirugía vascular por isquemia en una pierna.** Drs. J. Ignacio Bilbao y Lukasz Grochowicz. **Operación de cirugía bariátrica para reducir 80 kilos de peso.** Dres. Camilo Silva y Víctor Valentí.
- 13. Recuperación tras arritmias cardiacas e ictus.** Dres. Juan José Gavira y Eduardo Martínez Vila. **Cirugía del Parkinson.** Dres. José A. Obeso y Jorge Guridi.

El doctor José Ignacio Bilbao, primer presidente español del Congreso Europeo de Radiología

El coordinador de Radiología Vasculare Intervencionista de la Clínica lideró la 25 edición anual de la reunión médica, en la que participaron más de 20.000 especialistas de cien países

CUN ■ El doctor José Ignacio Bilbao Jaureguizar, responsable de Radiología Vasculare Intervencionista del Servicio de Radiología de la Clínica, es el primer español que ha presidido el Congreso Europeo de Radiología (ECR). Y lo ha hecho en su última y más reciente edición, en la que la convención ha cumplido 25 años. El ECR constituye la mayor convocatoria anual e internacional de esta especialidad médica en Europa, que este año reunió a más de 20.000 radiólogos y facultativos de otras especialidades, procedentes de más de un centenar de países de todo el mundo.

El congreso es la reunión anual de la Sociedad Europea de Radiología (ESR) y se desarrolló en Viena (Austria) —sede del organismo europeo— entre los pasados 7 y 11 de marzo. Además, destacó en este simposio una exposición de 26.000 m² en la que 300 empresas mostraron los últimos avances tecnológicos.

Aunque en anteriores ediciones del ECR ha sido habitual una elevada participación de la Clínica, “en esta ocasión, el Servicio de Radiología ha reali-

CONFERENCIA INAUGURAL



La ESR invitó al doctor **Jesús Prieto** a pronunciar la conferencia inaugural del congreso como “reconocimiento a su experiencia y trabajo innovador en el campo de la cirrosis biliar primaria, así como en la terapia génica en las enfermedades hepáticas”. Su título: ‘Promesas y hechos de la terapia génica dirigida al hígado’. El doctor Prieto es especialista de Medicina Interna de la Clínica, director de Hepatología y Terapia Génica del Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) de la Universidad de Navarra, profesor de su Facultad de Medicina y doctor honoris causa por la Universidad de Oporto (Portugal) y por la Universidad Austral (Argentina). Experto en Hepatología, es considerado uno de los pioneros de la terapia génica en Europa.

zando un especial esfuerzo para contar con una representación más notable todavía. Es el centro hospitalario español que contó con mayor presencia en el Congreso”, destacó el director del departamento, el doctor José Luis Zubieta.

En palabras de su último presidente, el Congreso Europeo de Radiología “es el más prestigioso evento europeo de esta especialidad médica, ya que la Sociedad Europea de Radiología (ESR) es la mayor sociedad radiológica del mundo, con 57.000 socios”. En este sentido, el doctor Bilbao se felicitó porque “a pesar de la crisis, se ha mantenido la participación en el congreso, respecto a la convocatoria del año pasado e incluso ha aumentado la presencia de empresas del sector”.

Además, subrayó la condición multidisciplinar del congreso, “carácter fundamental, pues sin el trabajo en equipo de radiólogos y médicos de diferentes especialidades nunca se podría ofrecer el mejor servicio al paciente”. En este sentido, el programa intentó abarcar todas las áreas de conocimiento de la Radiología. Entre ellas, destacaron los tres

cursos categóricos. El primero, sobre la imagen urogenital, continuación del desarrollado el año anterior. El segundo, ‘Nada sin las arterias’, trató de responder, desde el punto de vista de la imagen, a preguntas comunes de la práctica clínica diaria. El tercer curso versó sobre ‘Imagen oncológica. Seguimiento de los tratamientos sistémicos y locales’ para abundar sobre la valoración de la respuesta tumoral.

Entre las principales novedades de la última edición del ECR figura la emisión on line, en directo, de las actividades que se desarrollaron en 13 de las 16 salas en las que se trabajó de forma simultánea. Unos 3.000 congresistas pudieron seguir los diferentes eventos en tiempo real y a distancia, desde países de todo el mundo. Por primera vez también este año, el moderador de las actividades recibía en el momento, a través de las redes sociales, preguntas relativas al tema que se estaba tratando.

En vista de las dimensiones del congreso, la Radiología, como disciplina médica, ¿es una especialidad en auge?

Lo es la imagen médica. Este área de conocimiento ha tenido un enorme desarrollo, tanto para el diagnóstico, como para el tratamiento mínimamente invasivo de los pacientes. La imagen médica valora dos aspectos de lo que se observa, su morfología y su función. Los radiólogos analizamos imagen anatómica de enorme precisión, como por ejemplo, la que puede observarse en Neuroanatomía mediante resonancia magnética. Nunca hubiéramos imaginado que podríamos llegar a observar de forma metódica estructuras tan finas. Pero es que además ahora estudiamos, por ejemplo, la función de un órgano, con Medici-



El doctor José Ignacio Bilbao, coordinador de Radiología Intervencionista de la Clínica y primer presidente español del ECR.

na Nuclear y con la tecnología de la resonancia magnética funcional; o delimitamos cuál es el biomarcador que puede predecir que una persona llegue a desarrollar determinada enfermedad. Todo este conjunto de aspectos constituye la imagen médica que en la actualidad forma parte predominantemente del dominio de los radiólogos, pero también de los especialistas en Medicina Nuclear o de los cardiólogos, de los neurólogos y de otras disciplinas. Lo que constituye un ejemplo de la necesidad de trabajar en equipo, de forma multidisciplinar.

En los últimos años, su disciplina ha experimentado probablemente el mayor desarrollo tecnológico de todas las especialidades médicas.

La revolución tecnológica en el desarrollo de la imagen médica es permanente. Hace tres décadas, cuando yo era residente, sólo había dos escáneres en España. Uno estaba en la Clínica. Prácticamente, la ecografía se utilizaba sólo para diagnóstico gestacional y poco más. La resonancia existía como concepto en trabajos de científicos que habían realizado estudios

de imanes. Y la radiología intervencionista, ni siquiera existía. Hoy es otro mundo radicalmente distinto, en permanente cambio y avance.

Constantemente surgen equipos de imagen cada vez más sofisticados.

Lo que hay que conseguir es obtener el mayor provecho de toda la tecnología disponible. Avanza tan rápido que debemos formarnos continuamente para exprimir al máximo el rendimiento que se puede adquirir de cada uno de los nuevos equipamientos, a la vez que saber combinar los conocimientos y los resultados de una y otra técnica para, en su conjunto, obtener los diagnósticos más precisos.

¿Cuáles señalaría como los principales retos de la Radiología?

La Radiología está inmersa en un inmenso auge porque es el núcleo central de la imagen médica. Pero dependerá de cómo dirijan los radiólogos esta cuestión, el hecho de que la Radiología continúe teniendo en un futuro una posición tan determinante como en la actualidad. Además, entre otros objetivos fundamentales figura la necesidad de conseguir

CURRICULUM

El doctor José Ignacio Bilbao ha sido socio fundador y presidente de la Sociedad Española de Radiología Intervencionista (SERVEI) y ha ocupado diferentes cargos de responsabilidad en las juntas directivas de otras entidades como la Sociedad Europea de Radiología y de la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM). Ha sido miembro de la junta directiva de la Sociedad Europea de Radiología Cardiovascular e Intervencionista (CIRSE), de la que también organizó un congreso (2004), así como de la Sociedad de Radiología Intervencionista de Estados Unidos (SIR), de la que es "fellow" (socio distinguido) correspondiente y co-editor de su revista científica. Es, además, miembro de la Comisión Nacional de la Especialidad de Radiodiagnóstico desde hace una década.

mayor visibilidad, tanto en la práctica clínica con los pacientes, como en las facultades de medicina y en la sociedad en general. También es necesario intensificar la enseñanza de la Radiología en las facultades, incidir en su carácter multidisciplinar y en la investigación. Los radiólogos debemos mantener la posición relevante en la investigación de la imagen médica.

El desarrollo tecnológico tan pujante en la imagen clínica, ¿discurre al compás de la formación del especialista?

En este congreso hemos podido comprobar que el progreso tecnológico cada vez va más de la mano de la especialidad de Radiología. Las grandes empresas tienden a concentrar sus esfuerzos y el congreso tiene cada vez más éxito entre las empresas del sector. De hecho, también ellas organizan anualmente aproximadamente 22 simposios satélites, entre 11 empresas, en los que presentan las actualidades o temas de interés para contárnoslas a los facultativos. Existe un interés recíproco de trabajo en común, de ir de la mano de los especialistas y vamos de la mano.

El uso del microscopio fluorescente en la extirpación de tumores cerebrales agresivos aumenta el tiempo de supervivencia

Neurocirujanos de la Clínica revelan en un estudio el beneficio que aporta eliminar todo el tejido fluorescente respecto al procedimiento convencional

CUN ■ La extirpación quirúrgica de todo el tejido tumoral detectado mediante el microscopio de fluorescencia, aumenta el tiempo de supervivencia en los pacientes operados de un glioblastoma (tumor cerebral muy agresivo), respecto a pacientes con el mismo diagnóstico intervenidos según el protocolo convencional, que es la resección (extirpación) del tumor observada por resonancia magnética.

Así lo ha demostrado un equipo de neurocirujanos e investigadores de la Clínica, liderados por el doctor Ricardo Díez Valle, en un estudio desarrollado sobre los resultados de 52 pacientes con diagnóstico de glioblastoma, intervenidos por primera vez. Las conclusiones han sido recientemente difundidas por la revista especializada *Neurosurgery*, publicación oficial del Congress of Neurological Surgeons, líder de la especialidad.



De izda a dcha, los doctores Miguel Angel Idoate (director Anatomía Patológica) y los facultativos del Departamento de Neurocirugía, los doctores Miguel Marigil (residente), Sonia Tejada (especialista), Guillermo Aldave (residente) y Ricardo Díez Valle (especialista e investigador principal).

Además del doctor Díez Valle, el equipo investigador está integrado por los especialistas del Departamento de Neurocirugía de la Clínica, los doctores Guillermo Aldave Orzaiz y Sonia Tejada Solís, junto al director del Departamento de Anatomía Patológica del mis-

mo centro hospitalario, el doctor Miguel Ángel Idoate Gastearna.

La técnica de fluorescencia permite al neurocirujano distinguir con nitidez la masa tumoral de los límites del tejido sano y conseguir así extirpar el máximo tejido tumoral, inde-

pendientemente del tamaño del tumor y de la región de la cabeza donde se aloje. La fluorescencia del tejido tumoral se consigue administrando al paciente una sustancia de contraste, el ácido 5 aminolevulínico, ingerida por vía oral. La sustancia (un metabolito habitual en el cuerpo humano), iluminada con la luz azul que emite el microscopio, hace que las células tumorales emitan una luz fluorescente roja, mientras las células sanas quedan de color azul.

El Departamento de Neurocirugía de la Clínica atesora una experiencia de más de 5 años en la utilización de la fluorescencia para intervenir pacientes con glioblastoma. Los resultados de resección total del tumor obtenidos por este equipo en los más de cien pacientes operados con fluorescencia se sitúan en torno al 85% de los casos, muy por encima del

Intervención quirúrgica para la extirpación de un glioblastoma (tumor cerebral agresivo) mediante microscopio fluorescente.



30% obtenido con la técnica habitual. En 2008 se realizó en la Clínica el primer curso de España para formar a neurocirujanos en este tipo de técnica. El doctor Díez Valle ha sido el profesor que ha impartido este procedimiento en diversos cursos desarrollados en otros centros españoles y europeos.

POR PRIMERA VEZ EN EL MUNDO. Los especialistas de la Clínica han comprobado por primera vez en la literatura científica mundial “que a pesar de haber eliminado quirúrgicamente todo el tejido tumoral observado en la resonancia, en algunos casos sigue quedando tejido fluorescente”, revela el doctor Díez Valle. Es decir, “hemos verificado que la fluorescencia muestra un poco más que la resonancia, ya que enseña parte de tejido tumoral que se infiltra en el tejido sano”, señala.

El equipo de investigadores ha obtenido estas conclusiones tras una revisión de 52 pacientes a quienes se les extirpó todo el tejido tumoral observado mediante resonancia magnética. Tras la intervención, la mitad de los individuos examinados no presentaba tejido fluorescente, mientras que la otra mitad todavía mantenía restos de tejido fluorescente residual. “En todos los pacientes, el tumor visible mediante resonancia magnética fue extirpado en su totalidad. Pero en los casos en los que había tejido tumoral fluorescente infiltrado en el tejido sano, quedaron restos porque su extirpación podría provocar al paciente algún déficit neurológico importante. Por este motivo, en la mitad de esos pacientes no fue posible extirpar ese tejido tumoral infiltrante que mostraba fluorescencia”, detalla el especialista.

MEDIANA DE SUPERVIVENCIA MÁS ALTA. De la comparación entre los resultados obtenidos en los pacientes en los que fue posible la eliminación total del tejido fluorescente, respecto a aquellos en los que por su situación infiltrante no fue factible, los investigadores obtuvieron conclusiones reveladoras. Comprobaron que la mediana de supervivencia (tiempo de supervivencia en la mitad de los casos), tras la intervención, se establecía en 27 meses en aquellos pacientes a quienes se había conseguido extraer todo el tejido fluorescente. En aquellos individuos en los que había quedado tejido residual con fluorescencia, la mediana de supervivencia se establecía en 17 meses.

“Lo que nuestro estudio ha demostrado por primera vez es que una extirpación tumoral superior a la indicada por resonancia magnética puede

prolongar significativamente la supervivencia”, subraya el doctor Díez Valle.

CONSECUENCIAS DEL HALLAZGO. “Hasta ahora, la referencia siempre ha sido la extirpación de todo el tumor observado en una resonancia magnética. Pero, a partir de ahora, se considerará mejor cuando se elimine todo el tejido fluorescente, si es posible, lo que supone algo más que la extirpación total observada por resonancia. Y esta nueva referencia sabemos que incrementa un poco más la supervivencia de los pacientes”, concluye el neurocirujano.

REFERENCIA

Neurosurgery. DOI: 10.1227/NEU.0b013e31828c3974



MÁS INFORMACIÓN
Visite la página web
<http://bit.ly/ensayos-Neurocirugia>

Elisa Muñoz “La Clínica era mi última baza antes de tirar definitivamente la toalla”

La paciente, cordobesa de 29 años, ha pasado un año y 9 meses con una calidad de vida muy limitada debido a un tumor benigno en una vértebra

CUN ■ Después de un año y 9 meses, Elisa Muñoz Maldonado obtuvo la respuesta. Se trataba de un osteoma osteoide localizado en la vértebra L1, un tumor benigno de pocos milímetros, que llevaba casi dos años haciéndole la vida imposible. Esta cordobesa de 29 años ha pasado todo un calvario de intenso dolor hasta que en un último intento, después de una búsqueda por internet, decidió acudir a la Clínica Universidad de Navarra. En concreto, solicitó consulta con el doctor Mikel San Julián, especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología de este centro hospitalario. Hoy, asegura, la pesadilla ha terminado.

“Fue el 2 de mayo de 2011. Estaba en una cafetería con mi marido y unos amigos. En el momento en el que fui a levantarme, sentí un dolor muy fuerte en la espalda, muy intenso, que me obligó a sentarme

de nuevo. Desde ese día, hasta la operación en la Clínica, el dolor no me había permitido llevar una vida mínimamente normal”, advierte.

Educadora social de profesión, con tan sólo 27 años, Elisa vio cómo se tambaleaba todo su mundo desde que el dolor irrumpió abruptamente en su vida. “Fue repentino, sin que mediara ningún golpe, ni caída, ni accidente. Sin saber porqué”, recuerda. La intensidad era tal que llegó a no dormir apenas y durante todo ese tiempo se vio obligada a tomar fuertes dosis de analgésicos.

Durante ese año y 9 meses, ¿cómo pudo convivir con un dolor tan intenso?

La verdad es que he estado muy mal. Tenía la vida muy limitada para todo. Tanto en casa, como en mi trabajo. Me iba a acosar y no podía dormir. Dormía media hora

y con pastillas. El dolor me incapacitaba para hacer cualquier cosa de la vida diaria. Tras visitar numerosos especialistas y después de casi dos años sin conocer ni el origen ni vislumbrar un final próximo para ese insoponible dolor, ¿nunca pensó en tirar la toalla?

De hecho, la había tirado ya. Acudir a la Clínica era ya mi última baza, mi última esperanza.

Después de tantos meses, ¿qué le llevó a pedir consulta en la Clínica Universidad de Navarra?

Un día a la desesperada entré en internet, buscando otras personas que hubiesen tenido este dolor de espalda. Y en una página web salió como referencia el doctor San Julián y me decidí a ir pedir consulta con él. Pensé que él tenía que dar con lo que yo tenía. Leí que era especialista en tumoración, tanto benigna, como maligna, que era muy bueno.

Una vez en la Clínica, ¿cómo fue la consulta?

Fue muy bien. El doctor San Julián vio todas las pruebas que me habían hecho hasta entonces y me dijo lo que nadie me había dicho, que sí se me podía operar y que me lo podían hacer mediante una



técnica muy poco invasiva. Una técnica que sé que se hace en muy pocos sitios de España.

Y para dar con el diagnóstico ¿tuvieron que hacerle muchas pruebas?

Con las pruebas que llevé, el doctor San Julián vio claramente lo que tenía. No hizo falta que me hicieran pruebas de imagen adicionales. Me exploró la espalda y vio que tenía una movilidad muy reducida, ya que por el dolor había desarrollado una escoliosis. Estuvo mirando todas las pruebas: resonancias magnéticas, TACs, radiografías, exploración de tórax..., de todo. Después de, aproximadamente, dos horas estudiando mi caso me dijo que tenía solución, que me tenía que intervenir y que, por lo tanto, no me volviera a Córdoba.

¿Cuál fue el diagnóstico que le ofreció al cabo de esas dos horas?

Me dijo que lo que tenía era un osteoma osteoide, que era un tumor vertebral óseo benigno, que provoca un dolor muy agudo. **Después de un año y 9 meses sin saber a qué se debía ese dolor, ¿qué pensó cuando le dieron el diagnóstico?**

“El doctor San Julián vio todas las pruebas que me habían hecho hasta entonces y me dijo lo que nadie me había dicho, que sí se me podía operar”

“En un TAC se veía una mancha en el hueso de la vértebra, como si fuera un lunar negro. Fue la primera vez que vi la causa de lo que me estaba pasando”.

“Además del dolor, lo peor era la duda de no saber hasta cuándo iba a durar esto, ni si algún médico iba a dar con la solución”.

Una inmensa alegría. Toda mi familia se puso muy contenta porque no sólo he sufrido yo, ellos también. En la Clínica, el doctor San Julián, después de ver todas las pruebas, me dijo que me tranquilizase porque una vez quitado la evolución iba a ser buena.

Y usted le creyó.

Me explicó que el tratamiento consistía en una resección percutánea. Que me la realizarían en una mesa quirúrgica de TAC, con anestesia general y que duraría aproximadamente dos horas en total. Y que si todo iba bien, a las 24 horas me podría ir a mi casa.

Después de tanto tiempo, cuando le ofrecieron para su problema esa solución aparentemente sencilla, ¿qué pensó?

Pensé que no me había equivocado. Y sobre todo porque vi al doctor San Julián con muchísima seguridad. Él fue quien me enseñó por primera vez la causa de mi dolor. En un TAC me señaló el osteoma osteoide. **Tras el tratamiento, ¿Cómo ha sido la recuperación?**

PASA A LA PÁG. 32 >>

<<VIENE DE LA PÁG.31

Ha sido buenísima. Cuando se me terminaron los efectos de la analgesia que me habían administrado, ya me encontraba muy bien. Me pude levantar de la cama sin dolor. Al día siguiente me fui en tren hasta Córdoba sin ningún problema. Y ya puedo trabajar con normalidad.

¿Entró en quirófano con un dolor insoportable, tratado hasta con morfina, y salió sin dolor?

Eso es. Salí genial. Entré en quirófano a las 12 y salí hacia las 14 horas. Me habían puesto analgesia muy fuerte hasta las seis de la tarde y conforme se iba el efecto ya me encontraba cada vez mejor. Después estuve un par de semanas sin sensibilidad

en la piel de la zona que me intervinieron, ya me habían advertido que era un efecto normal, y a partir de entonces ha ido todo muy bien. Ya puedo dormir, hacer las cosas de casa, pasear, ir al cine, a cenar... Es que hasta entonces casi no podía ni andar. **La enfermedad le habría afectado también mucho a su actividad profesional.**

Soy educadora social y trabajo en un centro de menores. Estuve un tiempo de baja porque me habían diagnosticado rotación de vértebra, aunque luego resultó que no era, pero tenía muchísimo dolor. Después me tuve que volver a incorporar. Pero en unas condiciones de trabajo limitadas porque tenía que hacer todo muy despa-

cio, con movimientos muy lentos y con mucho cuidado debido al dolor.

¿Cómo ha cambiado su vida?

No tomo absolutamente nada de medicación desde el día posterior a la operación. Sólo puedo decir que estoy genial. Todo lo que he pasado me parece una pesadilla de la que he despertado.

¿Qué recuerdos le quedan de la enfermedad?

No podía creerme lo que me ocurría. Me veía totalmente estancada, deprimida, sin ganas de arreglarme, ni de salir a la calle, ni de ver a la gente. No salía porque la espalda me dolía hasta bajando los escalones. La intervención ha supuesto un cambio radical en mi vida.

¿Se ha planteado hacer cosas que, cuando sufría los dolores, ya había descartado?

Para empezar había descartado tener hijos. Con la medicación que estaba tomando me dijeron que no iba a poder quedarme embarazada porque estaba todo el día medicada, así que era imposible.

Esta operación le ha devuelto su vida.

Recordaré toda mi vida al doctor San Julián porque gracias a él estoy perfecta.

Para su marido también habrá supuesto un gran alivio verle bien.

Está muy contento, sobre todo porque no sabíamos qué era lo que me pasaba. Y por fin alguien dio con la solución.



El doctor Mikel San Julián explica a Elisa el diagnóstico de osteoma osteoide.



MÁS INFORMACIÓN

Visite la página web

<http://bit.ly/elisaMunoz>

Tratamiento percutáneo con éxito

■ Según describe doctor San Julián, el osteoma osteoide, “es una lesión tumoral que por su pequeño tamaño y escasa frecuencia muchas veces no se piensa en ella y, como consecuencia, se retrasa su diagnóstico y tratamiento”. La mejor técnica para su localización “es el TAC de cortes finos con ventana ósea, una vez detectada en la gammagrafía. En concreto, la lesión de Elisa se halló mediante una gammagrafía y con el TAC se examinó en detalle”, indica.

Ante este diagnóstico, el especialista propuso a la paciente “un tratamiento percutáneo (a través de la piel), si bien, al localizarse la lesión en la columna, la intervención podía resultar un poco más complicada, ya que se trata de una zona con numerosas raíces nerviosas con riesgo

de que, al intervenir, puedan lesionarse. Por eso, antes de proceder al tratamiento percutáneo se le advirtió a la paciente de que, en caso de observar dificultades, podría ser necesaria una cirugía abierta”. Finalmente, el tratamiento percutáneo pudo desarrollarse con éxito y se descartó, por tanto, la opción quirúrgica abierta.

En concreto, el procedimiento consiste en localizar la lesión de forma percutánea mediante una aguja y con control intraoperatorio de TAC. Se realiza con anestesia general. El equipo médico participante estuvo integrado por un anestesista, un radiólogo y dos cirujanos. Localizado el tumor por TAC, “se introdujo la aguja hasta la lesión, de la que se tomó una muestra pequeña para corroborar el diagnóstico

que presumíamos, un osteoma osteoide”, detalla el especialista. Después se procedió a su eliminación mediante radiofrecuencia (aplicación de calor intenso). El procedimiento se prolongó por espacio de entre 60 y 90 minutos que, sumado al tiempo de anestesia, tuvo una duración total de dos horas.

Al día siguiente del tratamiento, la paciente ya no refería dolor. Se le dio el alta hospitalaria y volvió a su casa. “De forma casi inmediata, tras la intervención, dejó de tomar toda la medicación analgésica y antiinflamatoria porque ya no la necesitaba”.

“Según nuestra experiencia el 99% de los casos tratados se curan”, concluye el traumatólogo.



“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 Cardíacas.

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.



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

Primera terapia génica en España para la porfiria aguda intermitente

Digna Biotech coordina, con la Clínica, el CIMA, y el Hospital 12 de Octubre, un ensayo clínico contra esta enfermedad metabólica rara.



Equipo de la Clínica y el CIMA compuesto, de izquierda a derecha, por Bruno Sangro, Esperanza López Franco, Antonio Fontanellas, Delia D'Avola, Carmen Fuertes, Andrew Solomon, Gloria González Aseguinolaza y Jesús Prieto.

CUN ■ Digna Biotech ha puesto en marcha un ensayo clínico para tratar la porfiria aguda intermitente, una enfermedad genética rara que puede provocar importantes daños neurológicos. Esta empresa biotecnológica coordina un ensayo clínico fase I, en colaboración con la Clínica, el Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA), y el Hospital 12 de Octubre, de Madrid. El estudio se enmarca en el consorcio europeo AIPGENE, en el que también participan la empresa holandesa uniQure y centros de investigación de Alemania y Suecia.

El objetivo de este estudio es evaluar la seguridad y obtener datos preliminares de eficacia de un producto de terapia génica (el vector rAAV2/5-PBGD). En el ensayo participan los doctores Jesús Prieto, Bruno Sangro y Delia D'Avola, de la Unidad de Hepatología de la Clínica, y el doctor Rafael Enríquez de Salamanca, del Hospital 12 de Octubre. Esta primera fase durará un año y se va a realizar con ocho pacientes, que recibirán dosis en escalada para comprobar la tolerancia al tratamiento. Si los resultados son positivos, se iniciará la fase II en un número mayor de enfermos. Se estima que la terapia podría estar disponible dentro de cinco años, aproximadamente.

CON NOMBRE PROPIO



El doctor **Jorge Guridi**, director del Departamento de Neurocirugía, ha sido nombrado presidente de la Sociedad Española de Cirugía Funcional, sociedad multidisciplinar dependiente de su homóloga europea. La cirugía funcional trata problemas de trastornos del movimiento.

La doctora **Raquel Manrique Huarte** ha obtenido la beca Juan Gasso de investigación en audiología y otología que concede GAES para investigar los resultados y el impacto en la calidad de vida de pacientes ancianos con implante coclear.



El doctor **Gregorio Rábago**, subdirector del Servicio de Cardiología y Cirugía Cardíaca de la Clínica, ha sido nombrado miembro del EuroPCR Programme Comité. Sus funciones serán asesorar y ayudar en las cuestiones científicas de la organización del próximo congreso de esta Asociación Europea de Intervenciones Cardiovasculares Percutáneas. En este encuentro, el mayor foro europeo de cardiólogos intervencionistas, los expertos comparten conocimientos clínicos y prácticos con el objetivo de satisfacer las necesidades de cada paciente.

ENSAYOS CLÍNICOS

La Clínica tiene abiertos 197 ensayos clínicos que pueden consultarse en www.cun.es/profesionales/ensayos. Las áreas con mayor número en curso son Oncología Médica (75), Hematología (30), Hepatología (12) y Cardiología (10). A continuación los más recientes:

- Tratamiento de pacientes con **carcinoma hepatocelular avanzado** sin tratamiento previo mediante JX-594 (virus Vaccinia con TK inactivada que expresa GM-CSF).
- Ensayo en pacientes con **linfoma de células T periférico sin diagnóstico previo** con pralatrexato secuencial frente a observación.
- Estudio en pacientes con **cáncer renal avanzado** previamente tratado con BMS-936558 (anticuerpo anti-PD1).
- Efectos biológicos del tratamiento con BMS-936558 (anticuerpo anti-PD1) en sujetos con **melanoma avanzado**.
- Administración en **melanoma avanzado** de dabrafenib y tetrametinib en combinación con vemurafenib.
- Inmunoterapia mediante células dendríticas e hiltonol en **pacientes con tumores sólidos**.
- Estudio de la vacuna CV9104 en pacientes asintomáticos o mínimamente sintomáticos con **cáncer de próstata metastásico**.
- **Cáncer de próstata metastásico**: tratamiento con cabozantinib (XL184) en comparación con el de prednisona.
- **Cáncer de próstata** asintomático o mínimamente sintomático metastásico, tratado con PROSTVAC-V/F + FEC-GM.
- **Carcinoma metastásico de células renales**: tratamiento con tivozanib en comparación con sunitinib.



ENSAYOS CUN

Más información en:
<http://www.cun.es/profesionales/ensayos>

“Debería haber especialistas en determinadas enfermedades tal como se presentan en estas edades”

DOCTOR PETER BAPTISTA



Las patologías otorrinolaringológicas en las personas mayores requieren mayor atención

70 profesionales sanitarios asisten a un curso sobre enfermedades otorrinolaringológicas en pacientes geriátricos, organizado por la Clínica

CUN ■ “Es preciso prestar una mayor atención a las patologías otorrinolaringológicas características de las personas mayores, pues no olvidemos que ahora mismo este grupo, cuya edad supera los 65 años, es el que más crece en nuestra sociedad. Incluso debería haber especialistas en determinadas enfermedades tal como se presentan en estas edades”.

Así resume el doctor Peter Baptista, especialista del Departamento de Otorrinolaringología de la Clínica, parte de las conclusiones del curso sobre Otorrinolaringología Geriátrica que ha codirigido recientemente en Pamplona junto al doctor Secundino Fernández, del mismo departamento.

El encuentro, que reunió a 70 personas, estaba dirigido

no sólo a especialistas en Otorrinolaringología (ORL), sino también a médicos de Atención Primaria, geriatras, trabajadores sociales, rehabilitadores, logopedas, audioprotesistas y enfermeros.

Durante el curso, distintos especialistas ofrecieron detalles acerca de aspectos diagnósticos y terapéuticos propios de los principales trastornos de la ORL en pacientes geriátricos, como la hipoacusia o pérdida de capacidad auditiva, el vértigo, la disfagia o dificultad para

tragar, la presbifonía o deterioro de la voz, la obstrucción lacrimonasal y el lagrimeo, así como la rinosinusitis y los problemas que pueden derivarse de la ingesta de varios medicamentos, es decir, de la polifarmacia.

Entre los tratamientos para estas patologías, el doctor Baptista subraya la experiencia de la Clínica en terapias como el implante coclear para la hipoacusia, los tratamientos rehabilitadores para la pérdida de voz o los nuevos procedimientos para la rinosinusitis.

El doctor Narbona recibe el I Premio en Neuropsicología Infantil



■ El doctor Juan Narbona, especialista en Neuropediatría del Departamento de Pediatría

de la Clínica, ha recibido el I Premio del Consorcio de Neuropsicología Clínica (CNC) en Neuropsicología Infantil.

La entrega se realizó en el marco de la 6ª Reunión Anual, Neurorehabilitación Cognitiva en la que el doctor Narbona participó en la sesión de clausura con la conferencia “El trastorno de aprendizaje procedimental: actualización”.

Para el doctor Narbona, este premio es el reconocimiento al trabajo realizado por el Departamento en un campo que apenas cuenta con 30 años de recorrido y que ahora comienza a reconocerse como disciplina.



El presidente de la Real Academia Nacional de Medicina, Joaquín Poch Broto, impone la medalla de académico al doctor Artieda. En primer plano, Ana Pastor, ministra de Fomento, que estuvo presente en el acto.

El doctor Artieda, nuevo miembro de la Real Academia Nacional de Medicina

■ El doctor Julio Artieda, director del Servicio de Neurofisiología de la Clínica, fue nombrado el pasado 19 de marzo miembro de la Real Academia Nacional de Medicina, en la plaza de académico correspondiente de la

especialidad de Neurofisiología Clínica. Esta es la primera plaza que se convoca de esta especialidad.

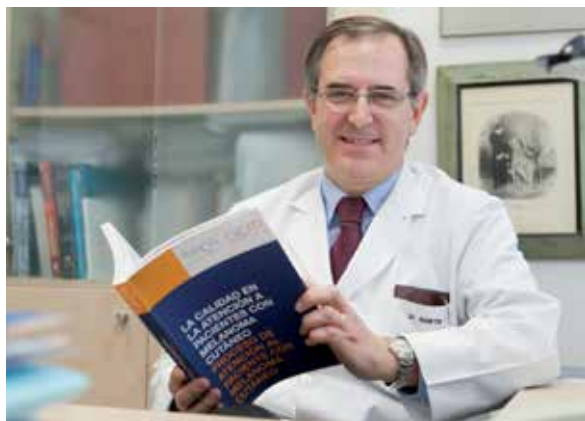
El doctor Artieda es, además, director del Área de Neurociencias del Centro de Investigación Médica Aplicada (CI-

MA) y catedrático de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.

Para el nuevo académico, “supone un orgullo formar parte de esta institución, fundada en el siglo XVII, en la que han estado hombres tan importantes para la Medicina como Santiago Ramón y Cajal, Gregorio Marañón o Carlos Jiménez Díaz”.

El doctor Martín Algarra coordina un libro sobre atención a los pacientes con melanoma

La obra lleva a cabo una revisión multidisciplinar sobre la asistencia e incluye aportaciones de los pacientes



El doctor Salvador Martín Algarra.

Título: La calidad en la atención a pacientes con melanoma cutáneo

Autores: Emilio Ignacio García, José Joaquín Mira Solves y Salvador Martín Algarra.

Editorial: SECA y GEM

Páginas: 490

■ Llevar a cabo una revisión multidisciplinar sobre la atención actual del paciente con melanoma con el fin de ayudar a que los afectados tengan el mejor tratamiento posible. Con este objetivo se ha publicado un libro, coordinado, entre otros, por el doctor Salvador Martín Algarra, director del Departamento de Oncología Médica de la Clínica y presidente del Grupo Español Multidisciplinar del Melanoma (GEM).

El libro, titulado 'La calidad en la atención a pacientes con melanoma cutáneo. Expectativas de pacientes con melanoma cutáneo', plasma el contenido de un documento promovido conjuntamente por el GEM y la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), que cuenta con el patrocinio del laboratorio Bristol Myers-Squibb.

Junto al doctor Martín Algarra, la obra ha sido coordinada por Emilio Ignacio García, Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial; y José Joaquín Mira Solves, catedrático del área de Psicología Social de la Universidad Miguel Hernández (Elche). En la elaboración de los contenidos han tomado parte un grupo de siete expertos en distintos campos, y otro formado por cuatro investigadores.

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:



• **11 de mayo.** 'Tumores cerebrales', con el doctor Ricardo Díez Valle, especialista del departamento de Neurocirugía.



• **14 de junio.** 'Cáncer de piel no melanoma', con el doctor Pedro Redondo, especialista del departamento de Dermatología.

• **12 de septiembre.** 'Implantes dentales y problemas maxilomandibulares', con el doctor Luis Naval, director del Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial.



MÁS VIDEOCHATS
<http://www.cun.es/recursos-multimedia/busqueda?archivo=videochat>

ENLACES DEL TRIMESTRE



www.dravetfoundation.eu

Página de la delegación en España de la Fundación Síndrome de Dravet, cuyo objetivo es promocionar, incentivar y conectar los principales centros de investigación mundiales del Síndrome de Dravet.

www.ciberobn.es

El Centro de Investigación Biomédica en Red-Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBERObn) trabaja con el objetivo de combatir la obesidad y patologías asociadas, así como mejorar, a través del estudio de la nutrición, la calidad de vida de los ciudadanos.



www.somospacientes.com

Mapa Nacional de Asociaciones de Pacientes, el directorio más completo de organizaciones de pacientes clasificado por enfermedades y por comunidades autónomas.

www.fundaciondiabetes.com

Una web creada con la finalidad de contribuir a la prevención y tratamiento de la diabetes y sus complicaciones, y a la mejora de la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad.

El doctor Luis Naval, codirector de un libro sobre reconstrucción facial compleja

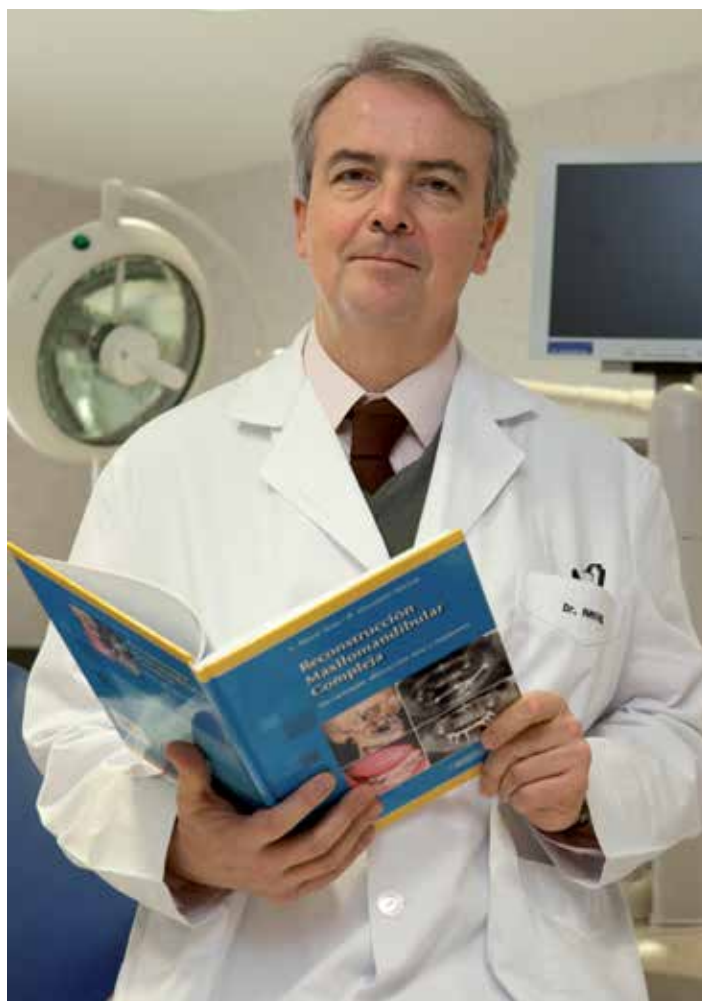
La obra se centra en la recuperación de defectos óseos y de partes blandas de la cara producidos por tumores, accidentes, o malformaciones

CUN ■ La experiencia de distintos especialistas en la reconstrucción maxilomandibular de personas que presentan defectos en la cara como consecuencia de un tumor, un accidente, malformaciones o infecciones ha sido recogida en un libro coordinado por el doctor Luis Naval Gías, director del Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Clínica.

Además de autor de varios capítulos, el doctor Naval ha codirigido esta obra –titulada ‘Reconstrucción maxilomandibular compleja. Microcirugía, distracción ósea e implantes’– junto al doctor Raúl González-García, especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz. En el libro colaboran otros dieciséis especialistas de centros hospitalarios españoles y estadounidenses.

El libro está dirigido a especialistas en Cirugía Oral y Maxilofacial, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Oncología Radioterápica, Anestesiología y Reanimación, así como a estomatólogos, odontólogos y protésicos dentales.

“En la reconstrucción de este tipo de defectos se trata de aportar tejidos perdidos me-



El doctor Luis Naval con un ejemplar de su libro.

dante dos técnicas: microcirugía y distracción o transporte óseo. Si el defecto afecta a la boca, el toque final se lleva a cabo mediante la colocación de implantes para conseguir una rehabilitación lo más completa posible”, explica el doctor Luis Naval.

Sobre la primera de las técnicas, la distracción ósea, recuerda que tiene su origen en la Cirugía Ortopédica y Traumatológica. “Se consigue la

formación de hueso nuevo mediante la separación gradual de segmentos óseos adyacentes al defecto. Cada día se realiza un movimiento de separación de entre 0,5 y 1 milímetros. Después de un tiempo, el hueso “distráido” se ha alargado con la peculiaridad de que, además de regenerarse el hueso, también crecen los tejidos blandos situados por encima, la mucosa en el caso de la boca”.

EL LIBRO

- **Título:** Reconstrucción maxilomandibular compleja. Microcirugía, distracción ósea e implantes.
- **Coordinadores:** Dr. Luis Naval Gías y Dr. Raúl González-García
- **Editorial:** Everest
- **Número de páginas:** 200
- **Precio:** 95 euros

CURRÍCULUM

■ **Licenciado en Medicina (1981), especialista en Estomatología (1983) y doctor (1984) por la Universidad de Zaragoza. Realizó la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial en el Hospital de la Princesa de Madrid. Fellow of the European Board of Oro-Maxillofacial Surgery otorgado por la Union Européenne des Médecins Spécialistes (Zurich,1996).**

■ **Director del Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Clínica Universidad de Navarra. Profesor de la Facultad de Medicina y de los másteres de Medicina Oral y Cirugía Oral de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid.**

■ **Autor de los libros 'Patología de la glándulas Salivares' (2011) y 'Manual de implantología' (2012). Además, ha participado como colaborador en 'Medicina Oral' (1988) y como asesor en 'Manual del residente de Cirugía Oral y Maxilofacial' (1997) y 'Autoevaluación en Cirugía Oral y Maxilofacial' (1999). Es coautor de '1st world congress on Head and Neck Oncology' (1998).**

■ **Ha escrito 159 artículos en revistas nacionales e internacionales y ha presentado 111 comunicaciones a congresos.**



Prevención y detección precoz, las mejores armas contra el melanoma

MI VINCULACIÓN y preocupación por el melanoma se remonta al año 2003, después de que mi hija Charlie, de 26 años, muriera como consecuencia de esta enfermedad. Entonces decidí que debía hacer algo, pero no tenía claro qué. Hable con muchos médicos y pacientes y llegué a la conclusión de que era necesario actuar contra esta enfermedad. En un primer momento creamos una fundación con el nombre de mi hija, Charlie Guild, que finalmente se integró en AIM at Melanoma.

Gracias a la invitación para participar en el IX Congreso Internacional de Oncología para Estudiantes organizado por la Universidad de Navarra, he tenido la oportunidad de transmitir a los asistentes nuestra experiencia con AIM at Melanoma, un ejemplo de organización no gubernamental sobre esta enfermedad que se ha convertido en un caso de éxito en oncología social.

AIM at Melanoma, fundación internacional que presido, es la mayor organización mundial relacionada con este tipo de cáncer de piel y centra su actividad en la investigación, educación, concienciación y legislación relativas a la enfermedad.

Contamos con una página web para los pacientes donde disponen de información y apoyo. Este sitio web tiene versiones adaptadas a distintos países, como España (www.aimatmelanoma.org/es/), donde los pacientes pueden conocer los ensayos clínicos que se llevan a cabo en cada país para tratar el melanoma. También apoyamos el desarrollo de iniciativas de pacientes por todo el mundo, entre ellas la Asociación de Afectados de Melanoma de España (AAME, www.aamelanoma.com).

En cuanto al apartado de investigación, AIM at Melanoma ha puesto en marcha el Grupo Internacional de Melanoma (IMWG por sus siglas en inglés), que forman 25 investigadores especializados en este tipo de cáncer de piel de Estados Unidos, Australia, España, Francia, Italia, Alemania y Grecia. Uno de los participantes españoles en el grupo es el doctor Salvador Martín Algarra, director del Departamento de Oncología Médica de la Clínica Universidad de Navarra. Este grupo se reúne dos veces al año: una en Europa y otra en Estados Unidos para compartir avances en el tratamiento de la enfermedad y trabajar en proyectos conjuntos.

Cuando me preguntan si el nivel de investigación sobre esta enfermedad es diferente por países, respondo que la investigación es investigación, es lo mismo en todo el mundo. Aunque van apareciendo nuevos tratamientos, sigo pensando que no hay mejores armas para luchar contra el melanoma que la prevención y la detección precoz. No olvidemos que los avances en investigación llevan mucho tiempo y mientras tanto, lo más

recomendable es la detección precoz: enseñar a las personas a observar su piel, acudir pronto al médico... Son las mismas claves que para luchar contra el cáncer de mama.

Sobre legislación, en estos nueve años nuestra fundación la lograda impulsar leyes en 27 estados de los Estados Unidos para regular el acceso de los menores de 18 años a las cabinas de bronceado artificial. No ha sido nada fácil porque mi país está dividido en 50 estados y cada uno cuenta con sus propias leyes. Hasta ahora, muchos estados sólo prohibían el uso a menores de 16, 15 o 14 años, según cada norma estatal. En estos momentos, siguiendo el ejemplo de California que fue el primero, otros 26 estados cuentan con leyes que exigen una edad mínima de 18 años para utilizar las cabinas de bronceado.

Seguimos trabajando en la misma dirección y esperamos que estas normas se extiendan a los 50 estados, pero es una labor lenta y complicada. No sólo es difícil convencer a los adolescentes de los riesgos de la exposición a los rayos ultravioleta a edades tempranas, sino que también nos enfrentamos a la oposición de las empresas del sector del bronceado artificial. No olvidemos que estas cabinas son utilizadas por unos 30 millones de usuarios en Estados Unidos, de los que entre 2 y 3 millones son adolescentes. En suma, se calcula que el negocio ronda los 3.000 millones de dólares.

Pese a las dificultades, no podemos quedarnos de brazos cruzados. En Estados Unidos, el melanoma es el cáncer con mayor prevalencia en mujeres de entre 20 y 30 años y el segundo más frecuente entre los 30 y 35 años, por detrás del cáncer de pecho. Y lo preocupante es que sabemos que una incidencia tan elevada se debe tanto a la exposición al sol al aire libre como al uso de cabinas de radiación ultravioleta.

Por eso, tratándose de adolescentes, resulta fundamental la prevención. Se ha encontrado cierto componente adictivo en el hecho de broncearse artificialmente. De alguna manera, se asemeja al tabaco: cuanto antes se empieza a fumar, más cuesta dejarlo. Y por lo que conocemos ahora, cada sesión de bronceado artificial a la que se somete un adolescente incrementa un 1% sus posibilidades de desarrollar un melanoma.

Hay quien cuestiona nuestro empeño en impulsar legislaciones que impidan el acceso al bronceado artificial a menores de 18 años y propone que la prevención se lleve a cabo mediante campañas de concienciación. Sin embargo, está demostrado que la prohibición resulta mucho más efectiva. Y bien se podría comparar con el consumo de tabaco y alcohol: si estamos de acuerdo en no permitir que nuestros adolescentes beban o fumen, tampoco podemos dejar que corran los riesgos que pueden derivarse del bronceado artificial.

Valerie Guild es presidenta de la fundación internacional AIM at Melanoma.



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](http://bancopopular.es).



www.bancopopular.es

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.

