noticias.cun
REVISTA DE LA CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA ENERO - MARZO 2017 NÚMERO 099

Pura vida

Primer corazón artificial total de España **4-9**

Radioterapia interna. Irradiación en tan sólo 5 días, de forma precisa y sin riesgo, para curar el cáncer de mama. **14-16**

Nueva Clínica en Madrid. El Área de Salud de la Mujer potenciará una ginecología integral y personalizada. **18-21**

Ranking de reputación. La Clínica reconocida por tercera vez como el mejor hospital privado de España. **24-25**

Apartamentos y habitaciones
Junto a la Clínica Universidad de Navarra

Apartamentos de lujo en la Avda. Pío XII.
Perfectamente equipados y amueblados.

Habitaciones desde 32 euros al día.
Limpieza diaria, cambio de sábanas y toallas.

Gestión de Alojamientos
y
Servicios Inmobiliarios

Travesía Acella 1, bajo
Frente a Clínica Universitaria
948 250 250
alojamientosenpamplona.com
info@gestiondealojamientos.com

IN MEMORIAM
Mons. Javier Echevarría. El Gran Canciller de la Universidad de Navarra, siempre muy cercano a los pacientes y profesionales de la Clínica. **35**

099
Ene-Mar 2017

Trasplante de corazón artificial completo. La Clínica coloca el primer dispositivo cardiaco completo en un paciente. **4-9**
Plagiocefalia. Nuevo procedimiento para diagnosticarla y tratarla de manera inocua para el niño. **10-11**
Depresión infantil. Entre un 5 y un 10% de niños y adolescentes presenta síntomas. **12-13**
Cáncer de mama. Demuestran la eficacia de la aplicación de la radioterapia interna intensiva. **14-16**
Nueva Área de Salud de la Mujer. Uno de los principales servicios multidisciplinares que se desarrollarán en la nueva clínica en Madrid. **18-21**
Investigación. Nuevo tratamiento contra la amiloidosis. **22**
Monitor de Reputación Sanitaria. La Clínica, hospital privado con mejor reputación de España por tercer año consecutivo. **24-25**
Trasplante hepático. La laparoscopia mejora los resultados de la cirugía abierta en el donante vivo de hígado. **26-27**
Ensayo clínico. Investigación para tratar arritmias sin fármacos anticoagulantes. **28**
Historias de la Clínica. Entrevista a Adriano Malori, ciclista del equipo Movistar tratado en la Clínica de las secuelas de un accidente. **30-32**
Actualidad. Nuevo volumen de "Historias de la Clínica". **37**
Firma invitada. José María San Segundo, director del MRS y Manuel Sevillano, director general de MERCO. **38**

EDITORIAL

Un corazón de Padre en el Cielo

El pasado 2 de diciembre la Clínica dio a conocer la colocación por vez primera en España de un corazón artificial total, a un hombre de 47 años, que padecía una miocardiopatía dilatada grave con fallo biventricular. Un corazón de plástico daba sus primeros latidos en el interior de Óscar. Un hito en la sanidad española para alargar la vida, paliar el sufrimiento y seguir volando alto hasta alcanzar el sueño de tratar a los enfermos como personas de una dignidad inabarcable.

La noticia se produjo diez días antes de que otro corazón, este de carne, dejara de latir a sus 84 años. Monseñor Javier Echevarría fallecía en Roma después de 22 años como prelado del Opus Dei. Le conocimos como Gran Canciller de la Universidad de Navarra, y así nos alentaba a "llegar muy lejos" para poner a la Clínica en lo más alto del cuidado a los enfermos. Muy a menudo le tratamos también como paciente, y sentimos de cerca su humanidad hacia los profesionales que le trataban. Esa cercanía con el sufrimiento nos hizo sentir sus desvelos de Padre al comprobar que siempre llevaba a la Clínica en su corazón.

En su funeral de exequias, Monseñor Fernando Ocáriz señaló que "por la fe, Mons. Javier Echevarría se sentía muy hijo de Dios y esto le ayudaba a superar las dificultades y los sufrimientos, también físicos". Don Javier era un hombre de corazón grande. En sus últimos días, como un inesperado legado, repetía estas palabras: "¡Que os queráis! Si uno tiene fe, esperanza y caridad las penas más grandes acaban siendo ligeras, porque las lleva Jesús".

Como en una secuencia de latidos inacabados, el corazón de Óscar estrenaba de nuevo la vida, al tiempo que el corazón del Padre seguía queriendo ya en el Cielo. Y nosotros, agradecidos por haber casi tocado estos dos ejemplos de pura vida.

Noticias de la Clínica Universidad de Navarra. Número 99. Primer trimestre de 2017. Director General: José Andrés Gómez Cantero. **Director Médico:** Jesús San Miguel Izquierdo. **Director de Comunicación:** Santiago Fernández-Gubieda (santiagof@unav.es). **Coordinación:** Mónica Ruiz de la Cuesta (mrdelacuesta@unav.es).**Textos:** María Luisa G. Cobo, Marta Chávarri, Miguel Ángel Echávarri y Mónica Ruiz de la Cuesta. **Infografía:** Heber Longás y Covadonga F. Esteban. **Fotografía:** Manuel Castells (fotos@unav.es). **Responsable comercial:** Katrin Astiz (kastiz@unav.es). **Diseño:** Errea Comunicación. **Secretaria de Redacción:** Idoya Bergua (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. **E-mail:** atpacientecun@unav.es. **Facebook**: http://www.facebook.com/clinicauniversidadnavarra.
Twitter: @ClinicaNavarra. **YouTube:** http://www.youtube.com/clinicauniversitaria. **Flickr:** http://www.flickr.com/photos/clinicauniversidaddenavarra

Implantado con éxito en España el primer corazón artificial completo

El dispositivo sustituye totalmente la función cardiaca del corazón de un paciente a la espera de recibir el trasplante

De izquierda a derecha, los Dres. Juan José Gavira (cardiólogo CUN), Gregorio Rábago (Dir. Cirugía Cardiaca CUN), Vanessa Arrieta, Ana Carmen Abecia y Mayte Basurte (cardiólogas del CHN) y la enfermera Leticia Jimeno (coordinadora de Cardiología de la CUN) sostienen en sus manos el corazón artificial total.

CUN ■ Más de un año en lista de espera para un trasplante cardiaco y el corazón de Óscar ya no pudo esperar más. Un equipo multidisciplinar de especialistas de la Clínica y del Complejo Hospitalario de Navarra optaron por darle una opción alternativa ante la precariedad de su estado de salud. El pasado 21 de septiembre le implantaron un corazón artificial total, en este caso, del modelo SynCardia. Se trata de la primera vez que una intervención de estas características se salda con éxito en la supervivencia del paciente. Óscar L. E. de 47 años, vecino de una localidad navarra, pasea desde hace semanas por las instalaciones de la Clínica, dos meses y medio después de la enfermedad. Y lo hace con una mochila a su espalda. La que porta la consola de control de su nuevo corazón y las baterías que lo hacen funcionar.

La historia clínica de Óscar comenzó hace 19 años, cuando a sus 28 de edad le diagnosticaron una enfermedad cardiaca. Sin embargo, hasta hace dos años, este albañil navarro pudo hacer una vida totalmente normal. En esas fechas comenzaron a mostrarse los primeros síntomas de una miocardiopatía dilatada grave con fallo biventricular (de la función de los dos ventrículos). Debido a esta enfermedad Óscar era evaluado de forma regular por la Unidad

En señal de triunfo, profesionales de la Clínica Universidad de Navarra y del Complejo Hospitalario de Navarra implicados en el implante del corazón artificial total junto al paciente Óscar L. E. (sentado en el centro de la fotografía).

de Insuficiencia Cardiaca del Complejo Hospitalario de Navarra. Desde este centro, fue derivado, en agosto de 2015, a la Clínica con indicación para un trasplante cardiaco. Desde entonces, el paciente había permanecido en lista de espera debido a la dificultad para encontrar un donante adecuado a sus características.

La descompensación cardiaca que sufría Óscar L. E. intensificó la frecuencia de los ingresos hospitalarios. De este modo, tras su última estancia en la Clínica —de más de un mes de duración—, y ante una escasa respuesta del paciente al tratamiento médico, se decidió intervenirle para implantarle un corazón artificial que haría las funciones de su órgano cardiaco. Actualmente, tras un mes en la UCI de este centro hospitalario y una semana en la Unidad de Cuidados Intermedios, el paciente lleva ya tres semanas hospitalizado en planta donde, según el parte del equipo facultativo, se recupera satisfactoriamente. Dos meses después de la cirugía, Óscar pasea de forma autónoma por el interior y exterior de la Clínica, a pocos días de volver a su casa.

TRABAJO COLABORATIVO Y DATOS DE SUPERVIVENCIA

El 95% sobrevive

La cardióloga del Complejo Hospitalario de Navarra, Mayte Basurte, destaca la importancia del trabajo colaborativo entre los dos grupos, con una estructura y una periodicidad del trabajo desde octubre de 2015 que se traduce en reuniones mensuales en las que tratan el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con seguimiento desde el CHN de los pacientes enviados a la Clínica. "Es una forma de colaboración satisfactoria y enriquecedora para los dos grupos, pero del que el auténtico beneficiado es el paciente", subraya. Un modo de trabajo que ha permitido una mejor selección de los pacientes con indicación para trasplante de corazón, con unos índices de supervivencia excelentes.
Para argumentar esta afirmación, la Dra. Basurte se refirió a los datos de los trasplantes cardiacos de los tres últimos años, 4 en 2014, 6 en 2015 y 10 en 2016, en los que la media de supervivencia supera el 95% de los pacientes trasplantados, el 100% en el último año, 2016.

LA CIRUGÍA. El pasado septiembre, el equipo de la Unidad de Insuficiencia Cardiaca del Complejo Hospitalario de Navarra, liderado por el Dr. Jesús Berjón (director asistencial del CHN) y por las doctoras Mayte Basurte, Ana Carmen Abecia y Vanesa Arrieta (del mismo centro hospitalario), junto al equipo de la Clínica Universidad de Navarra, liderado por el Dr. Gregorio Rábago, director de Cirugía Cardiaca de la Clínica, y por el Dr. Juan José Gavira, responsable de la Unidad de Insuficiencia Cardiaca de este mismo centro, determinaron la necesidad urgente de implantar el nuevo dispositivo como puente a un trasplante

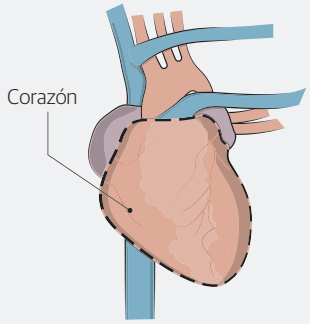
PASA A LA PÁG. 7 >>

Vivir con un corazón artificial

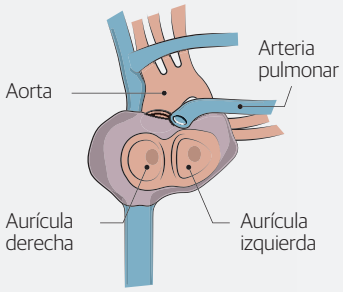
En pacientes con insuficiencia cardiaca terminal el corazón artificial sirve de puente hasta que puedan ser trasplantados.

Colocación

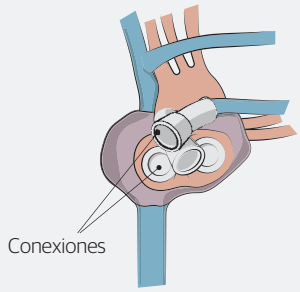
1 Los **ventrículos izquierdo y derecho** son retirados



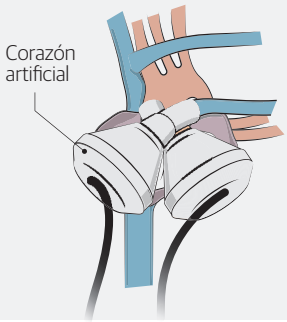
2 Las **aurículas**, la **aorta** y la **arteria pulmonar** se mantienen intactas



3 Se colocan las **conexiones para el corazón artificial**



4 Una vez implantado, el dispositivo realiza la función de los ventrículos que se han extirpado



Funcionamiento

→ La sangre llega a los ventrículos artificiales, que la bombean

→ El aire que llega desde unaconsola de control a través de dos tubos activa el mecanismo de bombeado de la sangre

Vena cava

Aorta

Arteria pulmonar

Conexiones

Aurícula izquierda

Aurícula derecha

Ventrículo artificial derecho

Ventrículo artificial izquierdo

Vena cava

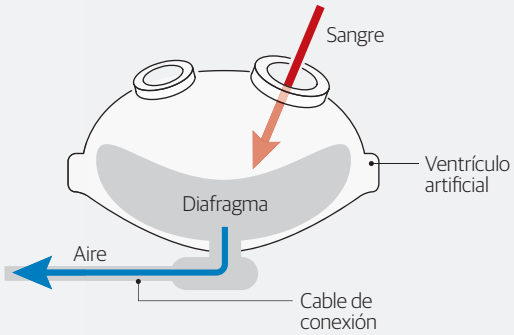
El pulso es generado por la consola mediante un sistema de aire y vacío

Cables de conexión

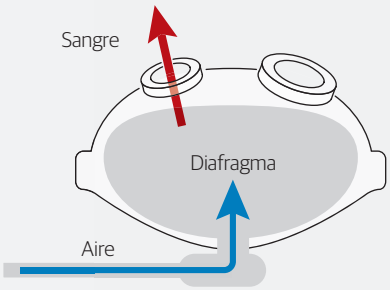
Bombeado de la sangre

El corazón artificial replica el funcionamiento de un corazón sano mediante un sistema de aire y vacío.

A La sangre llega al ventrículo artificial

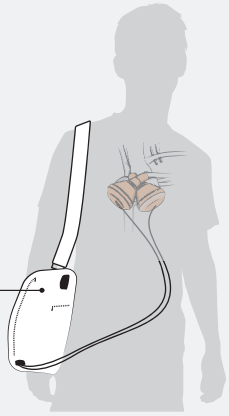


B La consola inyecta aire dentro del ventrículo y la sangre es bombeada



Consola de control

Monitoriza el funcionamiento del corazón artificial y genera los pulsos. La transporta el paciente en una mochila.



Contiene dos baterías

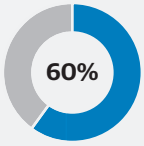
Pesa 7 kg.

El corazón artificial, en cifras

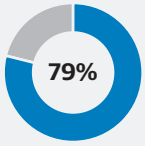
1.374 Número máximo de días que un paciente ha llevado un corazón artificial antes de recibir un trasplante*

165 Días de espera media para un trasplante de corazón de un paciente electivo en España (2015)

■ Pacientes dados de alta en los 5 días posteriores al trasplante*



■ Pacientes con un corazón artificial que acabaron recibiendo un trasplante*



*Cifras referentes al modelo de corazón artificial total Syncardia

<<VIENE DE LA PÁG.5

cardiaco. "El mes anterior a la intervención, la gravedad del paciente había llegado al punto de tener que permanecer ingresado permanentemente conectado a una bomba de perfusión continua, sin poder ir a su casa", describe el Dr. Rábago. Ante tal situación, el pasado 21 de septiembre se procedió a la intervención quirúrgica para implantar al paciente el nuevo dispositivo SynCardia.

Según relata el especialista, "ese empeoramiento progresivo de la salud del paciente no nos dejó otra opción que la de buscar una alternativa urgente. Por ese motivo, decidimos implantarle el corazón artificial con la idea de detener ese deterioro y recuperar así su estado físico hasta la llegada de un trasplante cardiaco, ya sin la urgencia de permanecer en riesgo vital". De hecho, aunque en Europa el corazón artificial sólo está permitido como solución intermedia a un trasplante, en Estados Unidos la indicación ya se está valorando como terapia definitiva, también denominada "terapia destino".

El equipo quirúrgico que intervino el pasado 21 de septiembre al paciente navarro, durante una cirugía de más de 8 horas (de 10 a 18:30 h), estuvo compuesto por dos cirujanos cardiacos, los doctores Gregorio Rábago e Ignacio Bibiloni; dos anestesistas, las doctoras Mª José Iribarren y Elisabeth Bercianos; las enfermeras de anestesia, Maika Zudaire y Mª Ángeles Marteles; las enfermeras instrumentistas, Pilar Zudaire, Silvia Astráin y Leticia Atáun; la enfermera perfusionista Paz Pou y Leticia Jimeno, enfermera coordinadora y experta en asistencia circulatoria.

SUSTITUCIÓN TOTAL DE LA FUNCIÓN CARDIACA. El corazón artificial implantado es un sistema desarrollado por la empresa SynCardia Systems.

Un equipo de especialistas de la Clínica realiza la intervención a un paciente, de 47 años, procedente del Complejo Hospitalario de Navarra.

Especialistas de la Clínica y del CHN determinaron implantarle un corazón artificial completo como medida puente.

El dispositivo sustituye la función completa del corazón, en concreto, de sus dos ventrículos, por lo que está indicado para paliar un fallo cardiaco biventricular. Se trata de un dispositivo pulsátil y neumático, "utilizado como puente al trasplante, en aquellos pacientes que padecen una insuficiencia cardiaca biventricular en fase terminal, cuando ambos ventrículos ya no pueden bombear suficiente sangre para que el paciente pueda sobrevivir", describe Leticia Jimeno.

Hasta la fecha, los implantes de dispositivos artificiales realizados en España con éxito han correspondido realmente a dispositivos de asistencia ventricular izquierda (AVI), equipos que no sustituyen la función cardiaca como tal, sino que bombean y refuerzan en paralelo la labor del ventrículo izquierdo. En estos casos, no se extirpa el órgano cardiaco sino que el dispositivo ayuda al ventrículo nativo.

A diferencia de la AVI, en la actual intervención se produce una sustitución total del corazón por el nuevo dispositivo que ocupa su lugar. El equipo consta de dos sistemas de impulsión neumáticos que realizan la función de ambos ventrículos, impulsando la sangre que entra por las aurículas hacia los pulmones y al resto del cuerpo. Del mismo modo que en un trasplante cardiaco, en este caso, los cirujanos deben

PASA A LA PÁG. 8 >>

<<VIENE DE LA PÁG.7

mantener las estructuras naturales como son los grandes vasos (aorta y arteria pulmonar) y las dos aurículas.

Otra de las principales diferencias entre la asistencia ventricular izquierda y el corazón artificial es que este último genera pulso cardiaco, mientras que las AVI actuales no generan pulso, ya que se trata de un flujo continuo.

MEDIDA PUENTE. El paciente permanecerá ingresado hasta que los especialistas valoren que su estado de salud es favorable para acudir a su domicilio. A partir de ese momento, podrá trasladarse a su casa con una consola portátil desde la que controlará el funcionamiento del dispositivo, alimentado por dos baterías. El navarro podrá realizar entonces una vida casi normal para la que deberá portar dicha consola en un bolso o mochila. Durante el período de espera hasta que llegue un corazón adecuado, el dispositivo permitirá al paciente recuperarse y recobrar un estado de salud óptimo con el que poder afrontar un futuro trasplante.

UNA SITUACIÓN AL LÍMITE. La Dra. Mª José Iribarren Fernández, anestesista experta en intervenciones complejas de Cirugía Cardiaca, como son los trasplantes de corazón, describe a continuación la labor de los profesionales de Anestesia en una intervención de extracción del propio órgano cardiaco y posterior implante del dispositivo cardiaco completo, como fue la que se le realizó a Óscar.

"En este caso —apunta la especialista— es evidente la existencia de una función miocárdica muy deteriorada, al límite. En una situación así, las modificaciones cardiovasculares asociadas a la anestesia general (disminución de la precarga, postcarga y contractilidad y la cirugía) pueden descompensar una situación hemodinámica muy precaria".

"Nuestra prioridad en el período pre-CEC (previo a la circulación extra corpórea), es evitar que se produzca un deterioro agudo, no tanto por el corazón (que va a ser sustituido), sino por la necesidad de mantener su función a un nivel que asegure la correcta perfusión y oxigenación de otros órganos, especialmente, del riñón, hígado y cerebro. Se evita así comprometer su funcionamiento y viabilidad", subraya la anestesista.

Los cirujanos cardiacos observan a la enfermera instrumentista mientras prepara el dispositivo para su posterior implantación en el paciente.

De izquierda a derecha, los Dres. Juan José Gavira (cardiólogo CUN), Mayte Basurte (cardióloga CHN), Gregorio Rábago (Dir. Cirugía Cardiaca CUN) y la enfermera Leticia Jimeno (coordinadora de Cardiología de la CUN) en la rueda de prensa ofrecida a los medios.

El paciente sufría una miocardiopatía dilatada severa, por la que llevaba un año en lista de espera para trasplante de corazón.

"Las medidas terapéuticas que determinamos —indica— se centran así en el soporte cardiovascular, mediante agentes que actúan sobre la contractilidad cardíaca y los vasos sanguíneos y en el mantenimiento, mediante fluidoterapia, de una volemia (volumen total de sangre circulante) correcta para asegurar un retorno venoso adecuado, sin sobrecarga que comprometa la función miocárdica".

Para ello, se realiza una monitorización invasiva y no invasiva a nivel cardiovascular, renal, cerebral, de la temperatura y de la función respiratoria.

"A la salida de CEC (circulación extracorpórea), la atención se centra en aquellos factores que van a influir en el funcionamiento del corazón artificial, como la volemia y la postcarga", describe la Dra. Iribarren.

Un aspecto importante, subraya, "es el control de la coagulación, ya que una de las complicaciones en estos casos es la hemorragia. Cuando es masiva, la colaboración con Hematología es imprescindible".

"Durante todo el procedimiento, salvo el período de CEC, es preciso, mantener ventilación mecánica para asegurar un correcto intercambio gaseoso, que puede estar dificultado por patologías previas del paciente, y procurar que la repercusión de la ventilación sobre la hemodinámica sea la menor posible", concluye.

ENLACE YOUTUBE
Vea el vídeo
http://www.kite-study.com

El paciente Óscar L.E., con la mochila del dispositivo de control, conversa con las enferneras Belén Izcue, Leticia Jimeno y Sagrario Ibarrola (supervisora).

Óscar L.E. "No me lo pensé dos veces porque era consciente de la gravedad de mi estado"

El pasado 21 de septiembre se le implantó un dispositivo SynCardia que sustituye a su corazón hasta el posterior trasplante cardiaco

CUN ■ El paciente Óscar L. E., navarro de 47 años, pasó las tres primeras semanas de septiembre conectado a una bomba extracorpórea para conseguir rehabilitar su estado de salud y poder encarar así la intervención para implantarle un corazón artificial. El pasado 21 de septiembre pudo entrar en quirófano y salir de él con un dispositivo SynCardia que late en lugar de su corazón.

"Hasta mi enfermedad cardiaca, yo había sido una persona muy activa. Pero a raíz del deterioro de mi corazón llegó a resultarme imposible hacer el más mínimo esfuerzo. Esto me produjo un gran bajón anímico. Pero ahora me voy viendo mejor día a día", recuerda desde su habitación de la Clínica.

El paciente relata cómo pasó largas temporadas en las que "no podía ni dormir. Me echaba en la cama y sentía que me ahogaba porque mi corazón no tenía fuerza. He llegado a permanecer hasta 15 días sin dormir mirando por la ventana de mi habitación". Un problema que ahora ya está superado.

Dos meses después de la intervención, el primer paciente de España al que se le ha implantado con éxito un corazón artificial completo asegura que, a pesar de seguir hospitalizado, ha mejorado muchísimo respecto a su situación previa a la operación: "Antes casi no podía ni atarme los cordones de los zapatos. Hace un año empecé teniendo que ingresar una semana de cada cinco, pero acabé este año ingresando cuatro semanas y pasando sólo una en casa", recuerda.

Tal circunstancia se prolongó hasta agosto de este año, momento en el que acudió a la consulta debido al deterioro físico que sentía. "Y ya no salí. Tenía muy bajos los niveles de potasio, entre otros... Me dijeron que tenía que quedarme ingresado para estabilizarme esos niveles que tenía descompensados. Y hasta ahora".

Al observar la precariedad de su estado físico, "el equipo de Cardiología de la Clínica Universidad de Navarra, los doctores Gavira y Rábago, me plantearon la posibilidad de colocarme un corazón artificial. Y no me lo pensé dos veces porque era consciente de la gravedad de mi estado. Realmente no tenía otra opción porque mis órganos se estaban deteriorando mucho y ni siquiera podía salir de la Clínica para volver a casa. Así que accedí enseguida. Una semana después ya estaba en el quirófano", recuerda el paciente.

Hace tres semanas recibió otra buena noticia en este duro pero esperanzador trayecto de su recuperación. Llegó desde Berlín la consola portátil que lleva el dispositivo regulador del corazón artificial y las baterías para su funcionamiento. Con ella puede trasladarse sin problemas de un lugar a otro portándola en una mochila. Hasta entonces permanecía conectado a una consola de gran tamaño a la espera de la portátil.

Óscar ha empezado ya a utilizar la mochila con este dispositivo de control para sus desplazamientos más cercanos por los pasillos de la Clínica. Día a día, el paciente navarro progresa en la distancia de sus trayectos, en la fortaleza de sus piernas y, en definitiva, en la de su estado físico general. Hoy afronta una nueva etapa, la de volver a su casa y desenvolverse con normalidad en su municipio, en los paseos por el entorno y en las visitas a sus vecinos.

Nuevo procedimiento para diagnosticar la plagiocefalia en bebés

Se trata de un escáner específico que permite tomar las medidas con exactitud en solo 2 segundos y de manera totalmente inocua para el niño

CUN ■ Especialistas de la Clínica Universidad de Navarra han incorporado un nuevo procedimiento para el diagnóstico y tratamiento de las malformaciones craneales de origen posicional durante los primeros meses de vida en bebés. Se trata de un escáner específico (Starscanner), el más rápido y preciso de los disponibles, que reconstruye en 3D y en solo 2 segundos el cráneo del bebé sin molestia alguna (hasta ahora se realizaba mediante un molde de escayola). El aparato trasmite los datos rápidamente a una empresa estadounidense para fabricar la ortesis craneal, un casco especial de remodelado del cráneo. "No limita el crecimiento sino que lo dirige hacia las partes donde el cráneo se ha deformado", explica Álvaro de Pablos, responsable del Taller Ortopédico de la Clínica Universidad de Navarra.

En España solo hay tres centros hospitalarios que realizan la medición con este escáner. "La incorporación de este escáner nos permite además realizar un seguimiento exhaustivo de la evolución de la malformación, tanto en niños con casco como en aquellos en los que se haya decidido inicialmente no poner ortesis a pesar de tener cierta deformidad", añade De Pablos.

A la izquierda, Álvaro de Pablos, responsable del Taller Ortopédico, junto con el Dr. Valentín Alzina, director del Departamento de Pediatría de la Clínica.

MALFORMACIÓN HABITUAL. La plagiocefalia es una malformación craneal de origen posicional que se produce en el lactante y consiste en el aplanamiento del occipucio, con asimetría facial, pero que no afecta al desarrollo intelectual del niño.

Álvaro de Pablos, responsable del Taller Ortopédico, realiza la medición craneal de un bebé con el nuevo escáner.

Afecta a más del 10% de los niños en diferentes grados. Se debe a una presión externa sobre el cráneo, ya sea durante la gestación, en el momento del parto, debido a estancias largas en la incubadora o por la postura del niño al dormir. También puede originarse por una tortícolis muscular congénita, que lleva al niño a apoyarse siempre sobre la misma zona de la cabeza.

Sin embargo, la plagiocefalia ha aumentado en los últimos años debido a la recomendación de los pediatras de colocar al bebé boca arriba durante el sueño, para evitar la muerte súbita del lactante, y el mayor uso de portabebés para los recién nacidos.

Por lo general, estas deformidades craneales posicionales presentes al nacimiento se corrigen espontáneamente con el desarrollo del niño en las primeras 6-8 semanas de vida. Sin embargo, si no se resuelven de forma espontánea, con cambios posicionales de la cabeza del lactante o ejercicios de estiramiento del cuello a partir de los 4 meses, los especialistas plantean la colocación de una ortesis craneal o casco.

UN BEBÉ CON PLAGIOCEFALIA. A Jaime Iglesias, hijo de Martín, le diagnosticaron plagiocefalia pocos días después de nacer. "Era nuestro primer hijo y nos agobiamos cuando nos enteramos de que tenía que llevar el casco durante 23 horas al día", asegura su padre. "Te planteas si va a estar incómodo, si le va a hacer daño... las típicas dudas de padres primerizos. Pero al cabo de unos días te das cuenta de que está perfectamente con él, que juega sin problemas y que no le molesta. Merece totalmente la pena".

"De hecho, otra de las principales ventajas del nuevo escáner, además de la rapidez, es que el niño no se mancha con el yeso y, por tanto, no llora mientras le toman las medidas", explica Martín.

CLAVES PARA LA PREVENCIÓN. Además del tratamiento ortésico en bebés con plagiocefalia posicional se aconsejan cambios posicionales de la cabeza y diversos ejercicios de estiramiento del cuello si presenta limitación de la movilidad cervical.

El doctor Valentín Alzina, director del Departamento de Pediatría, asegura que "si el bebé presenta limitación en la motilidad del cuello (contractura muscular), asociado con frecuencia a la plagiocefalia, es necesario enseñar a los padres ejercicios de movilización del cuello como parte de los cuidados habituales del niño".

En España solo hay tres centros hospitalarios que realizan la medición con este escáner.

Por ejemplo, a partir del primer mes, cuando esté despierto y vigilado, se puede colocar algún rato al bebé sobre el abdomen, boca abajo. Así se descarga al cráneo de la presión y se ayuda a fortalecer la musculatura cervical y columna, preparándole para el gateo. A partir del tercer mes, se le puede colocar frente a un espejo y con juguetes sonoros o luminosos, favorecerá el mantenimiento de esa posición y estimulará los sentidos. Además, hay que tener en cuenta que en las sillas de paseo y otros dispositivos hay evitar que la cabeza permanezca siempre lateralizada hacia el mismo lado por periodos prolongados.

Entre un 5 y un 10% de niños y adolescentes presenta síntomas depresivos

La Clínica ha iniciado un ensayo clínico internacional y multicéntrico en pacientes pediátricos con un nuevo fármaco para tratar la depresión mayor

CUN ■ Especialistas del Departamento de Psiquiatría y Psicología Clínica de la Clínica han iniciado un nuevo ensayo clínico multicéntrico internacional para probar la seguridad y eficacia (fase III) de un nuevo fármaco en pacientes pediátricos con depresión mayor. El medicamento es la vortioxetina, un fármaco que ya se ha probado en pacientes adultos.

Según advierte el investigador principal del estudio en la Clínica, el Dr. César Soutullo, director de la Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente de este centro hospitalario, "actualmente se calcula que entre un 5 y un 10% de la población pediátrica presenta síntomas depresivos". Los rasgos de esta enfermedad en niños y adolescentes son diferentes a los síntomas habituales de tristeza que presenta la población adulta.

En pacientes menores, los síntomas depresivos se caracterizan por irritabilidad, cambios de humor, desgana, apatía y pensamientos negativos sobre uno mismo. "Aunque actualmente existen terapias efectivas contra la enfermedad –explica el especialista–, continúan investigándose nuevos tratamientos para ampliar el abanico de alternativas terapéuticas con menores efectos secundarios".

METODOLOGÍA DEL ENSAYO. El ensayo clínico, ya abierto en la Clínica, probará la seguridad y eficacia del fármaco antidepresivo vortioxetina, en una muestra de 15 a 20 pacientes de entre 7 y 17 años. Los pacientes deben estar ya diagnosticados de trastorno depresivo mayor y recibiendo tratamiento médico como pacientes ambulatorios para dicho trastorno. Deben estar disponibles para participar en el estudio durante 16 semanas, según figura en la web del estudio: https://www.kites-study.com.

La Clínica es uno de los cuatro centros españoles que participan en el ensayo, el único de la zona norte.

Los rasgos de la depresión en niños y adolescentes son diferentes a los síntomas habituales de tristeza de los adultos.

Equipo investigador: De izda. a dcha. la enfermera Carolina Machiñena, las doctoras María Vallejo Valdivielso, Azucena Díez Suárez, la auxiliar Maite Lasheras, el Dr. César Soutullo Esperón, la Dra. Pilar de Castro Manglano y la enfermera Arancha Díez Martínez de Morentin.

A la vez que en la Clínica, la investigación se desarrollará también en centros médicos de otros países como Estados Unidos y Polonia.

El estudio, denominado Kites-Study, organiza a los pacientes participantes en cuatro grupos distintos. Uno de ellos recibirá la medicación que se investiga en una dosis determinada, y el segundo grupo, el mismo medicamento en otra dosis diferente. Al tercero se le administrará otro medicamento antidepresivo efectivo para la depresión infantil, la fluoxetina, y al cuarto grupo, un placebo (que no contiene ningún fármaco activo). Para asignar a los pacientes de forma aleatoria a cada uno de los cuatro grupos se utilizará un programa informático. (Nadie, ni siquiera el médico responsable del estudio, sabrá qué cápsula recibió cada niño o adolescente hasta que concluya el estudio).

Durante el desarrollo del estudio, los participantes asistirán a cinco sesiones de terapia con uno de los miembros del equipo médico del estudio. Estas sesiones tendrán una duración máxima de media hora.

El estudio se desarrollará durante un plazo de 16 semanas, con consultas semanales o cada 5-10 días, hasta un total

Los síntomas depresivos en los menores se caracterizan por irritabilidad, cambios de humor, desgana, apatía y pensamientos negativos sobre uno mismo.

de 12 y una última de revisión posterior. Este estudio clínico y los tratamientos proporcionados no conllevan ningún coste para los participantes.

IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN. El Dr. Soutullo subraya la importancia de esta investigación "ya que la depresión es un problema bastante frecuente en niños y adolescentes". Sin embargo, alerta el especialista, "los síntomas no suelen ser como los de los adultos, en quienes se manifiesta principalmente mediante tristeza. En menores, algunos niños presentan hastío o aburrimiento, falta de interés o irritabilidad, síntomas que a veces confunden el diagnóstico con alteraciones conductuales, relacionadas con la adolescencia". En otras ocasiones, pueden presentar un menor rendimiento académico, debido a una falta de atención y de interés que les hace dejar de esforzarse, describe el psiquiatra.

Estos síntomas son comunes a otras circunstancias no relacionadas con la depresión, si bien el especialista advierte que la alarma debe dispararse cuando se produce un cambio de conducta —no necesariamente muy brusco—, respecto a su estado basal (normal). "A lo largo de unas semanas es un niño que empieza a estar muy cansado, con problemas físicos, o que expresa ideas que connotan una autoestima muy baja", explica.

Alteraciones físicas, como problemas para dormir o cambios en el apetito —tanto a menos como a más—, y un estado de humor triste, irritable o de desinterés (anhedonia o falta de satisfacción ante cosas que antes les gustaban) son algunos de los principales rasgos depresivos en menores. "Un niño que deja de salir con compañeros y se pasa mucho tiempo en casa sin hacer nada, con sensación de apatía", son otras posibles señales depresivas que describe el Dr. Soutullo. En definitiva, son menores que presentan un estado de humor alterado, mantenido y prolongado en el tiempo, "con falta de energía, desgana o apatía e ideas negativas sobre él mismo".

TIPOS DE DEPRESIÓN

¿Depresión mayor o menor?

La depresión mayor es el trastorno depresivo en el que concurren todos los síntomas descritos durante un período de tiempo prolongado y que causan un impacto en la vida del niño. La depresión menor es un estado que presenta sólo algunos de estos síntomas, no todos. Sería un estadio intermedio que no cualificaría al paciente para entrar en el estudio por no tener entidad suficiente.

REFERENCIA WEB
Visite la página web http://www.kite-study.com

Eficacia de la radioterapia interna intensiva para cáncer de mama en 5 días

Un estudio de especialistas de la Clínica revela los buenos resultados del implante de catéteres durante la misma cirugía conservadora del cáncer de mama

De izda. a dcha. los doctores de la Clínica Universidad de Navarra Fernando Martínez Regueira, Arlette Elizalde, Luis Pina, Mauricio Cambeiro, Miguel Angel Idoate. Begoña Olartecoechea y Natalia Rodríguez-Spiteri constituyen el equipo participante en este tratamiento mínimamente invasivo para cáncer de mama.

CUN ■ Este procedimiento consigue radiar de forma muy precisa e intensa la zona de máximo riesgo de reaparición del tumor tras la intervención y salvaguarda de este modo el tejido sano: los órganos adyacentes –pulmón, corazón– y la mayor parte del tejido mamario sano, que no necesita ser radiado por tener un riesgo muy bajo de reaparición de un nuevo tumor.

Además, el hecho de aprovechar la misma cirugía conservadora de la mama para implantar los catéteres necesarios para la braquiterapia aporta una eficacia equiparable a la del tratamiento convencional, pero con un mayor beneficio logístico (al reducir considerablemente la duración del tratamiento), y mejor aprovechamiento de la radiación.

Una reducción del tiempo de tratamiento, de 4-6 semanas a tan sólo 5 días, y una disminución de la radiación de los tejidos sanos son los beneficios más destacados del tratamiento del cáncer de mama con radioterapia interna de alta tasa (braquiterapia), respecto a la radioterapia externa convencional. Además, el hecho de aprovechar la misma cirugía conservadora de la mama para implantar los catéteres necesarios para la braquiterapia aporta una eficacia equiparable a la del tratamiento convencional, pero con un mayor beneficio logístico (al reducir considera-

Una reducción del tiempo de tratamiento, de 4-6 semanas a 5 días, y una disminución de la radiación de los tejidos sanos son los beneficios de la nueva técnica.

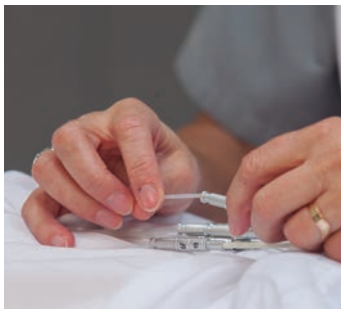
blemente la duración del tratamiento), y mejor aprovechamiento de la radiación. Especialistas de la Clínica han corroborado los buenos resultados de esta técnica en un estudio publicado recientemente en la revista oficial de la Sociedad Americana de Braquiterapia.

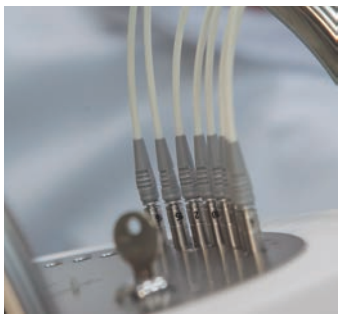
Las conclusiones de este trabajo revelan la eficacia de este programa de radiación en el tratamiento de cáncer de mama de buen pronóstico. Hasta la fecha, se han tratado en la Clínica más de 150 pacientes con esta técnica, representando el estudio más robusto con este tipo de procedimiento intraoperatorio mínimamente invasivo que se ha publicado en la literatura científica internacional.

CRITERIOS DE SELECCIÓN. Según recuerda el Dr. Mauricio Cambeiro, especialista en Oncología Radioterápica de la Clínica y autor principal del artículo, en esta primera fase del programa, "esta aplicación va dirigida a pacientes con tumores de mama de buen pronóstico".

Para poder recibir este tratamiento radioterápico, las pacientes deben cumplir de forma rigurosa una serie de criterios. Entre ellos, debe tratarse de mujeres mayores de 40 años, con tumores de menos de 2-3 cm, sin afectación ganglionar y cuyos márgenes de resección (extirpación) estén libres de tumor a más de 2mm. No deberán existir focos del tumor microscópico satélites a la lesión tumoral primaria.

La idoneidad de la paciente para aplicarle la braquiterapia se conoce una vez se tienen los resultados del estudio anatomopatológico del tumor, explica el especialista. Por lo tanto, advierte, "el programa consiste en identificar a la paciente candidata antes de la cirugía según los criterios mencionados. Esto exige una coordinación máxima entre cirujanos, oncólogos radioterápicos y anatomopatólogos "lo que permite la realización de un tratamiento óptimo por su precisión y rapidez", apunta. La información definitiva llega con los resultados de Anatomía Patológica en el plazo de 6 días.





Posibilita la irradiación en solo cinco días, frente a las 4-6 semanas de la radioterapia externa convencional.

TRATAMIENTO PERSONALIZADO. El equipo de radioterapia utiliza ese lapso de tiempo para planificar el tratamiento de radioterapia "un procedimiento que será muy preciso, muy localizado y, por tanto, muy personalizado. Porque esta técnica permite administrar la radioterapia parcial de la mama de la mejor manera posible al poder controlar la intensidad y

PASA A LA PÁG. 16 >>

Pilar Pérez Colás: "En una sola semana acabas el tratamiento"

Paciente con cáncer de mama, fue tratada durante cinco días mediante braquiterapia tras la cirugía de extirpación del tumor

CUN ■ A sus 50 años, Pilar Pérez Colás, vecina de Toro (Zamora), se detectó, casi de casualidad, en noviembre de 2012, una alteración en el pecho. A partir de ese momento, todo se sucedió con gran celeridad; tanta, que casi no le dio tiempo a pensar en lo que le estaba ocurriendo.

¿Cómo recuerda el hallazgo del tumor?
Teníamos la boda de un sobrino. Estábamos ilusionados. Me fui a duchar y noté que tenía una pequeña arruga en un pecho. Aquello no me parecía normal. Llamé a mi ginecóloga y pedí una consulta normal. Con tan buena suerte que me dio para el día siguiente.

¿Cuál fue la opinión de su ginecóloga?
Me pregunto qué tal estaba, le dije que tenía esta pequeña preocupación. Me exploró y me dijo: Pilar, qué ojo has tenido; esto no está bien. Has hecho muy bien en venir.

Tiene el recuerdo muy nítido. Era el 21 de noviembre y la mamografía me la habían hecho en abril. La ginecóloga se interesó por la prueba. La buscó y al verla dijo: veo algo.

A partir de ahí, ¿cómo se planteó venir a la Clínica?

La paciente Pilar Pérez Colás en un momento de la entrevista.

Ella sabía que yo tenía seguro de ACUNSA con la Clínica. Por eso me recomendó que no me alargase esperando otras consultas y que viniera directamente. Llamé y me dieron consulta para ese mismo viernes. Pero como el sábado teníamos la boda de mi sobrino, yo no podía alarmar a la familia diciéndoles que me venía a Pamplona, porque sólo con eso se iban a alborotar.

Entonces dejó pasar la boda.
Eso es. Y el martes vine a la consulta. Aquí corroboraron el diagnóstico de mi ginecóloga. Me confirmaron que tenía un tumor en la mama izquierda. Que estaba muy localizado y que me lo había detectado tan rápido que los ganglios no estaban todavía afectados y tenía buen pronóstico.

¿Cuál fue el siguiente paso?
Nos comentaron que había un tratamiento, la braquiterapia, para el que tenía que cumplir unos requisitos y que si los cumplía me lo daban. Pero tenía que decidirme antes de la operación, porque durante la cirugía tenía que acudir el equipo de radioterapia para implantarme los catéteres. Les dije que en sus manos estaba y que lo que ellos me dijesen.

Le operaron y le implantaron los catéteres para la radioterapia interna posterior ¿cómo se le hizo el proceso?
Fue todo muy rápido. Me operaron y a los dos días fue mi cumpleaños. Así que me dieron permiso para irme a casa el fin de semana. El lunes volví y empecé con la radioterapia, todo en cinco días. Lo normal es primero la operación en la que te quitan el tumor y luego empiezan los tratamientos: la radioterapia, quimio, etc...Pero si te operan, en la misma intervención te ponen los catéteres y en 5 días te dan todas las sesiones. Es comodísimo porque así no estas 4 semanas más con tu comedero de cabeza. Y eso es genial. En una semana acabas.

¿Y desde entonces cómo ha ido todo?
Después empecé con las revisiones y me hicieron una prueba genética con la que se conocía el pronóstico de mi tumor. Tuve muy buenos resultados. Fue un punto más para mi tranquilidad. No tengo más que palabras de agradecimiento para los doctores: la Dra. Rodríguez-Spiteri, el Dr. Cambeiro y el Dr. Aramendía, para los equipos médicos y las enfermeras de los distintos departamentos, por su exquisito trato en esos momentos tan delicados.

Con este protocolo de braquiterapia se controla la cantidad de radiación que se quiere administrar y se evita al máximo la radiación de tejido sano.

<<VIENE DE LA PÁG. 15

la distribución de la radiación milímetro a milímetro", indica.

De este modo, el tratamiento se inicia con la cirugía conservadora para extirpar el tumor de la mama. Es entonces cuando el oncólogo radioterápico implanta los catéteres sobre la zona afectada, a través de los cuales días más tarde se aplicará la radiación. "Al hacerlo dentro de la operación -explica- controlamos cualquier eventualidad. Es un procedimiento muy limpio y no retrasa la intervención".

CINCO DÍAS DE RADIOTERAPIA

A las 48 horas de la cirugía, se retira el drenaje y se realiza un TAC. Esta prueba de imagen permite señalar la zona de máximo riesgo y reconstruye de forma virtual el área que se tratará con radiación días después. "A partir de esa reconstrucción de la anatomía y del implante, diseñamos el tratamiento de radioterapia muy selectivo sólo sobre la zona de riesgo y preservamos la mayor cantidad de tejido sano y los órganos vecinos, corazón y pulmón", subraya.

A los 5 días de la intervención, el patólogo aporta la información definitiva. Si la paciente cumple todos los criterios precisos se le administra durante cinco días la radioterapia intensa de alta tasa. "La eficacia del programa ha sido excelente y, con una mediana de seguimiento de casi 5 años hasta la fecha, no se ha producido ningún caso de recaída en la zona tratada", concluye el Dr. Cambeiro.

MARTINTXO

ASADOR · SIDRERIA

Reservas: 948 180 020
lasidreria@martintxo.com
C/ Irunbidea, 1 · 31190 Cizur Menor · Navarra
www.martintxo.com

Una gastronomía basada en un ***profundo respeto por el producto*** y una delicada manipulación en cocina, potenciando los sabores puros que nos ofrecen la huerta, el mar y la montaña.

Indagamos hasta encontrar ***los mejores pescados y mariscos, las mejores carnes,*** personalmente, sin intermediarios.

Cultivamos nuestras verduras y legumbres y ***criamos*** corderos y cabritos para que disfrutes de todo su sabor.

Así alcanzamos nuestra plena satisfacción: ver cómo nuestros clientes nos despiden con una sonrisa y un "hasta pronto".

38 años
1978 - 2016

CELEBRACIONES

EN BODEGA Y TRUJAL LA PERDIGANA

Le invitamos a celebrar cualquier evento extraordinario, reuniones de empresa, celebraciones familiares, etc. que requieran discreción, exclusividad o privacidad, en nuestra nueva Bodega y Trujal, a tan sólo 5 minutos de Pamplona, con la comodidad, calidad y garantía que siempre ofrece Asador y Sidrería Martintxo, en un ambiente único y personal, como si lo hiciera en una extensión de su propia casa.

contacto: lasidreria@martintxo.com

NUEVO SERVICIO

Nueva Área de Salud de la Mujer, una apuesta por la ginecología integral y personalizada

Será uno de los 5 principales servicios multidisciplinares en torno a los que se organizarán todas las disciplinas médicas de la nueva Clínica en Madrid

CUN ■ Con la mirada puesta en el cercano horizonte de apertura de la nueva Clínica en Madrid, el próximo otoño, el centro hospitalario ha constituido una nueva Área de Salud de la Mujer que se ocupará de la atención clínica personalizada e integral de las pacientes, tanto desde el punto de vista obstétrico y ginecológico –pre y posnatal–, como de gestaciones de alto riesgo, de la ginecología oncológica, y de las patologías propias de la mujer. Impulsará para ello una asistencia médica multidisciplinar con investigación y tecnología de última generación, con la paciente como centro, que abarque desde el diagnóstico completo, hasta la última fase del tratamiento y su seguimiento.

El Área de Salud de la Mujer constituye así uno de los cinco principales servicios en torno a los que se articularán todas las especialidades médicas en la organización de la próxima Clínica en Madrid.

La nueva área se estructurará en cinco subespecialidades para dotar de una atención más precisa e individualizada a cada paciente. En cada una de ellas se aplicarán los protocolos de asistencia clínica ginecológica habituales de la Clínica, con la particularidad de incluir novedades específicas en las siguientes especialidades: Materno Infantil, Ginecología Oncológica, Medicina Reproductiva, Embarazos de Alto Riesgo (con especial atención tanto prenatal como postnatal y seguimiento a las familias), y Salud Integral de la Mujer, en la que se atenderán patologías femeninas.

La Clínica ofrece a sus pacientes una asistencia clínica total sin tener que derivar en ningún caso a otro centro.

La nueva área se estructurará en cinco subespecialidades para dotar a cada paciente de una atención más precisa e individualizada.

Presenta, en este sentido, especial importancia la Unidad de Ginecología Oncológica, en la que se aplicarán, a las pacientes gestantes que padezcan cáncer, “las terapias más avanzadas para salvaguardar en todo momento la vida de la madre y del feto”, indica el Dr. Luis Chiva, junto con el Dr. Juan Luis Alcázar, director y co-director, respectivamente, del Área de Salud de la Mujer de la Clínica.

La Dra. Tania Errasti efectúa una ecografía a una paciente para el seguimiento habitual del embarazo.

SALUD INTEGRAL DE LA MUJER. El Área de Salud de la Mujer cuenta entre sus principales características con la atención integral de la paciente por profesionales de todas las especialidades médicas implicadas en los diferentes procesos que pueden afectar a la asistencia de la mujer.

En este sentido, la Clínica ofrece a sus pacientes una atención clínica total, en el mismo hospital, sin tener que derivar en ningún caso a otro centro. Para muestra de este funcionamiento diferencial, valga el caso de una paciente con un diagnóstico de un tumor de ovario que acudiese a la Clínica en busca de una segunda opinión. Una vez en la consulta de Ginecología, esa paciente obtendrá todo el proceso diagnóstico y terapéutico en la misma institución: la totalidad de las pruebas diagnósticas, la conclusión diagnóstica, el tratamiento, en caso de que fueran necesarias, la cirugía, la radioterapia y/o la quimioterapia, describe el Dr. Alcázar.

RASGOS DIFERENCIALES. El área tratará de ofrecer, en definitiva, "una visión más natural, ecológica y respetuosa de la salud de la mujer" que abarcará desde los métodos de reconocimiento natural de la fertilidad, así como potenciación de la lactancia materna y el denominado "parto humanizado".

Entre las principales singularidades del Área, apunta el Dr. Chiva, figura el bagaje investigador con el que cuenta la Clínica, hospital privado español con mayor número de ensayos clínicos en curso, al que se suma el carácter do-

PASA A LA PÁG. 20 >>

SERVICIOS DE LA NUEVA ÁREA

Terapias de última generación

Dirigida por los doctores Luis Chiva y Juan Luis Alcázar ofrece tecnología y terapias de última generación que abarcan desde el diagnóstico completo hasta la última fase del tratamiento. La nueva Área se configura como un servicio multidisciplinar con una unidad materno fetal para la atención completa de la mujer embarazada y otra de ginecología oncológica como dos de las líneas fundamentales de asistencia clínica. Incluye también una sección específica de tratamiento de la fertilidad sin manipulación embrionaria, una unidad especial para embarazos de alto riesgo con acompañamiento de los padres, y la posibilidad de un "parto humanizado" como especialidades principales del nuevo servicio: Unidad de Salud Integral de la Mujer.

- Unidad Materno fetal, para la atención de la mujer embarazada.
- Unidad de reproducción sin manipulación embrionaria .
- Unidad de Cáncer y embarazo, con especial sensibilidad para los casos en los que se pueda preservar la fertilidad y pacientes gestantes con diagnóstico de cáncer.
- Unidad de atención personalizada a gestantes con diagnóstico de alto riesgo, líneas fuertes de la nueva área de Salud de la Mujer.

LA CIFRA

2.000

La nueva Clínica en Madrid prevé atender una media estimada de **2.000 partos anuales**.

<<VIENE DE LA PÁG. 19

cente de formación académica de la institución y la permanente actualización diagnóstica y terapéutica. Estará constituida por profesionales con el máximo grado de especialización del país en cada materia. El principal objetivo se centrará en mantener la excelencia en la calidad asistencial, apuestan los directores.

PARTO PERSONALIZADO. La nueva Área de Salud de la Mujer acogerá la posibilidad de un parto de baja intervención. Atenderá, de este modo, los deseos y expectativas de cada mujer a la hora de dar a luz, con aspectos como evitar la exploración, ambiente silencioso, música, evitar la episiotomia , o permitir la movilidad durante la administración de la epidural.

Ofrecerá así la posibilidad de diseñar un parto personalizado, mediante una guía de parto respetado: sin obligación de tumbarse, promoviendo un ambiente silencio, evitando rasurados y tactos en la medida de lo posible, con monitorización intermitente, corte tardío del cordón, prescindiendo de la rotura precoz de la bolsa, de la episiotomía, o la oxitocina cuando sea posible entre otros aspectos.

Servicio completo y multidisciplin

Unidad materno-infantil

La Unidad Materno-Infantil se va a distinguir "por el respeto y cuidado , tanto a la madre como al hijo, hasta en los momentos más difíciles", subrayan los especialistas. La de Madrid va a establecerse con la perspectiva de alcanzar una cifra media de 2.000 partos anuales y será una unidad para el seguimiento y tratamiento pre y post natal de alta complejidad y resolución.

Esta unidad se distinguirá por un marcado carácter multidisciplinar para la atención perinatal íntegra (pre y post natal) en embarazos de alto riesgo para la mujer y el feto y acompañamiento de la familia. Otro de sus objetivos asistenciales lo constituye la atención a las pacientes con cesáreas múltiples.

En cuanto a las instalaciones específicas, el servicio contará con salas de dilatación-paritorio adecuadas para poder ofrecer un "parto humanizado". Incorpora también un quirófano específico para cesáreas y habitaciones de hospitalización obstétricas. La ecografía de alta resolución y un área de preparación al parto constituyen otras de sus características. Destacan las instalaciones destinadas a reanimación y la UCI específica para neonatos.

El área concederá especial importancia al programa de docencia para la formación de residentes de alto nivel de especialización.

El servicio contará con salas de dilatación-paritorio adecuadas para poder ofrecer un "parto humanizado".

1

3

4

Unidad multidisciplinar de acompañamiento perinatal en embarazos de alto riesgo

La Unidad Multidisciplinar de Acompañamiento Perinatal en Embarazos de alto riesgo se encargará del cuidado y atención "individualizada y compleja", tanto del feto, como de los padres, en casos de anomalías severas, brindando el acompañamiento y asesoramiento especializados necesarios. "Contaremos con profesionales que atiendan el impacto emocional de los padres, apoyo psicológico en situaciones complejas y todos los interrogantes que se planteen las familias, acompañándoles durante y después del embarazo", concreta el Dr. Alcázar.

Además va a poner especial sensibilidad en aquellos embarazos en los que el feto tenga un diagnóstico de malformación. Para asumir esta atención está prevista la creación de una fundación específica. "Vamos a ofrecer alternativas positivas a la interrupción del embarazo. Para ello impulsaremos el acompañamiento de la madre o padres con este tipo de diagnósticos", indica el codirector.

Especial atención se dedicará a los casos de síndrome de Down en los que se centrará prioritariamente la asistencia de esta entidad sin ánimo de lucro, con personal especializado. "Creo que, de este modo,

ar para la mujer

1. Unidad Multidisciplinar de Atención Perinatal en Embarazos de Alto Riesgo. La nueva sede en Madrid contará con UCI para neonatos.
2. Unidad materno Infantil. Atención integral de la paciente y del niño en todas las fases del pre y post parto.
3. Ginecología Oncológica y Patología Mamaria.Asistencia multidisciplinar de la mujer con cáncer ginecológico desde el diagnóstico hasta el final del tratamiento, en el mismo centro.
4. Medicina Reproductiva y Tratamiento de la Fertilidad. Terapias naturales con aval científico y sin manipulación embrionaria.

conseguiremos abrir puertas de esperanza a mucha gente", subraya.
Se trata de un proyecto con el que se enfatizará en el respeto a la vida de la madre y del hijo. "Se trata de que las pacientes perciban que ante una situación tan dramática como puede ser el nacimiento con un hijo con anomalías, sepan que tienen otras alternativas para continuar adelante con el embarazo", apuntan los especialistas.

El servicio contemplará enfermedades fetales muy graves, de mal pronóstico, centrando la atención en el acompañamiento a la madre y se dotará de una unidad de cuidados paliativos neonatales. Destacan como aspecto fundamental la asistencia multidisciplinar. La unidad estará así configurada por un grupo de cinco especialistas: obstetra que hace el diagnóstico, el pediatra neonatólogo que puede explicar el pronóstico de la patología postnatal, el psicólogo para ayudar a los padres, la trabajadora social para interconectar a los padres con las asociaciones especializadas en estos casos y una enfermera de práctica avanzada que coordine este servicio específico. "En estos casos, el núcleo del cuidado queda a cargo de esta unidad durante todo el proceso.

Ginecología Oncológica y Patología Mamaria

Una atención especialmente importante la que esta área concederá al tratamiento diferencial del cáncer ginecológico, tanto primario como recurrente. Como el resto de las unidades, la de Ginecología Oncológica se distinguirá por el tratamiento multidisciplinar en el que concurrirán profesionales de Oncología, Ginecología y Psico-oncología. Se procurará, en todos los casos, el acompañamiento a la paciente durante todo el proceso.

La Unidad contará con una subunidad específica para la atención de casos de cáncer y embarazo en la que se pondrá un interés particular en la asistencia clínica, tratamiento y seguimiento estrecho de estas pacientes, salvaguardando el bienestar de la madre y del no nato.

Además, en esta unidad se configurará un equipo de cirugía oncológica ginecológica de máximo nivel de especialización y se pondrá especial atención en la preservación de la fertilidad en pacientes con cáncer. Todo el proceso oncológico de la paciente con un cáncer ginecológico se abordará de forma integral, multidisciplinar e integrada en el mismo centro.

Los especialistas de esta unidad participarán en los proyectos de investigación de los principales grupos cooperativos nacionales e internacionales.

La Unidad contará con una subunidad específica para la atención de casos de cáncer y embarazo.

Unidad de Medicina Reproductiva y Tratamiento de la Fertilidad

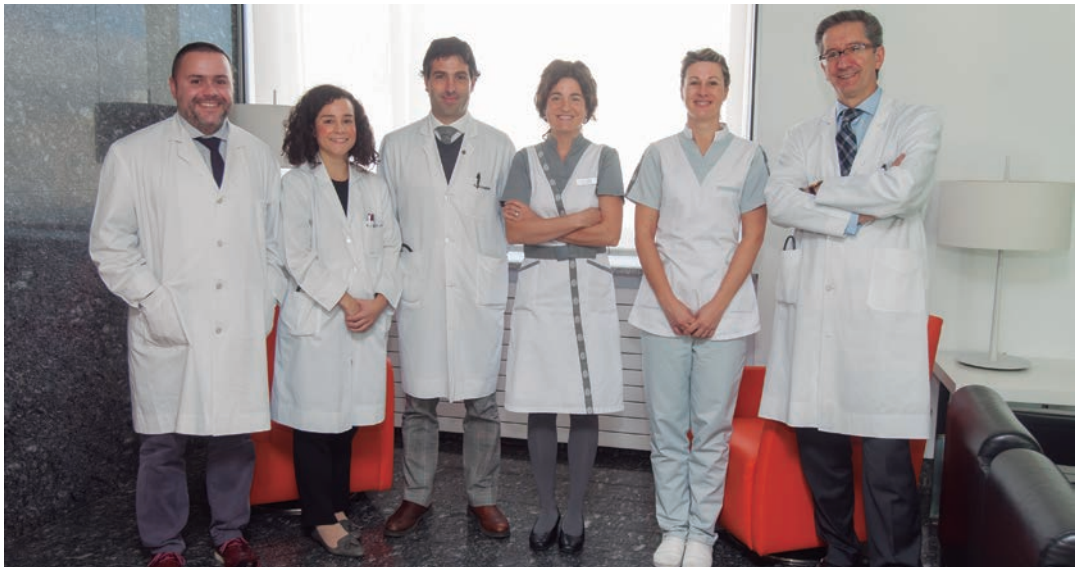
Incluirá la enseñanza del reconocimiento natural de la fertilidad, la aplicación de la Napro (Natural procreation technology) y el tratamiento de la infertilidad sin manipulación embrionaria. Técnicas "basadas en el respeto a la relación sexual, a la fecundación natural y al embrión", describen los directores del servicio.

"Realizaremos técnicas de tratamiento de ayuda a la fertilidad sin manipulación embrionaria, enmarcadas en un conjunto de condiciones específicas de respeto al embrión como ser humano", subrayan. Además se potenciarán protocolos de tratamiento "a través de métodos que, aprendidos correctamente, tiene una eficacia elevada", señalan.

Para la consecución de estos fines, la Unidad contará con proyectos específicos de investigación clínica y traslacional.

Incluirá la enseñanza del reconocimiento natural de la fertilidad, la Napro y el tratamiento de la infertilidad sin manipulación embrionaria.

Investigan un nuevo tratamiento contra la amiloidosis, una enfermedad que deteriora los órganos vitales



El doctor José Ignacio González, de la Unidad Central de Ensayos Clínicos, los hematólogos Paula Rodríguez y Ramón Lecumberri, la enfermera Usua Montes y la auxiliar Maite Beunza, de la Unidad Central de Ensayos Clínicos, y el Dr. Jesús San Miguel, director médico de la Clínica y especialista del Servicio de Hematología.

Especialistas de la Clínica inician esta investigación para tratar a personas que sufren amiloidosis primaria, considerada una enfermedad rara

CUN ■ Especialistas de la Clínica participan en un ensayo clínico multicéntrico internacional para personas que sufren amiloidosis AL (primaria), una enfermedad que se basa en el depósito anormal de la proteína amiloide en cantidades suficientes como para deteriorar la función del órgano afectado (corazón, riñón, hígado, sistema nervioso...).

"Actualmente, el tratamiento convencional evita que se formen nuevos depósitos. Sin embargo, la gran novedad es que este nuevo fármaco, además de impedir la formación de nuevos depósitos, elimina los depósitos ya formados, por lo que el órgano vital afectado podría volver a funcionar correctamente", explica el doctor Ramón Lecumberri, hematólogo de la Clínica e investigador principal de este ensayo. "Cuando hay disfunción del corazón o el riñón y se diagnostica esta enfermedad, aunque frenes la formación de nuevos depósitos, el daño es tan importante que no siempre se traduce en una mejoría significativa. Por ello este fármaco podría suponer un gran avance", asegura el especialista.

Este ensayo, en fase de reclutamiento de pacientes, está dirigido a personas que sufran amiloidosis primaria AL y no hayan recibido ningún tratamiento, es decir, pacientes de nuevo diagnóstico.

El doctor explica que el problema de la amiloidosis es que "es complicado pensar en ella" porque se considera una enfermedad rara: se diagnostican diez casos nuevos cada año por millón de habitantes. El promedio de supervivencia de esta patología oscila entre seis meses y cuatro años, siendo las principales causas de muerte la insuficiencia cardíaca o renal.

"Es imprescindible identificar correctamente el tipo de proteína que se está depositando como material amiloide, ya que el tratamiento difiere en función de la misma", asegura el especialista. En la Clínica Universidad de Navarra existe una Unidad de Amiloidosis en la que están integrados especialistas en Cardiología, Hematología, Medicina Interna, Nefrología y Neurología que trabajan en equipo ofreciendo al paciente un tratamiento integral e individualizado, según sus necesidades.

LA CIFRA

10

Cada año se diagnostican **10 casos nuevos** de amiloidosis por cada millón de habitantes.

LA FRASE

"El promedio de supervivencia de esta patología oscila entre seis meses y cuatro años, siendo las principales causas de muerte la insuficiencia cardíaca o renal".

Ramón Lecumberri
Hematólogo de la Clínica e investigador del ensayo

CASA PETRA

HABITAT RURAL-URBANO

www.casapetra.es

Todo el sabor de un hogar de campo sin tener que alejarte de la ciudad

✪ Una casa rural para alquilar **a sólo 11 minutos en coche de la Clínica Universidad de Navarra**.

✪ **Recién reformada**, cuidadosamente decorada y con todas las comodidades para garantizar el máximo confort: cocina con todos los utensilios de calidad, jardín cerrado con barbacoa, chimenea, calefacción, elevador, habitaciones y baños con luz exterior, biblioteca, conexión wifi 300 megas, ordenador, smart TV...

✪ La **tranquilidad** de la vida rural sin renunciar a lo urbano y a poco más de seis kilometros de la Clínica.

¡Consúltanos sin compromiso!
info@casapetra.es

La Clínica, el hospital privado con mejor reputación de España según el ranking MRS

Por tercer año seguido, el centro se sitúa el primero en el Monitor de Reputación Sanitaria y figura entre los diez primeros clasificados en 13 servicios médicos

CUN ■ Por tercer año consecutivo, la Clínica se ha situado a la cabeza de todos los hospitales privados españoles en reputación sanitaria, según el ranking MRS (Monitor de Reputación Sanitaria), dependiente del índice MERCO (ranking independiente de reputación empresarial). En ese primer puesto, la Clínica ha obtenido 10.000 puntos, la máxima puntuación posible, seguida del Hospital Universitario HM Montepríncipe (7.104) y, en tercer lugar, por el Hospital Universitario Sanitas La Zarzuela (6.979).

Los tres primeros clasificados en la evaluación de hospitales públicos son, en este orden, el Hospital Universitario La Paz de Madrid (10.000 puntos), el Hospital Clínic i Provincial de Barcelona y el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

La Clínica ha obtenido 10.000 puntos, la máxima puntuación, seguida del Hospital Universitario HM Montepríncipe y del Sanitas La Zarzuela.

En la clasificación la Clínica figura también en el Top Ten de los centros con mejor gestión de la comunicación.

Para el director general de la Clínica, José Andrés Gómez Cantero, obtener por tercera vez el mejor resultado de los hospitales privados, "supone una gran satisfacción, porque este estudio viene a avalar la continuidad en el buen hacer profesional de la Clínica, especialmente importante este año en el que preparamos la próxima apertura de la nueva sede de la Clínica en Madrid para otoño de 2017. Además, es un reconocimiento al compromiso y profesionalidad de todos los que formamos parte de la Clínica, a los que agradezco su dedicación y generosidad".

Se trata de la tercera edición específica del sector sanitario en España, cuyos resultados han sido ofrecidos por el director del MRS, José Mª San Segundo Encinar, y su director médico, Jesús Antonio Álvarez. Esta edición del MRS incluye los rankings de reputación sanitaria de los mejores hospitales, servicios clínicos por especialidades médicas, laboratorios farmacéuticos, fármacos y compañías de seguros de salud.

CIEN HOSPITALES CON MEJOR REPUTACIÓN. En esta ocasión la clasificación se ha ofrecido sobre los cien hospitales con

LA FRASE

"Obtener por tercera vez el mejor resultado de los hospitales privados supone una gran alegría, porque viene a avalar la continuidad en el buen hacer profesional de la Clínica".

J. Andrés Gómez Cantero, director general de la Cínica

LA CIFRA

100

La clasificación del MRS se ha realizado sobre los 100 hospitales con mejor reputación de España, **74 públicos y 26 privados**.

TOP 10 DE HOSPITALES PRIVADOS CON MEJOR REPUTACIÓN EN LA TERCERA EDICIÓN DEL MRS

Hospital Privado	2015	2016	Evolución	Puntuación
Clínica Universidad de Navarra	1º	1º	=	10.000
Hospital Universitario HM Montepríncipe	4º	2º	▲	7.104
Hospital Universitario Sanitas La Zarzuela	5º	3º	▲	6.979
HM Universitario Sanchinarro	2º	4º	▼	6.842
Hospital Universitario Quirón Madrid	3º	5º	▼	6.827
Hospital General de Catalunya	*	6º	▲	6.823
Centro Médico Teknon - Hospital Quirón Teknon	23º	7º	▲	6.568
Hospital Quirón de Málaga	16º	8º	▲	6.553
Hospital Quirón Sagrado Corazón	12º	9º	▲	6.526
Hospital San Roque Las Palmas de Gran Canaria	15º	10º	▲	6.405

Trece servicios médicos de la Clínica han resultado entre los diez primeros clasificados.

mejor reputación de España, 74 públicos y 26 privados, obtenida mediante la evaluación de tres valoraciones. La primera ha consistido en un sistema de encuesta a 3.200 profesionales sanitarios: médicos, enfermeros, asociaciones de pacientes, periodistas y comunicadores de la salud, miembros de la Administración pública sanitaria y responsables de farmacia hospitalaria.

La segunda valoración se ha basado en la elaboración de 75 clasificaciones para las que se han analizado 1.000 indicadores de calidad y rendimiento asistencial de los servicios clínicos y hospitales, incluyendo GRDs (en gestión sanitaria, grupos relacionados por el diagnóstico). Y la tercera ha consistido en una evaluación de méritos reputacionales realizada por los técnicos del instituto Análisis e Investigación, responsable del trabajo de campo del MRS.

EL MONITOR DE REPUTACIÓN SANITARIA

El único estudio independiente

Según subrayan sus organizadores, el Monitor de Reputación Sanitaria es el único estudio independiente que analiza la reputación de toda la sanidad española. Cuenta con un Consejo Asesor formado por los Consejos Generales de médicos y enfermeros, asociaciones de pacientes y de periodistas sanitarios, así como personas de reconocido prestigio y trayectoria en la sanidad española. Además, el ranking sanitario cuenta con el aval del Monitor Empresarial de Reputación Corporativa (MERCO), monitor de referencia en España y en otros diez países de Latinoamérica. La investigación ha sido realizada por Análisis e Investigación, primer instituto español de investigación de mercados. MRS no recibe ninguna subvención o patrocinio público ni privado y se financia exclusivamente de la comercialización de los informes confidenciales a quienes libremente los soliciten una vez publicados los resultados. Para garantizar su independencia, el MRS no hace labores de consultoría. La metodología y los resultados han sido sometidos a una revisión independiente por KMPG de acuerdo con la norma ISAE 3000. Los criterios de evaluación del MRS y sus criterios de ponderación son públicos y están publicados en http://www.merco.info./es/

EN EL TOP TEN DE 13 ESPECIALIDADES MÉDICAS. Además, la Clínica figura entre los diez centros mejor situados en atención al paciente en un total de 13 especialidades médicas. Estas son Oncología Médica, Otorrinolaringología, Aparato Digestivo, Cirugía General, Endocrinología, Dermatología, Nefrología, Neurología, Ginecología, Pediatría, Psiquiatría, Urología y Medicina Interna.

En una clasificación realizada por miembros de la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS), la Clínica Universidad de Navarra figura también en el Top Ten de los centros con mejor gestión de la comunicación.

VIDEO-NOTICIA
Visite la video-noticia
https://youtu.be/f7K7w9e1mi0

La laparoscopia mejora los resultados de la cirugía abierta en el donante vivo de hígado

El abordaje laparoscópico para extraer el injerto de donante vivo presenta menos complicaciones y de menor gravedad, según un estudio de cirujanos de la Clínica

CUN ■ La extracción del injerto de hígado de un donante vivo mediante laparoscopia presenta menos complicaciones y de menor gravedad que cuando esta misma intervención se realiza con cirugía abierta. Esta es la principal conclusión de un estudio comparativo preliminar desarrollado por especialistas del Área de Cirugía Hepatobiliopancreática y de la Unidad de Hepatología de la Clínica. El equipo de cirujanos del centro hospitalario, experto en trasplantes hepáticos, es pionero en la utilización del abordaje laparoscópico en la extracción de la porción de hígado (injerto) necesaria para un trasplante hepático, cuando se trata de un donante vivo. Los resultados de la investigación se han publicado recientemente en la revista científica de la especialidad *Transplantation* (DOI: 10.1097/TP.0000000000001532).

Debido la controversia suscitada en el ámbito científico por el uso de la laparoscopia para esta indicación, los especialistas de la Clínica decidieron realizar un estudio comparativo para evaluar y comparar las complicaciones surgidas en el donante como consecuencia de la utilización de uno u otro abordaje.

Equipo de cirugía de trasplante hepático de la CUN: De izda. dcha. los doctores Fernando Pardo, Francisco Hidalgo, Pablo Martí, Alberto Benito, Beatriz Casas, Gabriel Zozaya, Mª Jesús Cordeu, Fernando Rotellar, Montse Zudaire, Luis López Olaondo, Marisa Acedo y Miriam Fernández Álvarez.

La investigación ha sido publicada recientemente en la revista científica *Transplantation*.

En los cinco donantes consecutivos analizados se realizó un procedimiento laparoscópico puro y todos los aloinjertos fueron trasplantados con éxito.

Con esta intención, en el análisis han cotejado los resultados de la intervención con abordaje laparoscópico total realizado en cinco pacientes consecutivos, respecto a los obtenidos en los últimos diez donantes operados con cirugía abierta convencional en el mismo centro hospitalario y por el mismo equipo médico.

Los especialistas de la Clínica Universidad de Navarra firmantes del artículo de Trasplantation son los cirujanos Fernando Rotellar y Fernando Pardo, el radiólogo Alberto Benito, los cirujanos Gabriel Zozaya y Pablo Martí-Cruchaga, los anestesistas Francisco Hidalgo y Luis López y los hepatólogos Mercedes Iñarrairaegui, Bruno Sangro e Ignacio Herrero.

MENOS COMPLICACIONES. Los resultados del estudio son muy elocuentes, según indica el autor principal del artículo, el Dr. Fernando Rotellar, especialista en Cirugía General y Digestiva de la Clínica y con gran experiencia en este abordaje. "En los cinco donantes consecutivos analizados se completó un procedimiento laparoscópico puro. Todos los aloinjertos (tanto procedentes de cirugía abierta como adquiridos por laparoscopia) fueron trasplantados con éxito con buena función del injerto", detalla el cirujano.

Es llamativo cómo el número de complicaciones a corto plazo (< 3 meses) fue menor en los donantes intervenidos con laparoscopia, en una relación de 1 a 6, y además con una gravedad menor en los casos de este abordaje mínimamente invasivo. A largo plazo (6-12 meses), esta proporción pasa a ser de 1 a 12.

MEJORAS DE LA CIRUGÍA. El trasplante de hígado de donante vivo constituye una fuente alternativa de órganos para pacientes con enfermedad hepática terminal. Según advierte el Dr. Fernando Pardo, director de Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante, a pesar de los avances técnicos de la cirugía, "las tasas de morbilidad o complicaciones en

Equipo quirúrgico de la Clínica durante un momento de la intervención por laparoscopia de un donante vivo de hígado.

OBJETIVO Y CONCLUSIÓN

Más seguro para el donante

El objetivo de este estudio es presentar los resultados de la experiencia preliminar de 5 casos consecutivos de hepatectomía (extirpación fracción de hígado) derecha de donante vivo completamente laparoscópica. "En este trabajo nos hemos centrado en estudiar los resultados en el donante y especialmente de las complicaciones a corto y largo plazo medidas por el CCI (escala de medición de complicaciones)". Además, describe el Dr. Rotellar, "hemos comparado esta serie laparoscópica con nuestros 10 casos inmediatamente anteriores de hepatectomía derecha abierta con el fin de determinar las posibles ventajas e inconvenientes del abordaje laparoscópico en comparación con el enfoque abierto tradicional". De la experiencia de los especialistas de la Clínica se concluye que la hepatectomía derecha con técnica laparoscópica total para donación de injerto para trasplante de hígado "es un procedimiento factible que aporta seguridad al donante. Otras futuras series comparativas podrán respaldar nuestros hallazgos preliminares de reducción de la incidencia y gravedad de las complicaciones en comparación con el abordaje abierto".

los donantes siguen siendo significativas y constituyen, obviamente, la principal preocupación de todos los involucrados en el proceso de donación en vida".

Con el fin de evitar al máximo los riesgos de la intervención, en los últimos tiempos se han introducido determinadas mejoras en la técnica quirúrgica, la principal, la incorporación del abordaje laparoscópico. Los primeros casos documentados de aplicación de la laparoscopia en donante vivo de hígado fueron en 2002 siempre dirigidos a receptor pediátrico. En este tiempo, aducen los especialistas, se han publicado muy pocos casos para receptor adulto. Por este motivo —añaden—, "las tasas de morbilidad de este enfoque mínimamente invasivo y cómo se comparan con los resultados del enfoque abierto aún no se han determinado".

REFERENCIA
http://journals.lww.com/transplantjournal/Abstract/onlinefirst/Totally_laparoscopic_right_hepatectomy_for_living.97162.aspx

ENLACE VÍDEO
Sin subtítulos
https://www.youtube.com/watch?v=WcE4th-OkJ4

ENLACE VÍDEO
Con subtítulos en inglés
https://www.youtube.com/watch?v=6OLI7AZcWKE

Nuevo ensayo clínico para tratar arritmias y evitar embolias, sin fármacos anticoagulantes

La Clínica participa en una investigación internacional para personas que sufren arritmias y están en riesgo de sufrir un ictus

Unidad de Arritmias. El Dr. García Bolao y su equipo durante un momento del doble procedimiento.

CUN ■ Cardiólogos de la Clínica Universidad de Navarra participan en un ensayo clínico internacional dirigido a personas que sufren fibrilación auricular, con el objetivo de reducir la incidencia de accidente cerebrovascular (ictus) y suprimir los anticoagulantes. "Se trata de un ensayo que empieza ahora y está abierto a 1.500 pacientes en diferentes países, y la Clínica es uno de los centros que realiza esta técnica desde hace más de 7 años", explica el Dr. García Bolao, especialista del Departamento de Cardiología de la Clínica Universidad de Navarra.

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente. Se desencadena por impulsos eléctricos descoordinados que proceden de las venas pulmonares y multiplica por cinco el riesgo de sufrir accidentes cerebrovasculares (ictus), por lo que el tratamiento con anticoagulantes es necesario.

Los anticoagulantes (el más conocido es el Sintrom) son fármacos que impiden la coagulación de la sangre, evitando la formación de trombos y embolias. Al favorecer la disolución de los coágulos una vez formados, reducen la posibilidad de un accidente cerebrovascular.

Debido a sus efectos, la toma de anticoagulantes conlleva un mayor riesgo de complicaciones hemorrágicas severas. Por ese motivo, los especialistas de la Clínica realizan un tratamiento híbrido que combina dos procedimientos en una única intervención sin cirugía: la ablación (lesión) del perímetro de las venas pulmonares para el tratamiento de la fibrilación auricular y el cierre de la orejuela (apéndice de la aurícula izquierda), para evitar la salida de trombos desde el corazón. Este tratamiento combinado consigue que el 95% de los pacientes tratados puedan suprimir la terapia de anticoagulación, con lo que se trata la arritmia al tiempo que se reduce la incidencia de accidente cerebrovascular (ictus).

EL 90% DE LOS TROMBOS, EN LA OREJUELA. La orejuela de la aurícula izquierda es un apéndice o dilatación en forma de bolsa que desemboca cerca de las venas pulmonares. Su función principal es evitar que se quede sangre estancada en la aurícula. En pacientes con fibrilación auricular no valvular, hasta el 90% de los trombos se originan en dicha cavidad.

LA CIFRA

1.500

El ensayo está abierto a **1.500 pacientes** en diferentes países y la Clínica realiza esta técnica desde hace más de **7 años.**

En personas con FA a las que se les ha implantado un dispositivo percutáneo para el cierre de la orejuela izquierda se ha visto que "el taponamiento de este apéndice ha demostrado igual eficacia que el tratamiento anticoagulante en la prevención de accidentes cerebrovasculares, evitando la necesidad a largo plazo de anticoagulación", apunta el doctor García Bolao.

TESTIMONIO DE UN PACIENTE. Hace varios años Francisco Díaz, de 63 años, aparejador en Almansa (Albacete), se vio obligado a hacer un parón en su ajetreada vida debido a una fibrilación auricular, causante de frecuentes arritmias y de un elevado riesgo de trombos. Esta circunstancia se tradujo en la necesidad de tomar Sintrom de por vida. Un día, mientras caminaba por la Sierra de Cazorla (Jaén), notó un dolor muy fuerte en el hombro. En el hospital le dijeron que el anticoagulante que tomaba le había provocado un derrame en esa zona. A partir de ese día decidió buscar una solución alternativa al Sintrom. Se enteró de que un paciente de la Clínica se había sometido a esta nueva técnica y estaba feliz, por lo que decidió venir. "El doctor me propuso este novedoso procedimiento, que no requería de cirugía, con el que se conseguía solventar el problema de las arritmias y de los trombos, además de eliminar el Sintrom de por vida. Y me puse en sus manos. "He vuelto a nacer —concluye—. Ya no vivo con miedo y tengo una vida totalmente normal".

Tenemos un Plan
Lo mejor para ti

Plan Cero

0€ en comisiones de administración
y mantenimiento en tus cuentas.

Plan Descuentos

Ahorra en tus compras
y en tus gastos del día a día.

Plan Para Mí

Disfruta de servicios
y planes de ocio.

Infórmate en

bancopopular.es

@PopularResponde

Popular

Con paso firme

Para formar parte de Tenemos un Plan será necesario ser titular de una cuenta corriente o de ahorro en Popular y cumplir las condiciones establecidas en las bases de la promoción, que se encuentran depositadas ante notario y a disposición del cliente en cualquier oficina de Popular y en www.bancopopular.es

Adriano Malori
"Mi historia es un mensaje de esperanza para otros pacientes"

El ciclista del Movistar, que sufrió un grave accidente en Argentina, afirma que es posible superar todo "con ayuda de la medicina y la propia voluntad"

CUN ■ Hace apenas un año, el 22 de enero de 2016, Adriano Malori quedaba inmóvil en el asfalto en medio de un "pelotón" de compañeros ciclistas caídos y de amasijos de bicicletas. Era la quinta etapa del Tour de San Luis en Argentina. Un bache en la carretera provocó su caída y, tras la suya, la de otros muchos deportistas. El peor parado fue sin duda el corredor italiano, de Parma, miembro del equipo Movistar.

Tres días después, Malori, en coma inducido, fue trasladado desde el centro sanitario de la ciudad de San Luis a un hospital de Buenos Aires debido a la falta de recursos adecuados para tratar la gravedad de sus heridas. Según el médico del equipo, el primer diagnóstico fue el de una hemorragia intracraneal motivada por un fuerte hematoma en el lado izquierdo del cerebro que, a la postre, podía causarle cierta incapacidad en el lado derecho del cuerpo.

En el hospital de la capital argentina le reconstruyeron, con placas de titanio, el pómulo derecho que había resultado destrozado en la caída. Tres semanas después de ingresar en Buenos Aires, los servicios médicos del equipo deciden el traslado de Malori a Pamplona en avión medicalizado.

Según relata el propio ciclista, de la Clínica Universidad de Navarra conserva sus mejores y sus peores recuerdos de toda su convalecencia. Los peores, porque fue donde le anunciaron la cruda realidad de su diagnóstico: su brazo izquierdo había perdido la conexión con su cerebro y la vuelta al ciclismo se veía prácticamente imposible. Pero también los más optimistas, porque fue donde decidió que no se quedaría en una silla de ruedas, sino que pronto volvería a subirse en una bicicleta para competir.

En medio de tantos sentimientos encontrados, el ciclista admite la suerte de ser miembro del equipo Movistar, porque gracias a él ha tenido acceso a los mejores médicos junto a los que ha conseguido hacer realidad su sueño: participar en una gran competición. Su tesón y el del equipo rehabilitador que le trató, primero en la Clínica y después en el CNAI (Centro Neurológico de Atención Integral), obraron lo improbable: a los 7 meses Malori ya rodaba sobre su bicicleta en Canadá, la primera de sus competiciones tras el accidente.

Hoy, ha vuelto a la Clínica para hacerse una resonancia magnética de control que le realiza el Dr. José Luis Zubieta. Para entonces Adriano ya ha competido en 6 carreras. "Han sido competiciones en las que he participado debido a mi insisten-

Adriano Maori durante el transcurso de su entrevista en la Clínica.

cia con los técnicos del equipo. Por fin me dejaron. Pero, por ejemplo, participar en la de Canadá ha sido como si un futbolista hubiese estado lesionado durante un año entero y reanuda de nuevo la competición con un clásico, por ejemplo, un partido Barca-Madrid", describe.

Para el ciclista, estas competiciones están siendo una manera de probarse, "porque por muchos entrenamientos que hagas, nunca es lo mismo que una competición. Competir es una manera de conocer con precisión cuáles son mis puntos débiles y de saber dónde tengo que reforzar mis entrenamientos para seguir mejorando mi forma física".

Cuando llegó de Argentina y le ingresaron en la Clínica, ¿cuál fue su primera impresión?
Lo primero que recuerdo, cuando me trasladaron del aeropuerto hasta la Clínica, son las puertas que se abrían, por donde iba entrando. Lo primero que pensé es que qué bonito era el hospital, qué arreglado todo... Y recuerdo que ya tuve que hacer una hora de rehabilitación ese primer día. Estuve en total 7 días, pero el recuerdo que tengo de los profesionales que me atendieron era lo buena gente que eran todos y cómo me cuidaban y me ayudaban en la rehabilitación.

"A todo el personal que me ha atendido y cuidado, no es suficiente darles las gracias para transmitirles todo el cariño que les tengo".

El de la Clínica es para usted un recuerdo agridulce.
De aquí guardo también el peor recuerdo de mi historia, porque fue aquí donde me dijeron claramente lo que tenía.

¿Cómo fue ese momento?
Yo pensaba que operándome la clavícula ya se arreglaba todo. Pero el especialista que me vio me dijo que "los cables que conectan el brazo con el cerebro se habían roto". Realmente, no sé cómo lo superé. Con ayuda de mucha gente, porque sólo no hubiese podido.

Después de su experiencia, ¿qué mensaje trasladaría?
A todo el personal que me ha cuidado, desde el doctor que era mi referencia, la auxiliar que me traía la comida y las que me daban la medicación, hasta las de enfermeras de rehabilitación, la fisioterapeuta, Sandra, con quien di los primeros pasos por el pasillo. Decirles gracias no es suficiente, para transmitirles todo el cariño que les tengo.

Ahora que ya ha conseguido volver a competir, tan solo 7 meses después del grave accidente, ¿qué lectura hace de esta experiencia?
A los médicos y fisioterapeutas les digo que de mi historia hay que quedarse con la parte positiva. La lectura que hago es que con la medicina y la voluntad se puede salvar un paciente a pesar de estar destrozado. Me acuerdo cuando me dieron el diagnóstico y me dijeron las

PASA A LA PÁG. 32 >>

Adriano Malori con el Dr. José Luis Zubieta.

<<VIENE DE LA PÁG. 31

pocas posibilidades que tenía de volver a montarme en la bici. Pero Sandra, la fisioterapeuta, me dijo que tenía que intentarlo, que no era seguro, que en gran medida dependía de mí y que había que ver cómo evolucionaba.

La suya es realmente una gran historia de superación.

Sí me gusta pensar que con mi experiencia envío a otros pacientes un mensaje de esperanza. Ojalá mi historia anime a otras personas en esas circunstancias a sacar lo mejor de ellas para seguir luchando. De hecho, durante mi rehabilitación comprobé cómo mis compañeros observaban mi recuperación. Lo veía en sus miradas. Creo que yo era un estímulo para su propia rehabilitación. Por eso pensé que no les podía defraudar.

ENLACE VÍDEO
'Documental Informe Robinson: Adriano Malori'
https://www.youtube.com/watch?v=UzJ46FSdzfU

Nines
FLORISTA
No sólo flores
Servicio de floristería, regalos y complementos
Avda. Pío XII, 34, 31008 Pamplona | T 948 278 008 | www.ninesflorista.com | nf@ninesflorista.com | Avda. Pío XII, 13. 31008 Pamplona | T 948 277 916
M 679 440 103

Acogedor · A tu aire · ConectAdo · A gusto · ImplicAdos · A buen precio

Nuestros clientes nos valoran

"Fue una sorpresa que la habitación también tuviera una pequeña nevera, un microondas y una terraza con mesa y sillas como para tomar algo".
Sandra. Booking. 09/2016

"Habitaciones espaciosas e impolutas. Cabe decir que he viajado bastante y nunca en mi vida he estado en una cama tan comoda. Hotel especial muy recomendado".
Myriam. TripAdvisor. 08/2016

"Hotel tranquilo y cómodo. La TV creo que es la más grande que he visto en un hotel. Cafetería autoservicio 24 h incluido".
Iván. Booking. 09/2016

"Fantástica estancia. Es un hotel muy confortable, agradable, te sientes como en casa".
Lola. Booking. 07/2016

HOTEL A PAMPLONA

INAUGURADO NOVIEMBRE 2015

9,1 Booking.com · tripadvisor

SU CASA JUNTO A LA CLÍNICA

OFERTA ESPECIAL CLIENTES CLÍNICA:

Utilice el código "ofertaCUN" al reservar en nuestra web

C/ Sancho Ramírez, 15. 31008 Pamplona · 678 537 520 · 948 272 975 · info@hotelApamplona.es

www.hotelApamplona.es

Más de 600 personas en la Gala Benéfica Niños contra el Cáncer

Medio centenar de empresas navarras han mostrado su apoyo a los más pequeños en su lucha contra la enfermedad

Casi setecientas personas de 47 empresas navarras participaron en la gala de Niños contra el Cáncer.

CUN ■ Con el objetivo de recaudar fondos para la investigación y tratamiento del cáncer infantil, más de 600 personas se dieron el pasado 28 dde noviembre, en la gala benéfica "Niños contra el Cáncer", una iniciativa de la Clínica para promover la búsqueda de nuevas vías que aumenten las posibilidades de curación de los más pequeños. En esta ocasión, las previsiones de participación se desbordaron o con la asistencia de 47 empresas navarras que han querido, de este modo, mostrar su apoyo a los niños en su lucha contra la enfermedad.

En la apertura de la gala, celebrada en el Auditorio Baluarte, intervino José Andrés Gómez Cantero, director general de la Clínica Universidad de Navarra; Ana Patiño, investigadora oncopediátrica y directora de la Unidad de Genética Clínica del mismo centro hospitalario, y Marta Lipúzcoa, organizadora del evento y directora de Responsabilidad Social Corporativa (RSC) de la Clínica. El acto contó, además, con la presencia de los patrocinadores del evento, como la Fundación A.M.A, Obra Social La Caixa, Saltoki, Volkswagen o Alhambra Restaurante, entre otros.

Durante la velada, se entregaron los premios del III Torneo de Golf desarrollado, el pasado mes de octubre, en favor de esta iniciativa en los tres campos de la Comunidad foral y en el que participaron más de 300 jugadores.

Niños contra el Cáncer canaliza este compromiso social y lo pone al servicio de la investigación oncológica infantil y de la ayuda a las familias que lo necesiten para afrontar el coste de los tratamientos.

CON NOMBRE PROPIO

El **Dr. Miguel Muñoz**, director del Departamento de Digestivo, ha sido nombrado profesor honorario de la Universidad de San Martín de Porres, prestigiosa universidad privada de Lima (Perú).

El **Dr. Ignacio Gil Bazo**, director del Departamento de Oncología, ha obtenido la beca Senior del Colegio de Médicos de Navarra. El facultativo realizará una estancia en el MD Anderson Cancer Center en Houston, con el objetivo, entre otros, de aumentar el éxito de los tratamientos en cada enfermo de cáncer y reducir los efectos secundarios de los fármacos.

Los **doctores José Antonio Páramo y Ramón Lecumberri**, codirector y especialista del Departamento de Hematología de la Clínica, han obtenido junto al **Dr. Antonio Hermida** del CIMA (investigador principal), el Premio de Investigación Antonio López Borrasca en el último congreso de la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia.

ENSAYOS CLÍNICOS

La Clínica tiene abiertos 140 Ensayos clínicos y 82 estudios observacionales y postautorización. Algunos de los últimos ensayos:

- **Tumores sólidos avanzados.** Estudio de BMS-986178 en combinación con nivolumab o ipilimumab en tumores sólidos avanzados.
- **Cáncer avanzado.** Ensayo clínico de PDR001 en combinación con LCL161, everolimus (RAD001) o panobinostat (LBH589) en pacientes con cáncer avanzado.
- **Carcinoma de pulmón no microcítico**. Estudio de atezolizumab con carboplatino o cisplatino y pemetrexed en comparación con carboplatino o cisplatino y pemetrexed en pacientes con cáncer de pulmón no microcíto no epidermoide en estadio IV que nunca han recibido quimioterapia.
- **Adenocarcinoma pancreático.** Estudio de PEGPH20 en pacientes con cáncer de páncreas con altos niveles de hialuronano.
- **Mieloma múltiple.** Estudio de combinaciones de nivolumab, elotuzumab, pomalidomida y dexametasona en mieloma múltiple en recidiva y refractario.
- **Amiloidosis.** Estudio de NEOD001 más el tratamiento de referencia en comparación con placebo más el tratamiento de referencia en sujetos con amiloidosis de cadena ligera (AL).
- **Alzheimer.** Estudio para evaluar la eficacia y seguridad de crenezumab en pacientes con enfermedad de alzheimer de prodrómica a leve.
- **Migraña.** Estudio que compara la eficacia y la seguridad con pautas de 2 dosis de la administración subcutánea de TEV-48125 frente a placebo respecto al tratamiento preventivo de la migraña crónica.celular inoperable.

ENSAYOS CUN
Más información en:
http://www.cun.es/investigacion/ensayos-clinicos

Imágenes del multitudinario funeral de Mons. Javier Echevarría y distintos momentos de su paso por la Clínica Universidad de Navarra.

"Gracias, Padre, por tener a la Clínica siempre en su corazón"

El pasado 12 de diciembre falleció en Roma Mons. Javier Echevarría, prelado del Opus Dei, Gran Canciller de la Universidad de Navarra y paciente de la Clínica

CUN ■ Como ya es sabido, el pasado 12 de diciembre, a las 21:10 horas, en el policlínico Campus Bio-Médico de Roma, falleció Mons. Javier Echevarría, obispo prelado del Opus Dei, Gran Canciller de la Universidad de Navarra y segundo sucesor de san Josemaría Escrivá. El viernes, día 16, a las 19.00 horas, se celebró, en el Polideportivo de la Universidad, una misa funeral por el alma del prelado del Opus Dei. Concelebraron el Arzobispo de Pamplona y Tudela, Monseñor Francisco Pérez y el vicario de la Delegación del Opus Dei, don Rafael Salvador.

Al conocer la noticia, el rector de la Universidad, Alfonso Sánchez-Tabernero, recordó a Mons. Javier Echevarría como un hombre generoso, "siempre atento a los problemas de los demás". El rector manifestó que acudía con mucha frecuencia a Pamplona como Gran Canciller de la Universidad de Navarra; últimamente también como paciente de la Clínica, y que, en esas visitas, era llamativa la ilusión con la que hablaba de los proyectos de la Universidad.

José Andrés Gómez Cantero, director general de la Clínica, ha recordado también con cariño a Mons. Javier Echevarría. "Llamaba la atención siempre su cercanía con los pacientes y profesionales de la Clínica. Combinaba una gran fe en Dios y un gran optimismo. Siempre nos alentaba a trabajar para los pacientes, como hijos de Dios, con un afán de servicio y gran profesionalidad. La oración por su alma y el recuerdo de sus palabras es el mejor tributo que hoy podemos prestarle en nuestro trabajo diario en la Clínica", ha indicado.

Durante la celebración del 50 aniversario de la Clínica, Mons. Javier Echevarría manifestó su "agradecimiento a Dios por los 50 años del servicio prestado desde la Clínica Universidad de Navarra a toda la sociedad, e implorar la bendición divina sobre los que allí trabajan y sobre quienes allí buscan recuperar la salud", afirmó en la homilía de la Misa en acción de gracias por aquel aniversario. A los presentes explicó que "atender a los enfermos con caridad cristiana y ofrecerles los remedios a su alcance ha sido siempre una característica distintiva del cristiano".

El Carlos III financia 25 proyectos de investigación biomédica

Los becados se centran en hallar mecanismos y nuevos tratamientos contra el cáncer, enfermedades metabólicas y cardiovasculares

Investigadores de la Clínica, CIMA y Universidad, titulares de las ayudas FIS del Ministerio.

CUN ■ El Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), adscrito al Ministerio de Economía, Industria y Competitividad, ha seleccionado 25 proyectos de investigación de la Universidad de Navarra, dentro de su convocatoria del Fondo de Investigación en Salud (FIS) de 2016. Se trata de estudios centrados en descubrir mecanismos y nuevos tratamientos contra el cáncer, enfermedades metabólicas y cardiovasculares, entre otras.

El Instituto de Salud Carlos III es el principal organismo público de Investigación que financia, gestiona y ejecuta la investigación biomédica en España. En concreto, las becas del FIS están destinadas a financiar proyectos durante un máximo de 3 años.

LA CIFRA

15

son los proyectos de investigación de la Clínica becados con **ayudas FIS**.

De los 25 proyectos, 15 corresponden a estudios de la Clínica Universidad de Navarra sobre Oncología Radioterápica (2), Oncohematología (2), Endocrinología (2), Oncología Médica, Medicina Interna, Medicina Nuclear, Pediatría, Alergología, Hepatología, Neumología, Microbiología y Terapia Celular.

El Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) ha recibido financiación para 7 proyectos de investigación en Terapia Celular (2), Oncohematología (2), Inmunología, Tumores Sólidos y Hepatología.

Finalmente, el ISCIII ha subvencionado tres trabajos de las facultades de Ciencias y Medicina de la Universidad de Navarra, centrados en Microbiología, Histología y Medicina Preventiva.

CANAL CLÍNICA

La Clínica cuenta con un canal propio en Youtube donde publica sus vídeos divulgativos desde diciembre de 2007. Los vídeos de la Clínica publicados más recientemente son los siguientes:

La Clínica, hospital privado con mejor reputación

Por tercer año consecutivo, la Clínica es reconocida como hospital privado con mejor reputación de España según el Monitor de Reputación Sanitaria (MRS), avalado por Merco.

Óscar: el primer caso de éxito de un corazón artificial

Con 47 años, es el primer español al que se le coloca con éxito un corazón artificial total. Ahora espera tranquilo a la llegada de un corazón mientras realiza una vida normal.

Premio VideoMed: "Nuevo tratamiento en España para la apnea del sueño"

Robert es el primer paciente intervenido mediante esta nueva técnica pionera, basada en la estimulación del nervio hipogloso.

'El cuerpo doblado' de Luis Mateo Díez, volumen 10 de 'Historias de la Clínica'

Dr. Enrique Aubá, subdirector médico de la Clínica, el escritor Luis Mateo Díez, Manuel Arellano, protagonista de "El cuerpo doblado", y el Dr. Pedro Errasti, director de Nefrología y especialista de referencia del paciente.

Luis Mateo Díez aborda en su relato la historia de Manuel Arellano Armisén, paciente de la Clínica, dos veces trasplantado de riñón

CUN ■ El escritor Luis Mateo Díez es el autor del décimo relato de la colección Historias de la Clínica, "El cuerpo doblado". El escritor, dos veces galardonado con el Premio Nacional de Narrativa, otras dos con el de la Crítica y miembro de la Real Academia de la Lengua Española, acerca a los lectores a la historia de Manuel Arellano Armisén. Manuel es un paciente de la Clínica que, a los 18 años, fue diagnosticado de una enfermedad renal crónica terminal. Tras múltiples complicaciones, dos trasplantes de riñón, un cáncer testicular y un linfoma, es un ejemplo de superación a pesar de las patologías crónicas que padece. "Desde muy pequeño me ha tocado vivir situaciones complicadas de salud. Estas experiencias me han enseñado el verdadero valor de las cosas, lo que vale la pena de verdad", asegura el protagonista.

Como se recordará, "Historias de la Clínica" es una colección literaria que publica cada año un relato sobre el caso médico de un paciente, contado por un escritor de prestigio desde una perspectiva humana. No pretende ser, pues, una recopilación de casos médicos sino un homenaje, a través de sus historias, a las personas que sufren la enfermedad y que, paradójicamente, sacan gracias a ella lo mejor de sí mismas.

En la presentación de este décimo volumen, El cuerpo doblado, intervinieron el paciente protagonista, Manuel Arellano, el escritor Luis Mateo Díez, el subdirector médico de la Clínica, Dr. Enrique Aubá, y el director del Departamento de Nefrología, Dr. Pedro Errasti, especialista de referencia para Manuel.

El Dr. Enrique Aubá parafraseó al escritor asegurando que en Manuel la enfermedad "es una dolencia que dobla el cuerpo sin que el espíritu se contamine". Tanto es así que el protagonista no ha cesado su actividad a pesar de las adversidades, un trabajo orientado al servicio a los demás.

Arellano es presidente de Alcer Navarra (Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades Renales), de Cocemfe Navarra (Federación de entidades de personas con discapacidad física y orgánica) y vicepresidente de CERMIN Navarra (Comité de representantes de personas con discapacidad de Navarra). Además, tiene muy claro sus objetivos: "Quiero que las personas con discapacidad o enfermedad crónica como la renal tengan la mejor calidad de vida posible y que las personas en diálisis sepan llevarlo bien y que gracias a la diálisis están vivos".

La Clínica fortalece a Navarra como destino de salud

El efecto estimado sobre el PIB es del 0,7%, 3.617 puestos de trabajo y un retorno para la Hacienda navarra de 14 millones de euros

■ Potenciar Navarra como destino de salud de calidad. Este es el objetivo del clúster médico-sanitario Navarra Health Tourism, que el vicepresidente del Gobierno de Navarra, Manu Ayerdi, presentó el pasado mes de diciembre en Pamplona. El clúster nace gracias al impulso institucional de entidades navarras, entre las que figuran el Gobierno de Navarra, el Ayuntamiento de Pamplona y la Clínica, entre otras.

Todos buscan constituir a Navarra en un destino de referencia internacional para recibir asistencia sanitaria de calidad. La Comunidad foral tiene todos los ingredientes: una buena asistencia sanitaria, una industria innovadora en la fabricación de medicamentos, tecnologías sanitarias y un excelente sector servicios.

Para valorar el impacto de las acciones de este sector, en 2016 el Ayuntamiento de Pamplona realizó un Estudio de Impacto Económico elaborado con datos de pacientes no navarros atendidos en la Comunidad Foral, el 98% de ellos en la Clínica Universidad de Navarra. Según el estudio, la actividad denominada "Turismo Médico" tuvo un impacto sobre la economía navarra de 237 millones de euros (0,7% del PIB) , generó 3.617 puestos de trabajo y supuso un retorno para la Hacienda foral de 14 millones de euros.

FIRMA INVITADA

J. M. San Segundo

Claves para medir la reputación del sistema sanitario español

VAMOS a empezar definiendo la Reputación para luego descender más en concreto a lo que se entiende por reputación sanitaria y exponer algunas conclusiones que se puede extraer de la última edición del Monitor de Reputación Sanitaria Merco 2016.

La reputación tiene que ver con lo que somos y el reconocimiento de lo que somos. Lo que somos es nuestra identidad corporativa y es el resultado de lo que fuimos, la historia; lo que hacemos, el comportamiento corporativo y lo que pensamos, la cultura corporativa.

Esta identidad es la esencia de cualquier organización, lo que la diferencia y la hace reconocible. La identidad corporativa conecta el pasado, lo que fuimos, con el presente, lo que hacemos y pensamos. Además de lo que somos está lo que decimos y lo que transmitimos; lo que comunicamos que vamos a hacer, la promesa de valor, la marca.

La reputación es lo que resulta del reconocimiento que de todo esto hagan los principales afectados por nuestro comportamiento. El reconocimiento tiene que ser contrastado con la "realidad" de los indicadores objetivos. "La reputación es el resultado de comportamientos, de realidades objetivables" (Justo Villafañe- La buena empresa).

Ahora bien, si estos dos pilares (lo que somos y cómo nos reconocen que somos) son dos signos comunes a cualquier tipo de organización, la reputación sanitaria tiene algunas peculiaridades. Esto es debido a que los públicos afectados no son los clásicos de una organización empresarial. Podríamos definir la reputación de un hospital como el reconocimiento que logra en los diferentes profesionales y agentes sanitarios (médicos, enfermeros, asociaciones de pacientes, periodistas, etc) y de su excelencia en los indicadores objetivos de calidad y gestión clínica; una mezcla de percepción informada y realidad. En el Monitor de Reputación Sanitaria (MRS) de Merco partimos de dos grandes evaluaciones: una evaluación de la percepción, (dimensión subjetiva) y unos indicadores objetivos de calidad y evaluación clínica, (dimensión objetiva).

Para elaborar el ranking MRS hemos hecho 1.082 encuestas a médicos especialistas hospitalarios; 304 a médicos de medicina familiar y comunitaria; 50 encuestas a farmacéuticos hospitalarios; 987 a enfermeros; 450 a miembros de asociaciones de pacientes y 248 a periodistas de salud. Los resultados de estas encuestas los hemos contrastado con 65 evaluaciones integrales de indicadores objetivos de calidad y gestión clínica de los hospitales y 30 evaluaciones parciales.

La evaluación subjetiva informada se hace en base a 4 valores que se despliegan en 13 variables. Los valores son la oferta asistencial, las instalaciones y el equipamiento, la calidad de la atención y la innovación y desarrollo. La evaluación objetiva se hace basada en 5 grandes grupos de indicadores: 1) los indicadores estructurales que miden los recursos disponibles del hospital para la asistencia; 2) los indicadores de actividad asistencial que permiten conocer el grado de utilización de los recursos asistenciales en función de la actividad asistencial desarrollada por cada servicio clínico; 3) los indicadores funcionales por servicio y hospital que evalúan el rendimiento asistencial analizando la casuística por GRD; 4) los indicadores de rendimiento por servicio que evalúan el rendimiento asistencial comparando sus resultados con los mejores resultados y con la gestión de los recursos disponibles; 5) y por último, los indicadores de calidad asistencial que valoran los indicadores de satisfacción de las personas y los indicadores de calidad de la prestación asistencial.

Con la mezcla de la evaluación subjetiva informada y de la evaluación objetiva, hemos elaborado el Ranking MRS Merco 2016 que considera a la Clínica Universidad de Navarra como el hospital privado con mejor reputación de España, seguido del Hospital Universitario HM Montepríncipe y el Hospital Universitario Sanitas La Zarzuela, y al Hospital Universitario La Paz como el hospital público con mejor reputación de España, seguido del Hospital Clinic i provincial de Barcelona y el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Nuestras felicitaciones a la Clínica Universidad de Navarra y a sus más de 2.000 profesionales que trabajan con dedicación exclusiva en ella.

José María San Segundo, Director del Monitor de Reputación Sanitaria (MRS).
Manuel Sevillano, director general de MERCO.

NUESTROS ASEGURADOS SON LOS PRIMEROS EN TENER LO ÚLTIMO EN SALUD

Si buscas la más alta tecnología médica, los tratamientos de vanguardia, las técnicas más complejas para las enfermedades de más difícil curación, y un seguro de salud diferente, estás buscando **ACUNSA**.

Solo **ACUNSA** puede ofrecerte las mayores coberturas sanitarias del mercado con **asistencia exclusiva en la CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA.**

Con ninguna otra compañía tendrás tanto en Salud, porque solo ACUNSA puede ofrecerte esta forma de hacer Medicina.

ACUNSA
Seguros de Salud

ACUNSA
Asistencia Clínica Universitaria de Navarra
ACUNSA, un HITO en seguros de salud a tu alcance.

Infórmate sin compromiso:

Tel: 948 194 617
Avda. Pío XII, 57 · 31008 · Pamplona
comercial@acunsa.es
www.acunsa.es

Nunca un Patek Philippe
es del todo suyo.

Suyo es el placer de custodiarlo
hasta la siguiente generación.

PATEK PHILIPPE
GENEVE

Inicie su propia tradición.

Montiel
JOYERO

AVDA. CARLOS III, 50 | PAMPLONA | TEL. 948 233 099

Calendario Anual de señora
Ref. 4947R