noticias.cun
REVISTA DE LA CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA ABRIL - JUNIO 2015 NÚMERO 092

La inmunoterapia, un gran aliado contra el cáncer

Técnica pionera para ligamento cruzado. Cirugía avanzada que repara el propio tejido lesionado, sin injertos. **16-19**

Avances para tratar arritmias. Nuevo sistema de guiado en cateterismo cardiaco: mínima radiación y máxima precisión. **8-10**

Un año de CIMA LAB Diagnostics. El laboratorio para diagnóstico e investigación biomédica se consolida. **12-13**

MARTINTXO
ASADOR · SIDRERIA

MENÚS DE PUCHERO

6 NUEVOS MENÚS CON SABOR TRADICIONAL

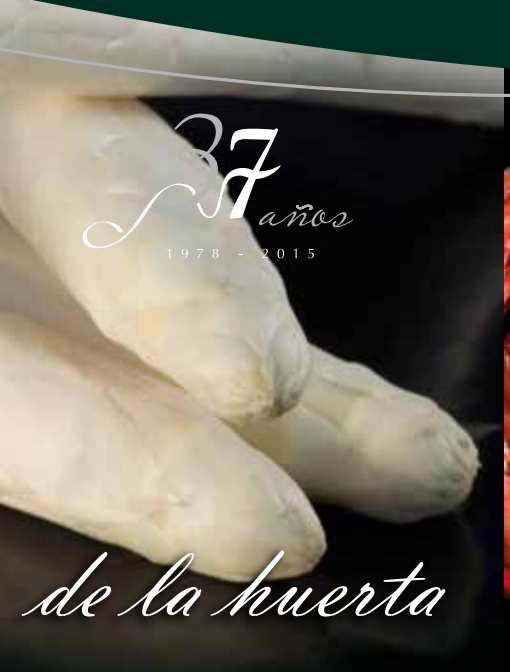
COMO PLATO ÚNICO, CON MÁS DE CUARENTA PRODUCTOS NATURALES, QUE LES RECORDARÁN A LOS SABORES QUE CONSEGUÍAN EN LOS FOGONES NUESTRAS MADRES, TÍAS Y ABUELAS.

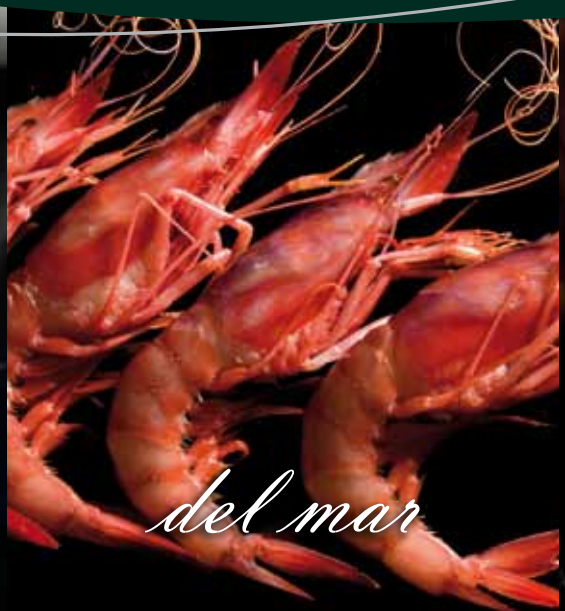
Todos ellos al precio único de 28 euros +IVA. Incluye el vino, aperitivo del día, los postres y los cafés.

Los vinos blancos, tintos ó rosados, están elaborados en nuestra propia Bodega y Trujal "La Perdigana", con viñas y olivos en la misma finca.

Deguste cada unos de ellos, es seguro que repetirá.
Buen provecho!!!

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





EN PORTADA
Avances en cáncer. La inmunoterapia, una de las estrategias de tratamiento más eficaz contra el cáncer. **4-7**

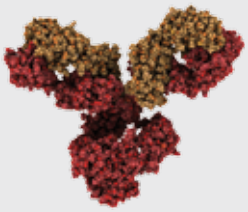
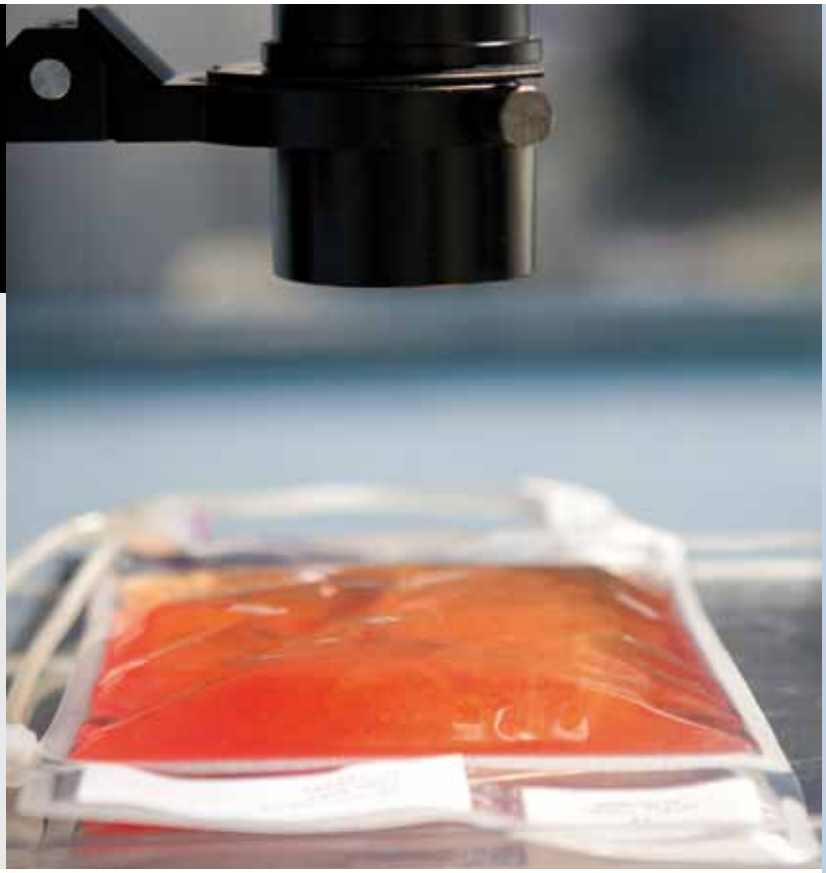


Imagen superior. Representación en 3D de una molécula de anticuerpo, producido por el sistema inmune al detectar sustancias dañinas .
A la derecha. Bolsas con cultivos de células dendríticas (células especializadas del sistema inmune) para elaborar tratamientos contra el cáncer.



092
Abr-Jun 2015

Arritmias. Nuevo sistema de guiado en cateterismo cardiaco con mínima radiación y máxima precisión. **8-10**
Aniversario CIMA LAB Diagnostics. El laboratorio integrado para diagnóstico e investigación biomédica. **12-13**
La Clínica en Madrid. Avanzan las obras de la nueva sede. **14-15**
Cirugía pionera para ligamento cruzado. Repara el propio tejido lesionado. **16-19**
Academia Europea de Mieloma Múltiple. Reune a 240 expertos de 28 países. **20**
Detección precoz del cáncer de pulmón. El enfisema, factor de riesgo en este tumor. **22-24**
Alergia a la anestesia. Relajantes musculares y antibióticos, principales inductores. **25**
Mejor Reputación Sanitaria. La Clínica recibe el galardón al mejor hospital privado. **26-27**
Premio de las federaciones de trasplantados. Para la enfermera Susana Pérez. **27**
Investigación. Nuevo tratamiento eficaz para las manchas en vino de Oporto. **28**
Historias de la Clínica. Testimonio del paciente Josetxo Zalba. **30-32**
Grupos de investigación. Clínica y CIMA crean 14 equipos multidiscilinares. **33**
Actualidad. El IDISNA se presenta para su acreditación. **34-35**
Libros y webs. Las lecturas más actuales. **36-37**
Firma invitada. Nuevo reto para la Enfermería del siglo XXI. **38**

EDITORIAL

Por una investigación sin fronteras

Colaborativa es quizás el calificativo que mejor la define y en el que radica la clave de su potencial éxito. Y es que la investigación, para que progrese, no puede entenderse de otra manera. La cooperación entre equipos de investigadores básicos (laboratorio) y clínicos (aplicación) es imprescindible para que los resultados de los ensayos lleguen a buen puerto: el del paciente.

Este es, en definitiva, el espíritu de la investigación traslacional, la vocación que debe cumplir cualquier estudio que se desarrolle en el campo de la medicina. En este sentido, una contribución ejemplar ha sido la creación de 14 grupos multidisciplinares de investigación integrados por profesionales del Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) de la Universidad de Navarra y de la Clínica. Un buen modelo de la asistencia que debe prestarse entre instituciones para prosperar. Sumar esfuerzos para conseguir mejores resultados. Un paso más en esta dirección se concretaría en 'derribar muros' entre instituciones de diferente titularidad, pública y privada. La unión de cerebros y de equipamientos de ambas redes amplía la posibilidad de optimizar resultados, tiempo y costes, rentabilizando recursos públicos y privados. El IDISNA, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra, nace exactamente con esta vocación: unir impulsos investigadores del sistema sanitario público de Navarra con los de instituciones privadas del entorno de la Universidad de Navarra. De este modo, el Instituto, una vez acreditado, se alzará como la cuarta entidad investigadora de España, lo que supondrá un gran empuje a la actividad y financiación de proyectos. Y es que a la investigación nunca le van a convenir las fronteras.

Noticias de la Clínica Universidad de Navarra. Número 92. Segundo trimestre de 2015. 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:** Mónica Ruiz de la Cuesta, Marta Chávarri y Alberto López. **Infografía:** Heber Longás y Covadonga F. Esteban. **Fotografía:** Manuel Castells (fotos@unav.es). **Responsable comercial:** Marta Chávarri. **Diseño:** Errea Comunicación. **Secretaria de Redacción:** Katrin Astiz (noticiascun@unav.es) T 948 296 497. **Impresión:** Castuera. **Edita:** Clínica Universidad de Navarra. **Depósito Legal:** NA-1200/1996. ISSN: 1889-8157.
Contacto. Pamplona. Avenida Pío XII 36, 31008 Pamplona. T 948 255 400. Madrid: Calle General López Pozas 10, 28036 Madrid. T 91 353 19 20.
Página web: www.cun.es. **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

La inmunoterapia, un gran aliado en la lucha contra el cáncer

Ocho líneas de investigación y dieciséis ensayos clínicos abiertos actualmente demuestran el auge de estos nuevos tratamientos en la batalla contra el cáncer

CUN ■ Décadas de investigación han conseguido que la inmunoterapia se perfile como uno de los grandes aliados contra el cáncer. La estrategia se basa en aprovechar la capacidad del sistema inmune para hacer frente a las enfermedades. Así de simple y así de difícil. Como se sabe, el sistema inmunológico es el escudo natural de nuestro organismo para su protección frente al ataque de agentes externos (virus o bacterias) y, en ocasiones, también internos (como el cáncer).

Ocho líneas de investigación y dieciséis ensayos clínicos abiertos actualmente en la Clínica demuestran el auge que están cobrando estas nuevas terapias para combatir el cáncer. El doctor Ignacio Melero, especialista en Inmunología del Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) y de la Clínica, trabaja con un grupo de 20 personas en líneas de investigación sobre estrategias de inmunoterapia. Según observa, el sistema inmunitario "guarda bajo cerrojos una propiedad funcional que le es exclusiva: la capacidad de acabar con otras células. En condiciones normales lo hace para defendernos de virus o bacterias". Sin embargo, apunta, "el objetivo último de la inmunoterapia es redirigir esos mecanismos para que las células del sistema inmunitario reconozcan y destruyan las células cancerosas".

TRES ESTRATEGIAS FUNDAMENTALES. En el campo de la inmunoterapia se han configurado tres estrategias fundamentales que actualmente se aplican ya, con buenos resultados, en el tratamiento clínico de personas con cáncer. Según explica la doctora Susana Inogés, especialista en Inmunología del Área de Terapia Celular de la Clínica, el objetivo de la inmunoterapia "radica en aprovechar la capacidad del sistema inmune para reconocer y destruir las células tumorales. En muchas ocasiones, en pacientes con cáncer, el sistema inmune no funciona de forma adecuada. Lo que intentamos en el laboratorio es manipular las células del paciente para conseguir que sean capaces de recuperar esta función".

Para conseguir este objetivo, la doctora Inogés apunta dos alternativas terapéuticas: "Podemos generar en el laboratorio células que, cuando se vuelvan a inyectar al paciente, se dirijan al tumor y lo destruyan. Y, por otro lado, podemos producir vacunas para que, al administrarlas al paciente, enseñen a su sistema inmune a destruir al tumor".

Ambas terapias celulares se desarrollan en el Laboratorio GMP (Good Manufacturing Practices) del Área de Terapia Celular de la Clínica. En el Laboratorio los linfocitos obtenidos a partir de sangre de cada paciente, se cultivan, se

activan y se hacen proliferar. Una vez activados, se vuelven a inyectar al paciente convertidos en células mucho más potentes frente al tumor. Este procedimiento se utiliza en el tratamiento de algunas enfermedades neoplásicas como es el linfoma folicular (cáncer del sistema linfático).

La segunda de las estrategias inmunoterápicas desarrollada en el Laboratorio del Área Terapia Celular es la elaboración de vacunas a partir de células inmunológicas del propio paciente y de su exposición al tejido tumoral. Estos preparados celulares ya se están aplicando en determinados pacientes del Departamento de Oncología que presentan tumores cerebrales (glioblastomas), cáncer de colon y de mama.

La elaboración de estas vacunas se realiza a partir de una muestra de sangre del paciente, de la que se obtienen monocitos (glóbulos blancos de un solo núcleo). A partir de ellos, se generan células dendríticas (células especializadas del sistema inmunitario), las más importantes a la hora de inducir la respuesta del sistema inmune. Esas células dendríticas se exponen a las proteínas que expresa el tumor de ese paciente.

Cargadas con la información tumoral, esa población celular se administra de forma intradérmica al paciente, de forma que se espera que "estas células sean capaces de enseñar a los linfocitos del paciente a reconocer como ajenas esas proteínas del tumor y se dirijan contra éste y lo destruyan", explica la doctora Inogés.

ELABORACIÓN DE FÁRMACOS. La tercera estrategia se basa en la elaboración de fármacos. Según señala el doctor Ignacio Melero, investigador y especialista en Inmunología y director del Laboratorio de Inmunología y Terapia Génica del CIMA, después de muchos años de investigación, ha aparecido una serie de tratamientos contra el cáncer que han demostrado su eficacia en modelo animal y presentan un beneficio clínico en pacientes.

En esta línea de actuación, la estrategia que más éxito ha cosechado es "el bloqueo de un mecanismo de escape del tumor al sistema inmunitario, tomado de un mecanismo natural, un freno, que protege a las células no infectadas de ser destruidas por una respuesta inmunitaria excesiva. Este bloqueo se realiza mediante unos anticuerpos que se sintetizan en el laboratorio y que se utilizan como fármacos para el tratamiento de algunos tipos de cáncer. Estos fármacos consiguen liberar una respuesta inmunitaria eficaz contra el tumor".

> El sistema inmune guarda bajo cerrojos una propiedad funcional que le es exclusiva: la capacidad de acabar con otras células.

El doctor Melero advierte que la mejor manera de conseguir una eficacia importante de la inmunoterapia contra el cáncer va a consistir en la combinación de varios tratamientos entre sí. De hecho, ya se están probando las primeras combinaciones, "y tenemos pacientes con resultados espectaculares, lo que hace que se pueda convertir en la columna vertebral del tratamiento de mu-

PASA A LA PÁG. 6 >>

<<VIENE DE LA PÁG.5

chas enfermedades malignas", vaticina el doctor Melero.

En este sentido, el doctor Martín Algarra reconoce que gracias a los avances terapéuticos, especialmente en melanoma, "hemos identificado algunas vías entre el tumor y el sistema inmune que pueden bloquearse e impedir ese 'falso camuflaje' que el tumor ha conseguido en el cuerpo. Gracias a la inmunoterapia "el horizonte en melanoma metastásico ha cambiado completamente".

EFICACIA EN MELANOMA AVANZADO Y EN OTROS 10 TIPOS DE CÁNCER. La inmunoterapia no es por tanto una entelequia. Es una realidad terapéutica que se está aplicando ya en cáncer con resultados esperanzadores. Un claro ejemplo es la eficacia que ha demostrado en el tratamiento del melanoma metastásico. De hecho, en la Clínica ya se administran estos tratamientos de forma habitual en pacientes con este tipo de cáncer de piel en fase avanzada, apunta el doctor Salvador Martín Algarra, especialista en Oncología Médica de la Clínica con dedicación preferencial al estudio y tratamiento del melanoma.

El facultativo considera una de las cuestiones más intrigantes de la progresión tumoral e incluso de la fisiopatología de los tumores "los mecanismos por los que el tumor se hace dueño del cuerpo. Y hoy día se sabe que algunos de esos mecanismos se basan en el "engaño" al sistema inmunológico".

Pero "en melanoma, la investigación básica ha conseguido identificar alteraciones moleculares específicas frente a las cuales, determinados fármacos, pueden bloquear la historia natural de la enfermedad e impedir su progresión".

Las terapias dirigidas (fármacos u otras sustancias que bloquean el crecimiento y diseminación del cáncer) y la inmunoterapia han conseguido un gran avance en el tratamiento del melanoma avanzado. En concreto, "con inmunoterapia se consigue el control de la enfermedad en un 20% de los casos entre los 3 y los 5 años del tratamiento". Recientemente se han comunicado los resultados de ensayos clínicos con nuevos agentes que demuestran ser más eficaces a corto plazo y que nos hacen intuir que el pronóstico a largo plazo va a mejorar considerablemente.

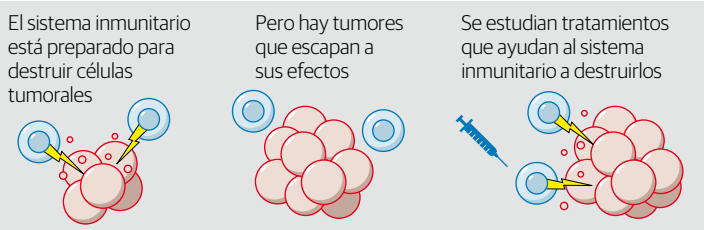
Y aunque es necesario más tiempo para conocer los efectos de la medicación a largo plazo, el doctor Martín Algarra asegura que "el horizonte en esta enfermedad ha cambiado completamente".

Más recientemente, la Food and Drug Administration americana ha aprobado el uso de Nivolumab, un fármaco que bloquea uno de esos frenos del sistema inmune frente a los tumores, en pacientes con cáncer de pulmón de tipo escamoso avanzado cuyos tumores han progresado a una primera línea de quimioterapia estándar, recuerda el doctor Ignacio Gil Bazo, director del Departamento de Oncología Médica y codirector del Área de Cáncer de Pulmón de la Clínica

Además, estas nuevas terapias se aplican ya en otros tipos de cáncer como "uso experimental avanzado": riñón, vejiga, próstata, colon, mama, cerebral, osteosarcoma, sistema nervioso central y linfoma.

En total hay en la Clínica, 16 ensayos clínicos basados en estrategias de inmunoterapia, tratamientos que aprovechan esa capacidad natural del sistema inmune para combatir enfermedades. El doctor Martín Algarra observa un panorama tan esperanzador que aventura que "con fármacos que pueden modular el sistema inmune todo parece indicar que podríamos vencer al cáncer".

Inmunoterapia para combatir tumores



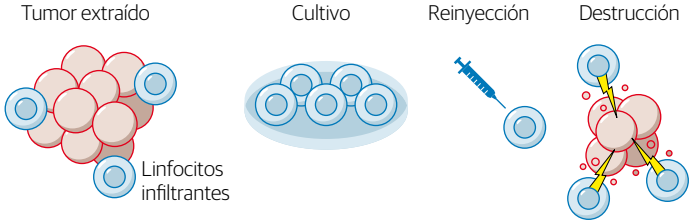
Tipos de inmunoterapia

A Activa (vacunas)

Se inyectan proteínas del tumor, a veces acompañadas de células inmunitarias, para enseñar al sistema inmunitario a luchar contra él

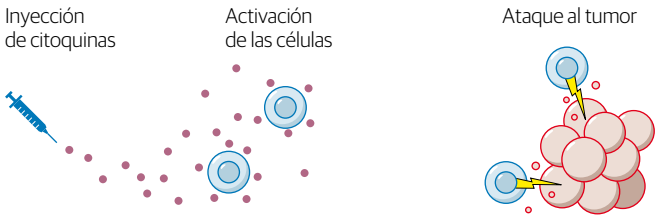
B Adoptiva

Se extrae el tumor. Si tiene células del sistema inmunitario se potencian y se reinyectan para que acaben con los restos de tumor



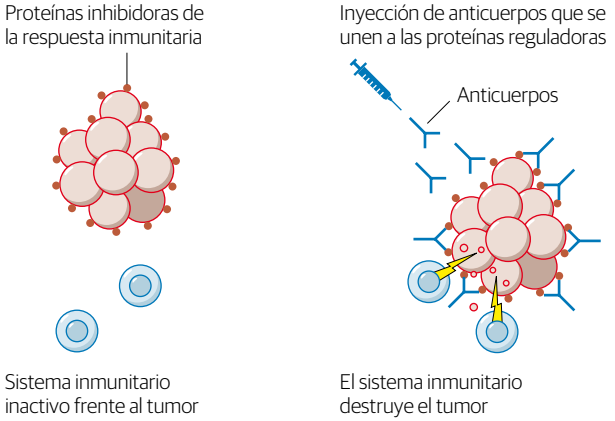
C Sustancias reguladoras

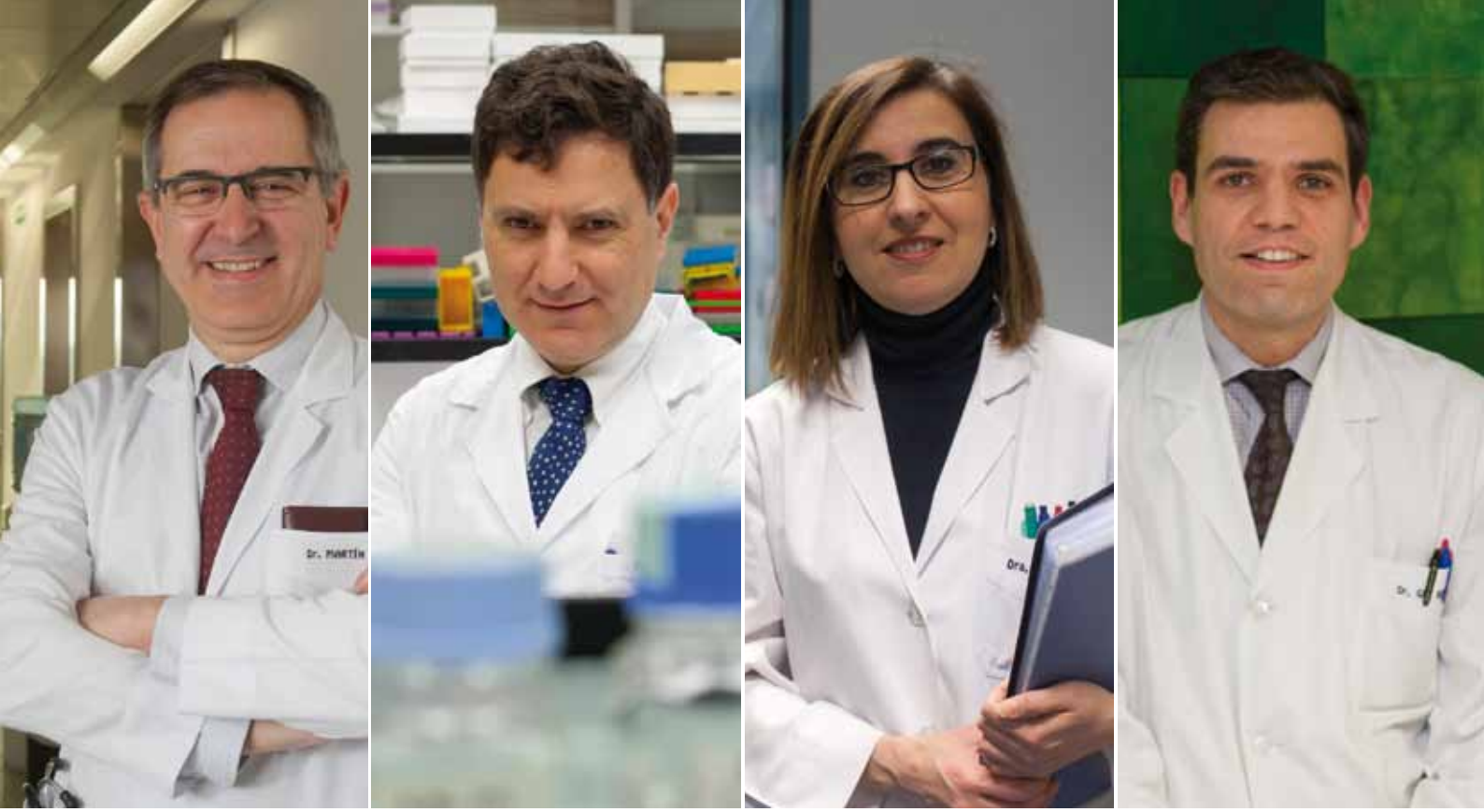
Se inyectan citoquinas, sustancias que regulan de forma natural el sistema inmunitario, para activarlo



D Anticuerpos inmunorreguladores

Se estudian anticuerpos que tienen efectos en el proceso de regulación del sistema inmunitario. **Es la vía más prometedora**





Los doctores Salvador Martín Algarra (Oncología Clínica), Ignacio Melero (Oncología e investigación), Susana Inogés (investigación Terapia Celular) e Ignacio Gil Bazo (Oncología) consideran la inmunoterapia una de sus áreas de interés científico.

Un cambio de paradigma en Oncología

El doctor Gil Bazo indica que la inmunoterapia se ha comprobado eficaz en varios tipos de cáncer

El melanoma avanzado se puede considerar así el primer gran éxito de la inmunoterapia en el tratamiento del cáncer. No obstante los avances con esta estrategia terapéutica han ido mucho más lejos. Y cuando se ha visto que la eficacia de la inmunoterapia va más allá de la obtenida en melanoma y funciona en otros muchos tumores de características distintas, "podemos decir que realmente estamos ante un cambio de paradigma, ante un cambio en la concepción de la Oncología", considera el doctor Ignacio Gil Bazo, director del Departamento de Oncología de la Clínica y director del Área de Nuevas Dianas Terapéuticas del Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) de la Universidad de Navarra. El oncólogo señala en este sentido que "las herramientas con las que trabajábamos hasta ahora se han quedado obsoletas frente a otras terapias que se basan en mecanismo totalmente distintos".

Argumenta así que la inmunoterapia no entiende de histologías (estudio de los tejidos). "Hasta ahora pensábamos de forma rígida en los tratamientos según el tipo de tumor, según sus características histológicas". Pero la inmunoterapia ha hecho saltar por los aires esta concepción, advierte. "Ya no necesitamos subclasificar cada tipo de tumor de cada paciente según el gen que dirige la enfermedad en cada caso concreto. Nos hemos centrado en el estudio de cada tipo de tumor y sus variaciones genéticas para pensar en el tratamiento y ahora asistimos a otro concepto distinto".

Como se ha descrito, la inmunoterapia implica "inactivar los frenos que tiene activados el sistema inmune para que sea capaz de actuar frente a los tumores". En la actualidad algunos estudiosos de la inmunoterapia se centran en averiguar si la eficacia del tratamiento tiene relación directa con el nivel de expresión del "freno" que bloquea la actividad del sistema inmune. "Y han surgido datos en esa dirección. Parece que los tumores en los que el freno del sistema inmune está especialmente activo, cuando lo retiramos, la actividad antitumoral del sistema inmune es mayor". Si bien, todavía no existe una valoración estándar de cómo se debe medir este aspecto. Tras los últimos avances, el doctor Gil Bazo aboga por mantener una visión amplia. "La realidad es que la inmunoterapia representa una herramienta nueva en cuanto a su efecto, especialmente en aquellos tumores en los que no había ningún fármaco dirigible, en los que no podía personalizarse el tratamiento". A día de hoy, recordó que el melanoma presenta tasas de respuesta a la inmunoterapia muy buenas, y en cáncer de pulmón la respuesta se sitúa entre el 30 y el 40%. "Cuando seamos capaces de subseleccionar las poblaciones de pacientes en las que el tratamiento puede ser más activo, aumentará esa eficacia", revela en facultativo.

Pero vistos los efectos de las diferentes líneas de inmunoterapia en una decena de tumores "la sospecha que tenemos es que todos los tumores van a ser candidatos a la inmunoterapia. Pero hemos visto que en cánceres como el de mama, con muchas subvariantes histológicas y moleculares, habrá que comprobar en cuáles tiene más eficacia", observa.

LA CIFRA

30%

En más de un 30% se cifra la respuesta a la inmunoterapia en cáncer de pulmón.

Un 'GPS' para tratar las arritmias con mínima radiación ionizante y máxima precisión

La Clínica, primer centro español que adquiere el equipamiento más avanzado para procedimientos intervencionistas cardíacos por cateterismo

Equipo de la Unidad de Arritmias. De izda a dcha, la enfermera Cristina Díaz, el doctor Pablo Ramos y la enfermera Graciela López, los doctores Ignacio García Bolao (director), Gabriel Ballesteros, la auxiliar Encarna Echarte y la enfermera Ellen Janiashvili.

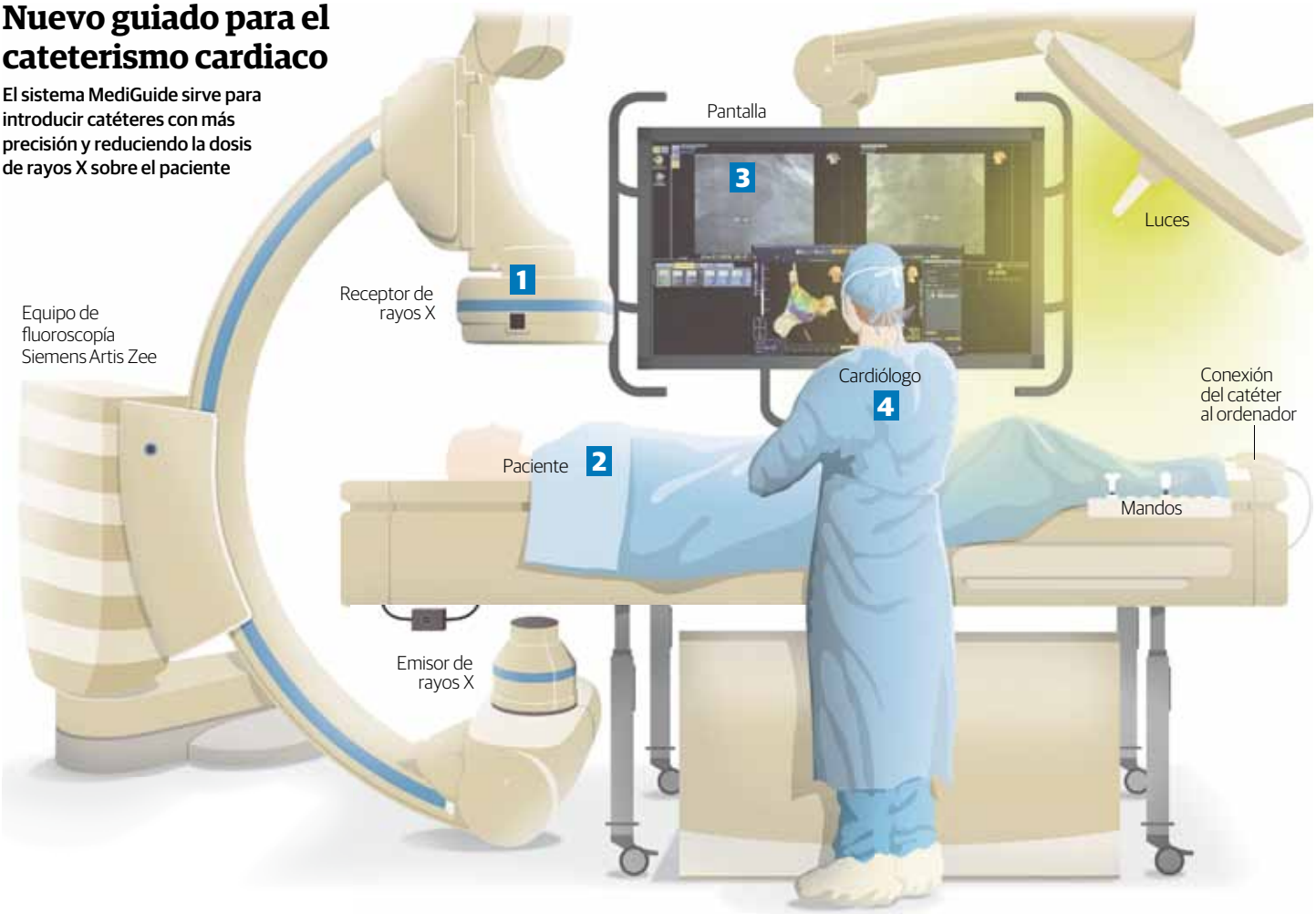
CUN ■ La Clínica es el primer hospital español que ha adquirido el sistema más avanzado para el tratamiento de las arritmias cardiacas por cateterismo. El nuevo equipamiento introduce una reducción prácticamente a cero de las radiaciones ionizantes propias de los equipos convencionales. "Esta característica supone una aporte extra de seguridad para los pacientes y para los profesionales que pueden realizar los procedimientos evitando los trajes protectores de plomo. La seguridad clínica y laboral es la principal ventaja de este nuevo sistema de guiado", apunta el doctor Ignacio García Bolao, director del Departamento de Cardiología de la Clínica y de su Unidad de Arritmias. La nueva instalación se suma a la sala de electrofisiología ya existente, permitiendo acoger de este modo la creciente demanda de este servicio.

El nuevo equipamiento se llama Mediguide y mejora la visualización permitiendo un seguimiento endovascular (por el interior de los vasos) de los catéteres muy preciso, "en tiempo real sobre un patrón de radioescopia, sin emplear radiología convencional", describe el facultativo.

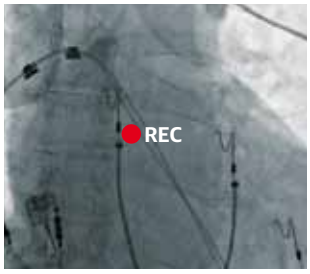
COMO UN GPS POR EL INTERIOR DE LOS VASOS. El funcionamiento del nuevo dispositivo es similar al de un GPS que lo-

Nuevo guiado para el cateterismo cardiaco

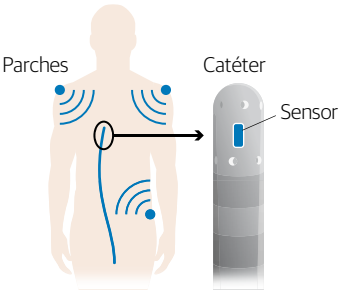
El sistema MediGuide sirve para introducir catéteres con más precisión y reduciendo la dosis de rayos X sobre el paciente



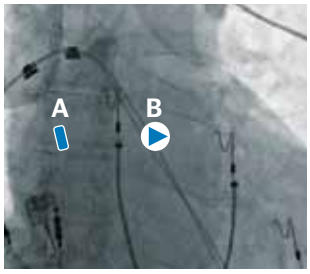
1 El médico sale de la sala. Se graban unos segundos de vídeo con rayos X (fluoroscopía).



2 El catéter lleva un sensor. Un campo magnético generado por imanes lo sitúa.



3 El sistema MediGuide posiciona el catéter **(A)** sobre el vídeo en diferido **(B)** y adapta la imagen a la respiración, latidos...



4 El cardiólogo hace avanzar el catéter y ve cómo cambia su posición.

De vez en cuando es necesario grabar un nuevo vídeo.

caliza los sensores que portan los catéteres por el interior de los vasos sanguíneos, en el espacio tridimensional, aunque utiliza un campo electromagnético de baja potencia, con niveles de radiación ionizante mínimos.

Según indica el director de Cardiología, "este sistema permite alcanzar emisiones de radiación cercanas a cero, manteniendo la visualización radiológica de los catéteres. De este modo, complementa la visión obtenida por los sistemas de navegación no fluoroscópica convencionales".

En general, el dispositivo Mediguide ofrece una plataforma tecnológica que puede utilizarse para múltiples aplicaciones, "desde sencillos procedimientos de electrofisiología hasta los más complejos, incluidos los implantes de dispositivos de terapia de resincronización cardiaca", destaca el doctor García Bolao. El nuevo sistema permite ajustar automáticamente los cambios en la frecuencia cardíaca, el movimiento respiratorio y el del paciente y de este modo, reducir al mínimo las demoras de flujo de trabajo.

Para acoger el nuevo equipamiento, se ha habilitado una segunda sala de electrofisiología en la que conviven tres sistemas de navegación no fluoroscópica convencionales, y tres sistemas adicionales para la ablación (lesión) de la fibrilación auricular (arritmias) en el perímetro de las venas pulmonares, como son la crioablación (ablación por frío) y dos sistemas circulares de radiofrecuencia que consiguen la ablación mediante un único disparo. La técnica, aplicada por la Unidad de Arritmias de la Clínica, precisa únicamente de anestesia local más sedación y un ingreso hospitalario de 48 horas.

FIBRILACIÓN AURICULAR Y OTRAS INDICACIONES. Las principales aplicaciones del nuevo equipamiento se centran, principalmente, en la ablación (tratamiento por lesión) de arritmias cardíacas, "especialmente sustratos complejos como la fibrilación auricular, en cuyo tratamiento es pionera, con una experiencia que supera actualmente los 600 procedimientos", indica el especialista.

La fibrilación auricular es la arritmia cardiaca sostenida más frecuente y se caracteriza por la descoordinación del

PASA A LA PÁG. 10 >>

Distintos momentos de una intervención de cateterismo cardiaco con el sistema Mediguide que permite la localización precisa de los catéteres en tiempo real.

<<VIENE DE LA PÁG.9

ritmo cardíaco y por la pérdida de contracción de la aurícula, lo que puede ser fuente de trombos y embolias. Reduce además la capacidad de bombeo de sangre por el corazón y, como consecuencia, produce complicaciones cardiovasculares importantes, como ictus cerebrales y descompensaciones cardíacas.

En el conjunto de la Unión Europea, esta patología afecta a cerca de 4,5 millones de personas. Hay que tener en cuenta que el aumento de la fibrilación auricular está asociado al envejecimiento de la población, motivo por el que está previsto que esta patología aumente 2,5 veces de aquí al año 2050.

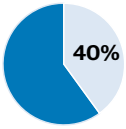
Los sistemas convencionales de navegación no fluoroscópica permiten determinar con mayor precisión el lugar más adecuado para aplicar la radiofrecuencia. Dosis altas de radiaciones ionizantes, como los rayos X, son dañinas para la salud por lo que la reducción del tiempo de fluoroscopía (haz continuo de rayos X) aporta un beneficio adicional. Estos sistemas aceleran y aumentan la precisión en la identificación de circuitos de arritmias complejas (como las propias de las cardiopatías congénitas) y, permite integrar al mapa las imágenes obtenidas previamente con tomografía computarizada o con resonancia magnética. La utilización de esta tecnología permite por lo tanto mayor precisión como mayor seguridad en los procedimientos.

El nuevo sistema Mediguide proporciona estas ventajas mediante una tecnología similar a la de un GPS de precisión milimétrica, en la que se utiliza un campo electromagnético de baja potencia para localizar los sensores y emplea esta información para informar al médico sobre la posición y orientación de los catéteres que están dentro del corazón del paciente.

Ventajas del nuevo guiado

Tiempo

Procedimientos más rápidos

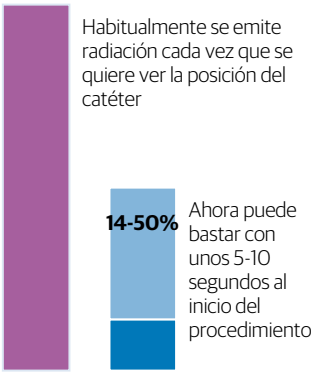


Reducción en la duración de las intervenciones

Mayor seguridad

El posicionamiento es continuo, lo que permite trabajar de forma más segura

Menor dosis de rayos X



LA MEJOR GASTRONOMÍA NAVARRA AL ALCANCE DE TODOS

30 años

EUROPA
restaurante

ALHAMBRA
restaurante

el mercáo
RESTAURANTE

La mejor oferta gastronómica de navarra ajustada a sus necesidades; productos de temporada y de nuestra tierra, cocina saludable en la que el sabor es lo más importante, con un precio estupendo y una Estrella Michelín.

Disfruta de nuestros menús con maridaje

EUROPA: Menú Eugenia 50€
ALHAMBRA: Menú Alhambra 49€

+ 10% IVA

Restaurante de diseño.
Cocina de mercado a base de ingredientes de temporada con presencia de sabores mediterráneos y asiáticos.

Menú del día: 20€
Menú fin semana: 31€

+ 10% IVA

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

ALHAMBRA
Bergamín, 7 Pamplona T. 948 245 007 **www.restaurantealhambra.com**

EL MERCA'O
Tafalla, 5-7 Pamplona
T. 948 292 588 **www.elmercao.com**

MICHELIN

tripadvisor

CIMA LAB Diagnostics, unidad de apoyo al diagnóstico y a la investigación biomédica

Durante su primer año de andadura, el laboratorio se consolida y cumple con su principal objetivo: la unificación y la externalización de servicios

CUN ■ Ya ha pasado más de un año de la constitución del CIMA LAB Diagnostics, la unidad aglutinadora de los tres grandes laboratorios de análisis genético y fenotípico, pertenecientes a su vez a diversas instituciones científicas de la Universidad de Navarra. La Unidad de Genética Clínica y la de análisis molecular de Anatomía Patológica de la Clínica, el Servicio de Análisis Genético (SAG) de la Facultad de Ciencias de la misma Universidad y los laboratorios de Citometría del Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) y de la Clínica han conseguido consolidarse durante su primer año de fusión como una unidad de apoyo al diagnóstico y a la investigación biomédica. Así lo reconoce la co-directora científica de esta entidad, la doctora Mª José Calasanz.

La articulación de este gran laboratorio se hizo con dos claros objetivos: optimizar recursos, evitando la redundancia de equipamientos y pruebas, y la organización en equipos más amplios de profesionales con experiencia en trabajo multidisciplinar, de donde se han constituido tres grupos de unas 10 personas. Según destaca la especialista, la asociación de las tres unidades mencionadas ha conseguido "una mayor interactuación de los servicios, compartiendo recursos y realizando diagnósticos con diferentes opciones de equipamiento. Este modo de trabajo enriquece los resultados al sumar perspectivas de especialistas procedentes de distintas disciplinas".

Ejemplo de esta interacción es el plan de sesiones comunes para debate y revisión de diferentes casos clínicos, como ocurre en las especialidades médico-clínicas. Se pretende así fomentar líneas de investigación comunes entre los laboratorios.

CIMA LAB, la unión de tres laboratorios.

ASPECTOS DIFERENCIALES Y RETOS. Entre los principales aspectos que caracterizan al CIMA LAB Diagnostics frente a otras entidades similares, la doctora Calasanz señala la oferta de un diagnóstico integral en citometría (análisis de las características celulares y de las propiedades particulares de las células), y genética para pacientes. "Los laboratorios cuentan con una importante experiencia respaldada por una institución como la Universidad de Navarra", resalta Calasanz.

La consolidación del laboratorio como referente para pacientes externos es uno de los principales retos que se ha trazado la dirección del CIMA LAB Diagnostics. Además se ha potenciado la interacción con laboratorios de la Clínica (Alergología o Bioquímica, entre otros), a los que ofrece su infraestructura de gestión como apoyo a la hora de externalizar sus servicios.

SISTEMA ÚNICO DE GESTIÓN: GESTLAB . Las tres unidades de CIMA LAB Diagnostics cuentan con un sistema único y homogéneo de gestión de datos de pacientes y muestras, denominado GestLab. "De este modo —indica la especialista—, cuando llega una muestra al laboratorio, el sistema informático GestLab permite el acceso de sus profesionales a los resultados o a la fase analítica en el que se halla esa muestra. Así existe una mayor supervisión de las pruebas que se realizan, evitando procesos innecesarios".

El sistema informático GestLab "ayuda también a dar respuesta a pacientes externos, procedentes de centros distintos a la Clínica". La gestión informática de los procesos está apoyada por el Servicio de Informática de la Clínica y la gestión económica por el Servicio de Gestión de Investigación (SGI) de la Universidad de Navarra.

Entre otros retos conseguidos la doctora Calasanz señala "la elaboración del catálogo de pruebas y servicios, que ofrece CIMA LAB Diagnostics" con el objetivo principal "de potenciar la externalización de nuestros servicios". El catálogo completo de servicios está integrado en el sistema CUN. El nuevo laboratorio se encuentra en proceso de cumplimiento de los estándares de calidad de la Unión Europea, "los más exigentes". Asimismo, se está completando la web específica del laboratorio.

Equipo de profesionales de los tres laboratorios del CIMA y de la Clínica que actualmente constituyen CIMA LAB Diagnostics.

Laboratorio a laboratorio

LAB. 1.5 CIMA LAB DIAGNOSTICS

Tumores sólidos y patología constitucional

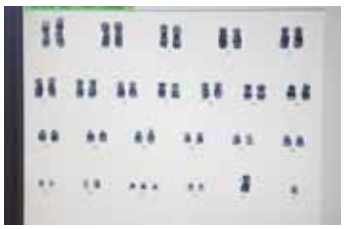
En esta unidad de CIMA LAB Diagnostics se realiza el diagnóstico y estudio de los tumores sólidos, no hematológicos, y de las enfermedades hereditarias constitucionales. Sus directores, la doctora Ana Patiño y el doctor José Echeveste, subrayan que entre estos estudios destacan los de determinación de biomarcadores para el tratamiento individualizado de los pacientes oncológicos, los casos de cáncer hereditario, estudios de farmacogenética que permiten predecir la respuesta y toxicidad a los fármacos antitumorales y el estudio de enfermedades constitucionales, ya sean monogénicas o síndromes. Colaboran además en el desarrollo de proyectos de investigación, contratos con empresas o ensayos clínicos en los que se requiere el desarrollo de una determinada tecnología. La unidad es referente en determinación de biomarcadores a nivel nacional para carcinomas de adultos (colorrectal metastásico y de pulmón). En el primer año de CIMA LAB Diagnostics, han realizado más de 5.000 determinaciones genéticas para pacientes de la Clínica y externos.

Participan con éxito en proyectos de distintos perfiles clínicos. Además, realizan un desarrollo continuo de nuevas aplicaciones y marcadores, dando a médicos el apoyo tecnológico, práctico, teórico y de gestión para implementar los nuevos tests. La unidad está a disposición de los especialistas clínicos y de la investigación para desarrollar y aplicar tecnología de biología molecular.

LAB. 1.07 CIMA LAB DIAGNOSTICS

Citometría de flujo

El laboratorio de citometría de flujo cuenta con un amplio catálogo de pruebas, que abarca desde neoplasias hematológicas hasta enfermedades inmunológicas u oncológicas, además de estudios inmunofenotípicos y técnicas de separación celular para proyectos y estudios de investigación. Sus directores, el doctor Bruno Paiva y la doctora Juana Merino, apuntan que el laboratorio cuenta con los citómetros más avanzados y un equipo experimentado capaz de responder a las pruebas solicitadas.

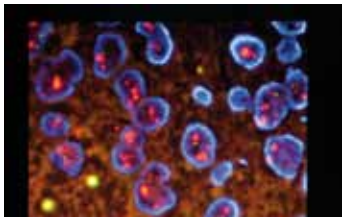


Este laboratorio realiza estudios asistenciales para los pacientes de la Clínica, así como para otros hospitales nacionales e internacionales, y participa activamente en más de 10 proyectos de investigación. Asimismo, lleva a cabo estudios centralizados para más de 5 ensayos clínicos nacionales e internacionales, actividad que constituye una fuente importante de ingresos que permiten al laboratorio abrir nuevas líneas de investigación y desarrollar nuevos biomarcadores para el diagnóstico y monitorización de los pacientes.

LAB. 1.06 CIMA LAB DIAGNOSTICS

Genética Hematológica

En esta unidad realizan el diagnóstico genético integrado de neoplasias hematológicas. Se evalúa la presencia de marcadores genéticos que puedan aportar información diagnóstica, pronóstica, o terapéutica.



Estos análisis se llevan a cabo tanto para el diagnóstico como en el seguimiento del paciente, indica su directora, la doctora Mª José Calasanz.

El laboratorio de Genética Hematológica cuenta con un amplio catálogo de pruebas y atiende como centro de referencia de análisis genéticos a los pacientes de la CUN, y los de más de 30 hospitales públicos y privados nacionales.

En este año de CIMA LAB se han desarrollado más de 10 nuevos marcadores hematológicos e iniciado el proceso de validación de técnicas genómicas en la rutina diagnóstica. En este año han realizado más de 7.000 informes genéticos hematológicos a pacientes de la Clínica y externos y se han iniciado acciones para ampliar el área de externalización a nivel nacional e internacional. Este laboratorio colabora en el desarrollo de proyectos de investigación, contratos con empresas y ensayos clínicos.

Recreación del aspecto externo que tendrá el edificio de la nueva sede hospitalaria de la Clínica en Madrid.

Clínica de Madrid: una oportunidad para crecer

En las últimas semanas el proyecto de la nueva sede de la Clínica en la capital recibió la licencia de obras y tras la fase de excavación comienza la construcción de la estructura.

CUN ■ La construcción de la nueva sede de la Clínica en Madrid sigue su andadura dentro de los plazos previstos. El pasado 4 de marzo el Ayuntamiento de Madrid concedió la licencia de obras. A continuación, se iniciaron las gestiones de licitación y adjudicación de la fase de estructuras, que ha recaído en la empresa Arpada, de Madrid. Con este permiso la nueva sede se adentra en una fase decisiva para su apertura, prevista a finales de 2016 o inicios de 2017. Tras concluir los trabajos de excavación, el siguiente paso será el levantamiento de la estructura. El final de las obras de estructura se prevé para diciembre de 2015. Después del verano, de forma solapada a la estructura, comenzará la segunda fase con el resto de arquitectura e instalaciones del proyecto.

Recientemente, el director general de la Clínica, José Andrés Gómez Cantero, ha explicado la evolución del proyecto en varias sesiones informativas con facultativos y antiguos alumnos de la Facultad de Medicina, muchos de ellos, antiguos residentes. Durante las charlas, recordó que la decisión de abrir la nueva sede se sustenta en tres motivos. En primer lugar, la apertura del nuevo hospital será una oportunidad para ser más visibles. “Madrid es el centro de influencia y decisión, lo que permitirá establecer nuevas relaciones con el entorno, afianzar nuestro posicionamiento y fortalecer el área biosanitaria de la Universidad de Navarra”, subrayó.

POTENCIAR LA INVESTIGACIÓN. En segundo lugar, somos un hospital que investiga y genera conocimiento. Hoy en día, la investigación demanda la apertura a nuevos espacios donde desarrollar la actividad. Madrid va a ser una oportunidad para establecer mayores vínculos con la industria y otros centros que fortalezcan nuestra investigación y beneficien a nuestros pacientes. “La innovación nos ayudará a crecer”, indicó. Por último, la nueva sede es una oportuni-

dad para servir mejor y estar más cerca. El hospital de Madrid nos va a permitir aproximarnos a nuestros actuales pacientes de la ciudad y también de otros ámbitos geográficos. El nuevo centro desea también desarrollar especialidades de proximidad que contribuyan a mejorar nuestra actividad asistencial.

En definitiva, durante más de sus 50 años la Clínica ha demostrado tener un modelo asistencial sólido y maduro que está preparado para su expansión.

MODELO ASISTENCIAL CUN. La apertura de la nueva sede busca también aportar un "tipo de medicina" que la Clínica viene realizando desde hace más de 50 años en su sede de Pamplona. "Confiamos plenamente en nuestro modelo asistencial, integrado en la investigación y la docencia de un hospital universitario. Este modelo beneficia a los pacientes y es un valor diferencial en Madrid", afirmó.

El director general añadió que el modelo asistencial de la Clínica en Madrid se asienta sobre cinco pilares fundamentales: la dedicación exclusiva de los profesionales; la contratación de médicos de reconocido prestigio; la selección de médicos jóvenes con alta proyección; la alineación de los facultativos con el modelo de la Clínica; y la implantación de un modelo de alta resolución.

La Clínica será un único hospital con dos sedes y una estructura de departamentos únicos y trabajo integrado. Estará estructurado en seis áreas: Área Cardiovascular y Torácica; Área de Oncología; Área de la Mujer y del Niño; Área Quirúrgica; Área Médica; y los Servicios Médicos Centrales. "Un centro perfectamente integrado con la red de Pamplona.

El director general de la Clínica negó que la Clínica vaya abandonar su sede de Pamplona. "Vamos a ser un mismo hospital con dos sedes, como sucede con otros grupos hospitalarios que tienen hospitales repartidos por varias ciudades", indicó.

Preguntado por la supuesta competencia entre ambas sedes, Pamplona y Madrid, el director general precisó que lo que queremos es "llenar de pacientes" las dos sedes, con un modelo integrado y complementario. Ante esa misma pregunta, el director médico el Dr. Jesús San Miguel afirmó que los directores de los departamentos deberán definir qué estrategia quieren seguir para potenciar la actividad en ambas sedes.

LAS FRASES

«Somos un hospital universitario y, por tanto, para mejorar nuestra asistencia médica, investigación y docencia, necesitamos llegar a más pacientes».

«Confiamos plenamente en nuestro modelo asistencial, integrado en la investigación y la docencia de un hospital universitario. Este modelo beneficia a los pacientes y es un valor diferencial en Madrid».

José Andrés Gómez Cantero
DIRECTOR GENERAL DE LA CLÍNICA

Una técnica quirúrgica pionera repara el ligamento cruzado lesionado utilizando el propio tejido

Un equipo de cirujanos ortopédicos de la Clínica aplica con éxito una nueva cirugía sin injertos, desarrollada en Suiza, de amplia efectividad y ventajas

CUN ■ Especialistas de la Clínica realizan por primera vez en España la reparación del ligamento cruzado utilizando para ello el propio ligamento lesionado. Hasta el momento, el tratamiento convencional en los casos quirúrgicos sustituye el ligamento cruzado anterior desgarrado por un injerto de tejido del propio paciente (como el tendón rotuliano o los tendones de la pata de ganso), u otros obtenidos de donantes (aloinjertos).

La nueva técnica desarrollada por un equipo de cirujanos suizos (Zúrich y Berna), especializados en lesiones deportivas, es particularmente adecuada para el tratamiento de pacientes atléticos activos y trabajadores cuya actividad requiere un alto grado de estabilidad y propiocepción (sensación profunda obtenida por los receptores del sistema osteoarticular y muscular). El nuevo procedimiento consiste en conservar el propio ligamento cruzado suturándolo.

Hay que tener en cuenta que el ligamento cruzado anterior es fundamental en el control y estabilización de la rodilla.

SUIZA, ALEMANIA Y AHORA EN ESPAÑA. Hasta el momento, sólo se ha empleado esta técnica en algunos hospitales de Suiza y de Alemania y ahora comienza en España con su aplicación por los especialistas de la Clínica. La técnica se presentó recientemente en el Congreso internacional de Rodilla y Artroscopia en el que participaron 1.200 especialistas. La nueva técnica de reparación del ligamento cruzado anterior fue explicada por el 'padre' del procedimiento, el doctor Stefan Eggli.

La restauración del propio ligamento cruzado anterior ofrece importantes ventajas respecto a las técnicas convencionales. Entre ellas destaca la estabilización mecánica de la rodilla de forma inmediata, "permitiendo una rehabilitación más temprana, promoviendo la autocuración de la rotura y restaurando la sensibilidad profunda o pro-

PASA A LA PÁG. 18 >>

LA CIFRA

4 por mil

Según un estudio elaborado en España en población deportista, se calcula que se realizaron cirugías de reparación de dicho ligamento en 4 personas de cada 1.000 al año.

El doctor Andrés Valentí lleva a cabo una intervención para reparar el ligamento cruzado anterior mediante la nueva técnica.

<<VIENE DE LA PÁG.16

piocepción", destaca el cirujano. Además, subraya, "no se requiere tomar tendones o injertos del propio paciente a diferencia de la cirugía convencional. Esta circunstancia incide tanto en la reducción de la extensión de la cirugía, como en un mejor control del dolor postoperatorio y en la inexistencia de debilitamiento de los músculos tomados como injerto".

Este conjunto de ventajas, proporciona una mayor satisfacción del paciente "ya que, subjetivamente, los pacientes se muestran más satisfechos con el resultado de la cirugía", alega. Se añaden unos costos socio-económicos menores, pues "la discapacidad laboral después de la sutura ligamentosa dura de media menos tiempo que tras la reconstrucción clásica". Los pacientes que se someten a cirugía de LCA son por lo general personas jóvenes y con alta demanda laboral o deportiva. En ocasiones vuelven a presentar nuevas lesiones del mismo ligamento intervenido. El nuevo procedimiento permitiría una cirugía de revisión con nuevos tendones propios no utilizados en la primera cirugía.

POTENCIAL DE CURACIÓN DEL PROPIO LIGAMENTO. Según indica el doctor Andrés Valentí, especialista del Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Clínica Universidad de Navarra "el tratamiento se basa en el potencial de curación del propio ligamento cruzado unido a la colocación de un implante que proporciona las condiciones óptimas de estabilidad para la curación biológica de la rotura del ligamento".

Para facilitar la autociatrización del ligamento roto, los muñones (extremos de la lesión) del ligamento cruzado son aproximados mediante suturas. Además, la regeneración del ligamento es promovida por un procedimiento de microfracturas, "que posibilita que las células madre del hueso cercano se acerquen para acelerar el proceso de curación del ligamento cruzado", describe el cirujano ortopédico.

En el proceso de curación, se regenera no sólo el tejido de soporte del ligamento sino también las fibras nerviosas sensoriales alteradas por el trauma, restaurándose así la inervación del ligamento. Este aspecto ofrece a los pacientes la oportunidad de recuperar

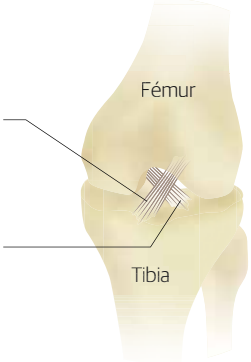
Nuevo tratamiento para la rotura de ligamento cruzado

Desarrollado en Suiza y aplicado en España por primera vez en la Clínica Universidad de Navarra

Los ligamentos cruzados conectan la tibia y el fémur.

Ligamento cruzado anterior: evita que la rodilla se desplace hacia adelante

Ligamento cruzado posterior: evita que la rodilla se desplace hacia atrás



Rotura

Puede deberse a:

- Un traumatismo o torsión
- Un cambio brusco de dirección
- Una desaceleración exagerada

El fémur y la tibia se desplazan en direcciones opuestas y con rotación

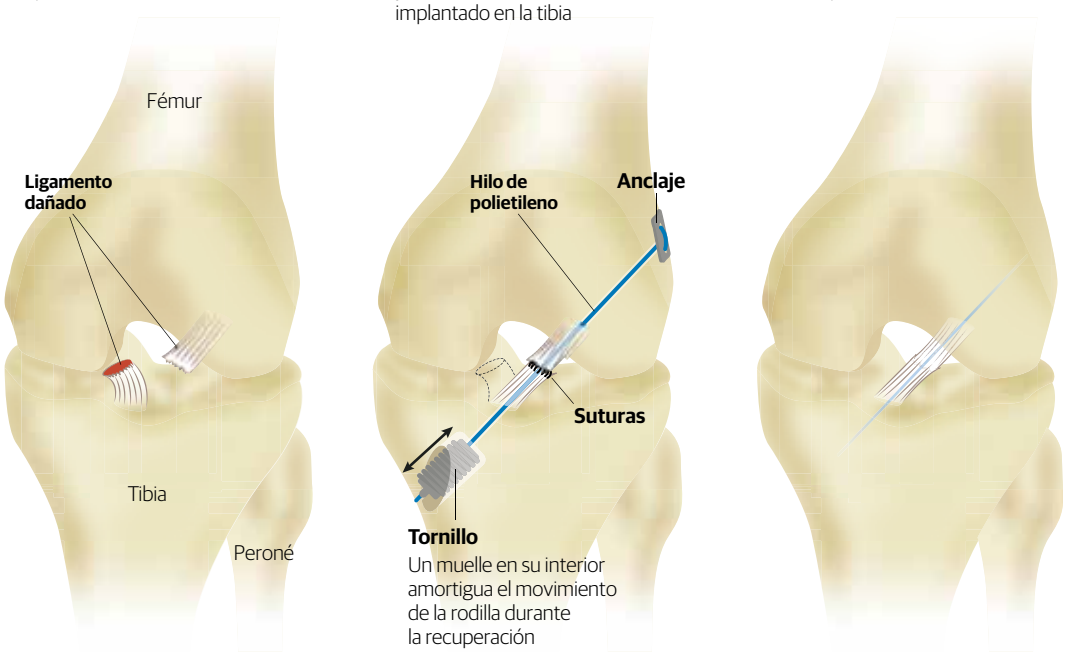
La nueva técnica

La técnica habitual sustituye el ligamento lesionado por otros tejidos. Esta técnica conserva el ligamento lesionado, facilitando su cicatrización

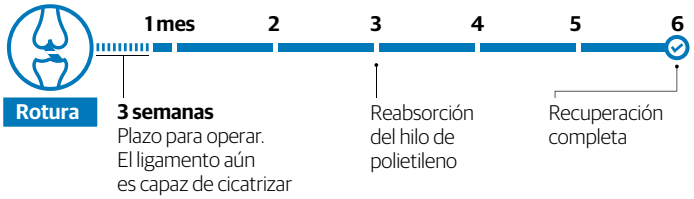
1 El ligamento cruzado da control y estabilidad a la rodilla. Su rotura provoca episodios de "fallo" de rodilla

2 Para reinsertar (o suturar o reparar) el ligamento se introduce un hilo de polietileno a través del fémur y se tensa mediante un tornillo implantado en la tibia

3 El hilo se va incorporando progresivamente al ligamento, que cicatriza y recupera su funcionalidad



Cronología



Beneficios

- **Menor trastorno y dolor posoperatorio** al no requerir la toma de injerto
- **Mejor percepción de la rodilla**
- **Reconstrucción fisiológica**

ENTREVISTA

Daniel Aróstegui "He recuperado en cuatro meses lo que con la otra cirugía me costó año y medio"

Daniel Aróstegui ha vuelto a practicar deporte a los 4meses de la cirugía.

Le operaron el ligamento cruzado anterior de la rodilla izquierda hace 6 meses, por la misma lesión que había sufrido 11 años antes en la otra rodilla

CUN ■ Pamplonés de 29 años, para Daniel Aróstegui el fútbol ha sido siempre su deporte preferido. De hecho, su primera lesión en la rodilla la sufrió hace 11 años durante un partido de balompié. En aquella ocasión se rompió el ligamento cruzado anterior de la rodilla izquierda. Hace seis meses se repitió la situación, aunque esta vez la rodilla afectada fue la derecha. Trabajador en una perfilería de Berrioplano, casado y con un hijo de un año y 9 meses, Daniel se declara un gran aficionado al deporte en general. Con motivo de las dos lesiones de rodilla, este pamplonés ha pasado ya en dos ocasiones por el quirófano. En la primera intervención le realizaron la técnica quirúrgica convencional de reparación de la rodilla. En la segunda y más reciente, acudió a la Clínica Universidad de Navarra donde le intervinieron mediante el nuevo procedimiento quirúrgico que repara el tejido lesionado.

¿Ha practicado siempre deporte?

Siempre, hasta que primero me rompí el ligamento de una rodilla y luego el de la otra. Y esos han sido los dos parones debidos al fútbol.

Para tratarle las dos rodillas tuvieron que realizarle dos cirugías. Los procedimientos quirúrgicos empleados fueron distintos ¿Qué diferencias observa entre ambas intervenciones?

La mayor diferencia que he notado ha sido especialmente en la recuperación. La primera vez tuve bastantes problemas: infección, rechazo tras la operación y durante un año y medio estuve sin poder jugar a fútbol. En esta otra ocasión, en cuatro meses ya estaba en el gimnasio, en la bicicleta y corriendo. Así que muy bien. Además, al ser la recuperación tan rápida, los músculos no se te atrofian.

¿Tiene amigos que se han lesionado como usted?

Sí. Por lo que me comentan compañeros que juegan a fútbol, ellos lo pasaron muy mal. Ahora les cuento mi recuperación con esta técnica y no se lo creen.

¿Cómo se siente habiendo sido operado mediante una operación pionera en España?

Con mucha suerte porque cuando me explicó el doctor había tres procedimientos diferentes. Él me detalló esta técnica que yo no conocía. Y estoy muy contento por haberme realizado esta intervención.

Al lesionarse la segunda vez ¿qué pensó?

Pensé que ya no iba a poder jugar más al fútbol. Pero el doctor me dijo que ningún problema.

¿Tiene ganas de volver a jugar?

Una vez haya pasado del todo la recuperación y ahora que ya estoy tan bien, veo a mis compañeros jugar a fútbol y otra vez me entran muchas ganas de volver.

¿Qué deportes puede practicar ahora, cinco meses después de la intervención?

Ahora que me han operado, puedo hacer ya de todo: andar en bici, correr, piscina, gimnasio, monte, y fútbol también.

la propiocepción (sensibilidad profunda) original del ligamento cruzado anterior y por tanto de la rodilla, "un potencial curativo que ningún otro método de tratamiento actual puede ofrecer", subraya el doctor Valentí.

TRES SEMANAS DE LA LESIÓN, PLAZO MÁXIMO. Una condición previa para poder aplicar esta nueva técnica reside en que el ligamento cruzado anterior dañado conserve "la vitalidad y capacidad suficiente" para repararse. Esta circunstancia tiene más posibilidades de que ocurra durante las primeras semanas inmediatamente posteriores a la lesión del ligamento, por lo que se recomienda que la nueva técnica quirúrgica se aplique dentro de las primeras tres semanas desde el evento traumático.

Por tanto, informa el especialista, "en principio, las rupturas crónicas no son susceptibles de esta técnica quirúrgica. No obstante, este plazo de tiempo que se considera adecuado para la cirugía está siendo intensamente investigado y es posible que en el futuro se consiga la reparación del ligamento en lesiones de más de tres semanas. Si bien, no todas las roturas agudas son susceptibles de esta técnica. Depende de que el remanente ligamentoso sea suficientemente fuerte para realizar la sutura".

Equipo quirúrgico: de izda a drcha Ana Fernández López (estudiante Medicina), el doctor Francisco Hidalgo (Anestesia), la instrumentista Elena Ibarburu, los doctores Andrés Valentí, Juan Ramón Valentí, José Lamo de Espinosa y Verónica Montiel (todos de Cirugía Ortopédica y Traumatología), la instrumentista Mª Jesús Percaz y la doctora Ana Belén González Gil (Cirugía Ortopédica y Traumatología).

El congreso de la Academia Europea de Mieloma Múltiple (EMMA) reúne a 240 expertos

El doctor Jesús San Miguel, director de Medicina Clínica y Traslacional de la Universidad de Navarra y organizador de la 12ª reunión de la EMMA, junto al doctor Heinz Ludwig, del Instituto Wilhelminen de Investigación del Cáncer de Wien (Austria), durante la inauguración del Congreso Europeo.

Procedentes de 28 países, participaron el pasado marzo en Madrid en la 12ª edición del simposio internacional

CUN ■ El pasado mes de marzo tuvo lugar en Madrid el Congreso de la Academia Europea de Mieloma Múltiple, reunión internacional de especialistas en la enfermedad en la que participaron 240 expertos de todo el mundo. Los asistentes al encuentro científico anual de la Academia Europea de Mieloma Múltiple (EMMA), procedentes de 28 países distintos, se dieron cita en la capital española para compartir, durante dos jornadas, los últimos avances en la enfermedad y debatir los retos.

El simposio europeo fue organizado en su 12ª edición por la Universidad de Navarra y dirigido por el doctor Jesús San Miguel, director de Medicina Clínica y Traslacional de la misma institución universitaria, director médico de la Clínica Universidad de Navarra y miembro del comité científico del CIMA de la misma universidad, y por el doctor Heinz Ludwing, del Instituto Wilhelminen de Investigación del Cáncer de Wien (Austria). Entre la veintena de ponentes participó también el doctor Bruno Paiva, director del laboratorio de técnica instrumentales-citómetro del CIMA.

El evento contó con el patrocinio de la compañía farmacéutica Celgene, especializada en tratamientos contra el cáncer y enfermedades del sistema inmunológico.

MIELOMA MÚLTIPLE Y AVANCES. El mieloma múltiple es un tipo de cáncer hematológico que consiste en la proliferación descontrolada de las células plasmáticas de la médula ósea. Representa el 1% de todos los tumores y el 15% de los hematológicos. En países occidentales su incidencia se aproxima a 5,5 afectados por cada 100.000 personas.

La 12ª edición de la reunión anual de la EMMA se abordó con un horizonte esperanzador para esta enfermedad, ya que según afirmaron los organizadores del simposio, "nunca antes se había progresado tanto en la comprensión de la biología de la enfermedad ni en la mejora de la gestión de los pacientes afectados por esta enfermedad, a menudo incurable.

Concretamente, en la Clínica se están investigando varios nuevos fármacos con resultados muy esperanzadores en pacientes refractarios a otros tratamientos.

NUEVE SESIONES PLENARIAS. El congreso se dividió en nueve sesiones plenarias. Todas las sesiones abordaron charlas científicas sobre algunos de los aspectos más decisivos de la enfermedad, seguidas de una mesa de discusión de las cuestiones más candentes a cargo de cuatro expertos y un moderador y de sesiones de trabajo. Los 19 ponentes que impartieron las charlas científicas pertenecían a los principales centros médicos europeos en investigación y tratamiento de la enfermedad.

La genética del mieloma con los interrogantes que plantea la investigación clínica de los marcadores genéticos de la enfermedad y la heterogeneidad intraclonal centró la primera de las sesiones plenarias y su debate. Nuevas perspectivas en el diagnóstico y observación de los pacientes con mieloma múltiple, técnicas de imagen y los marcadores serológicos y celulares. La tercera sesión plenaria se centró en los principales avances presentados en la reunión de la Sociedad Americana de Hematología; el tratamiento actual de primera línea para pacientes jóvenes y el trasplante alogénico.

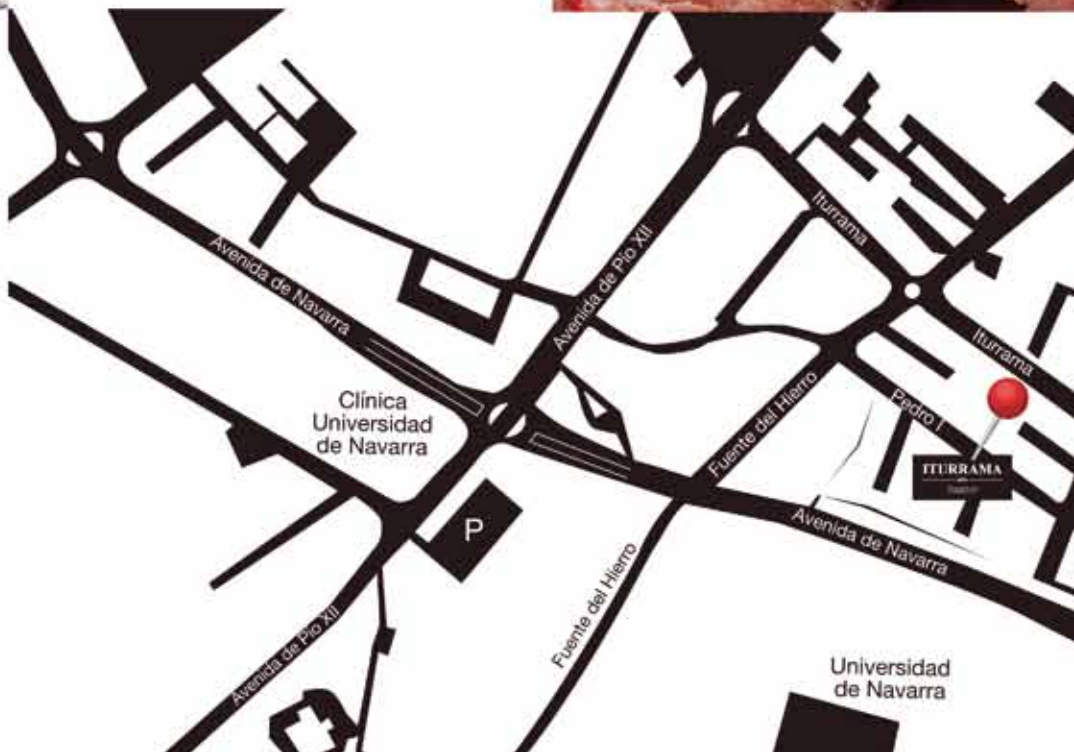
El tratamiento actual de primera línea para pacientes mayores, retos y recomendaciones para el tratamiento secuencial, los nuevos agentes para el tratamiento del mieloma. Cerró el simposio el tratamiento de otras gammapatías malignas.

Especialidad
en carnes
y pescados
a la brasa

Menú del día
16€
×
Menú sidrería
27€
×
Menú especial
30€

ITURRAMA
×
Asador

C/ Pedro I, 9
31007 Pamplona
948 261 452
618 969 433
info@asadoriturrama.es
www.asadoriturrama.es



El enfisema, factor de riesgo en el 30% de los casos de cáncer de pulmón

Según la Clínica y la Universidad de Pittsburgh, si se contemplase esta enfermedad se elevaría en un 40% la detección temprana de este tumor

CUN ■ Un estudio elaborado por especialistas de la Clínica, del Centro de Investigación Aplicada (CIMA) de la Universidad de Navarra y de la Universidad de Pittsburgh revela la importancia del enfisema pulmonar como factor de riesgo en el desarrollo de aproximadamente un 30% de los casos de cáncer de pulmón. Con tal motivo, la investigación aconseja contemplar el enfisema como criterio de inclusión en los programas generales de detección precoz pues aumentaría en torno a un 40% los cánceres de pulmón diagnosticados a tiempo, según comprobaron en la muestra de individuos estudiada. Así, mejoraría de forma significativa la relación entre coste y efectividad de los planes de cribado para detectar de forma temprana este tumor.

Los resultados de dos estudios de la Clínica que avalan esta premisa han sido publicados recientemente en dos artículos científicos de la revista de máximo impacto de la especialidad: "American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine", revista oficial de la American Thoracic Society.

De hecho, los especialistas del Departamento de Neumología de la Clínica aplican estos criterios en las revisiones de salud preventivas que realizan a sus pacientes, a partir de los 45 años si son o han sido fumadores.

LA CIFRA

15

La Administración de EE.UU. anunció el pasado febrero la aplicación de un programa de detección precoz de cáncer de pulmón en fumadores y ex fumadores de 55 a 75 años que hayan dejado el tabaco hace menos de 15 años

EL CRIBADO EN EE.UU. A día de hoy, Estados Unidos lleva la delantera en la lucha contra el cáncer de pulmón, el más mortífero del mundo. En los últimos días, la administración americana ha anunciado la aplicación de un programa de detección precoz de este tumor. El plan consiste en la realización anual de un escáner (Tomografía Axial Computarizada, TAC) de baja radiación, a fumadores y ex fumadores de entre 55 y 77 años que hayan fumado el equivalente a un paquete al día durante 30 años.

La decisión estadounidense de aplicar un plan de cribado para el diagnóstico temprano del cáncer de pulmón surge a propósito de las conclusio-

nes de un estudio realizado en Estados Unidos por el Estudio Nacional para el Cribado de Pulmón (NLST, de su denominación en inglés). Este trabajo demostró en una muestra amplia de población (más de 50.000 individuos) que la realización de un TAC de tórax de baja dosis de radiación anual en individuos de riesgo conseguía disminuir la mortalidad por cáncer de pulmón al menos en un 20%. El TAC en estas personas conseguía detectar los tumores de pulmón en sus fases más tempranas y por tanto en situación de curación.

La elevada mortalidad del cáncer de pulmón se debe en gran parte a que este tumor comienza a manifestar síntomas en estadios muy avanzados de la enfermedad, es decir, cuando no puede operarse y el tratamiento resulta efectivo en muy pocos casos.

70.000 PACIENTES ANALIZADOS POR EL IELCAP. Los primeros estudios sobre la eficacia de un TAC anual en población de riesgo para la detección temprana del cáncer de pulmón se iniciaron hace 15 años de la mano de un grupo internacional de centros investigadores, IELCAP. En España, la Clínica Universidad de Navarra fue el primer centro en participar en dicho estudio, en el que ya se llevan analizados más de 70.000 pacientes.

Los resultados de este trabajo alertaron sobre la importancia de aplicar esta prueba diagnóstica (el escáner de baja radiación) de forma protocolizada para subvertir las cifras de mortalidad por cáncer de pulmón. Los datos de éxito fueron arrolladores: "entre el 80 y el 85% de los tumores detectados con esta técnica se

PASA A LA PÁG. 24 >>

PROGRAMAS DE CRIBADO

EPOC, posible diana

Con el objetivo de mejorar el rendimiento diagnóstico de los programas de cribado, los especialistas de la Clínica se han centrado también en pacientes afectados por EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), otras de las enfermedades respiratorias que más muertes causa en el mundo y con un alto riesgo de padecer cáncer de pulmón. En un estudio liderado por el doctor Juan Pablo de Torres, neumólogo de la Clínica, y validado también en pacientes con EPOC de la Universidad de Pittsburgh, elaboraron una escala fácil de utilizar que permite identificar aquellos pacientes con EPOC con alto riesgo de desarrollar cáncer de pulmón. El COPD Lung Cancer Screning Score permitiría identificar dentro de los pacientes con EPOC a los mejores candidatos para ser incluidos en programas de cribado. "En España y en Europa no estamos todavía cerca de tomar la decisión de Estados Unidos pero ante el drama del cáncer de pulmón, el que más muertes provoca, y ante los resultados obtenidos en las investigaciones es muy previsible que en un futuro se tomen decisiones similares, de forma que en un horizonte próximo podría cambiar drásticamente el panorama para estos enfermos", subraya el doctor Zulueta.

<<VIENE DE LA PÁG.23

encontraron en el estadio 1 o fase inicial, cuando lo habitual es que el 85% de estos tumores sean hallados en los estadios 3 ó 4. Por otro lado, más del 80% de los pacientes con cáncer de pulmón que hemos diagnosticado con nuestro programa de detección precoz sigue vivo a los 10 años", explica el doctor Javier Zulueta, director del Departamento de Neumología de la Clínica y autor principal del primer artículo publicado.

La propuesta de aplicar de forma generalizada en población de riesgo un TAC levantó, sin embargo, numerosas críticas de algunos estamentos, especialmente administrativos y políticos. Con tal motivo, la administración estadounidense decidió poner en marcha su propio estudio para comprobar de primera mano la elevada supervivencia conseguida en la investigación del IELCAP mediante la aplicación de un TAC preventivo anual. En este estudio oficial obtuvieron los excelentes resultados previamente mencionados, con una reducción confirmada de la mortalidad de al menos un 20%, aunque la reducción es probablemente mucho mayor.

Equipo investigador CUN y CIMA. De izda. a dcha. los doctores Juan Pablo de Torres (Neumología), Luis Montuenga (CIMA), Ana Belén Alcaide (Neumología), Jesús Pueyo (Radiología), Javier Zulueta (Dir. Neumología), Rubén Pío (CIMA), y Pablo Sánchez Salcedo (Neumología).

Estudios actuales intentan precisar más los criterios de la población que debería someterse a dichos programas de cribado de modo que la relación coste / efectividad de esta prueba sea más elevada. Existe cierta preocupación porque el plan aplicado en Estados Unidos no tenga la sensibilidad suficiente para diagnosticar el máximo número de tumores de pulmón incipientes.

Los investigadores de la Clínica y de la Universidad de Pittsburgh comprobaron que de adoptar únicamente los criterios de la NLST en las muestras de individuos estudiadas "perderíamos tanto como el 39% de los cánceres de pulmón que nosotros habíamos diagnosticado incluyendo el enfisema como criterio complementario", advierte el doctor Zulueta.

Julio Velázquez: "A mí me ha ido de maravilla"

Gracias al TAC de baja radiación le descubrieron a tiempo dos tumores pulmonares, uno en 2008 y otro en 2013, de los que fue intervenido y curado

Julio Velázquez Andrés, vecino de Vitoria de 65 años, contaba una dilatada trayectoria como fumador. Cincuenta años avalaban su adicción tabáquica.

Hoy el tabaco es apenas un recuerdo. Un tumor en el pulmón izquierdo diagnosticado en 2008 de forma fortuita fueron el adiós definitivo. El detonante de la revisión gracias a la que le diagnosticaron el cáncer fueron los fuertes dolores de espalda que sufría, motivo por el que decidió acudir a la Clínica en 2008. Para poder diagnosticar la causa de esas molestias, le realizaron un TAC de baja radiación. Fue entonces cuando hallaron el nódulo. Su detección se produjo en las fases iniciales del cáncer por lo que no hubo ningún problema para tratárselos mediante cirugía. Y el resultado fue satisfactorio.

A partir de entonces, Julio pasó a formar parte del programa de detección precoz de cáncer de pulmón de la Clínica. Su coordinadora, la enfermera Usua Montes, es la encargada de contactar con el paciente cada vez que le toca revisión. Un protocolo que sigue con cada una de las personas que se someten a este plan de diagnóstico temprano que desarrolla la Clínica Universidad de Navarra.Debido a ese primer diagnóstico de cáncer, Julio comenzó a someterse a un TAC preventivo y a una analítica cada 6 meses. Y así continuó hasta enero de 2013, momento en el que gracias a uno de los TAC de seguimiento le diagnosticaron otro tumor, en esta ocasión, en el pulmón derecho.

Julio Velázquez.

Así las cosas, Julio volvió a pasar por el quirófano. Restablecido de este segundo episodio, el paciente asegura encontrarse muy bien: "Desde que me operaron y dejé de fumar he engordado unos 14 kilos (continúa siendo una persona delgada) y estoy mucho mejor, me siento más joven, aunque sea más viejo. Sigo yendo a menudo al monte y a pasear". El paciente describe una recuperación tan rápida que, "a los dos días de estar en casa ya salía a la calle".

Julio Velázquez se muestra muy contento los resultados de las intervenciones y, en general, por el trato recibido: "Puedo decir que a mí me ha ido de maravilla". Sin embargo, no es persona que le guste hacer recomendaciones. Asegura que los que le conocen no tienen más que verle para saber que, a pesar de los tumores ya curados, le va muy bien y que continuará con las revisiones y los TACs preventivos de seguimiento.

Relajantes musculares y antibióticos, causas principales de alergia en la anestesia

Un momento de una cirugía en un quirófano de la Clínica donde se aplica el protocolo de seguridad ante un caso de alergia durante la anestesia.

Según los resultados de un protocolo de la Clínica, único hospital español que realiza un seguimiento de las reacciones alérgicas por anestesia

CUN ■ La mayor parte de las reacciones alérgicas a la anestesia ocurren tras el uso de relajantes musculares o antibióticos. Los departamentos de Alergología y Anestesia de la Clínica han elaborado un protocolo de seguridad para los casos de reacciones alérgicas por anestesia durante las cirugías. Consiste en un trabajo multidisciplinar en el que anestesistas y alergólogos se coordinan para mejorar el diagnóstico, los informes y, principalmente, para salvaguardar la vida de los pacientes. Además, es el primer hospital español que establece este protocolo de actuación.

Según el doctor Gabriel Gastaminza, alergólogo en la Clínica, "en la gran mayoría de los casos la intervención quirúrgica puede continuar sin mayor complicación que la de esperar a que las erupciones cutáneas bajen. Que la operación se interrumpa ocurre en un 10% de los casos".

Diversos estudios desarrollados en diferentes países (Francia y Australia entre otros) concluyen que solo 1 de cada 10.000/20.000 pacientes sufren una reacción alérgica a la anestesia. El doctor Alberto Lafuente, especialista en Anestesia de la Clínica Universidad de Navarra, asegura que "realmente este tipo de reacciones alérgicas a la anestesia son más frecuentes de lo que está publicado en la bibliografía científica".

Para los especialistas de la Clínica lo más importante es la inmediatez del estudio de la alergia, "en los primeros tres días tras la reacción alérgica, el paciente ya tiene un estudio completo basado en los datos recogidos sobre el tipo de reacción y la medicación usada para la anestesia", explica el doctor Gastaminza.

Los doctores Gabriel Gastaminza, izda., y Alberto Lafuente, dcha.

En la gran mayoría de los casos la cirugía puede continuar sin más complicación que la de esperar a que las erupciones cutáneas bajen.

Una vez elaborado el estudio, el paciente podría desplazarse a cualquier otro hospital con el informe sobre los medicamentos causantes de la reacción alérgica. "Todos los pacientes han sido atendidos por Alergología en los cuatros primeros días tras la reacción alérgica en quirófano y han vuelto para realizarse una revisión al mes o a los dos meses", asegura el doctor Gastaminza, convencido de que este procedimiento repercute en la mejor atención a los pacientes en la Clínica y en otros centros sanitarios.

La Clínica consigue el premio al hospital privado con mejor reputación sanitaria en la primera edición de este ránking.

"Queremos ser lo que ya somos: un hospital universitario que viva solo por y para los enfermos"

El director general de la Clínica recibió el premio MERCO al hospital privado con mejor reputación de España según el primer Monitor de Reputación Sanitaria

CUN ■ La Clínica ha recibido el premio que le reconoce como el hospital privado con mejor reputación de España según el I Monitor de Reputación Sanitaria avalado por el índice MERCO.

El acto de entrega del galardón tuvo lugar el pasado 17 de febrero en la sede de la Clínica en Madrid. En representación de MERCO (Monitor Empresarial de Reputación Corporativa) asistieron al acto Alfonso Garrán (director general), Pedro Arévalo (director técnico), Julio Sánchez Fierro (miembro del consejo asesor) y José María San Segundo Encinar (consejero delegado).

José Andrés Gómez Cantero (director general de la Clínica Universidad de Navarra) fue el encargado de recibir el premio de manos de José María San Segundo quien describió el galardón como "un reconocimiento a la excelencia fruto de la opinión de más de 1.000 médicos, casi 750 enfermeros, 430 asociaciones de pacientes y 208 periodistas, así como el análisis de 186 indicadores de

El consejero delegado de MERCO, José María San Segundo, hace entrega del galardón al hospital privado con mejor reputación al director general de la Clínica Universidad de Navarra, José Andrés Gómez Cantero.

calidad y rendimiento asistencial, metodología que ha sido objeto de revisión independiente por parte de la consultora KPMG".

UNA CALIFICACIÓN INDEPENDIENTE. Además, subrayó que se trata de un monitor que no recibe ningún tipo de subvención o patrocinio público, ni privado. José María San Segundo aseguró que "esa es la garantía de nuestra libertad e independencia, y en esa misma medida se determina el valor del premio que recibe hoy la Clínica Universidad de Navarra".

AVANCE CIENTÍFICO Y CUIDADO DEL PACIENTE. Por su parte, en nombre de la Clínica José Andrés Gómez consideró el premio "muy especial por venir de los propios colegas". El director general del centro hospitalario aseguró que lo agradecía "como un regalo inmerecido" y lo recoge "como un reconocimiento al esfuerzo de los profesionales de la Clínica, a quienes quiero agradecer su generosidad, trabajo bien hecho y la ilusión por llevar a cabo nuevos proyectos". Expresó su compromiso con el avance científico y con la mejora del cuidado al paciente al declarar que "queremos ser lo que ya somos: un hospital universitario que genere conocimiento y que viva solo por y para los enfermos".

Durante su discurso consideró que el premio debe servir no para caer en la autocomplacencia, sino para estimular que todos los profesionales de la Clínica Universidad de Navarra continúen con "el esmero exquisito hacia nuestros pacientes. Son ellos los que dan sentido a nuestra profesión y los que nos hacen mejorar como institución", dijo refiriéndose a los enfermos.

La federaciones estatales de trasplantados premian a la enfermera Susana Pérez Mendióroz

El pasado 25 de marzo la enfermera de la 6ª planta recibió el galardón en Madrid, durante la gala de los premios Carlos Margarit

La candidatura de Susana Pérez Mendióroz fue impulsada por Atehna, y destaca las "cualidades profesionales y personales" de la premiada.

CUN ■ La enfermera Susana Pérez Mendióroz ha sido galardonada con el premio Carlos Margarit por las federaciones españolas de trasplantados. Enfermera de la Clínica, comenzó su andadura profesional en 1991 en la 6ª planta de este centro hospitalario (Trasplantados), donde ha ejercido como enfermera hasta hace dos años en que fue nombrada supervisora de dicha planta. Su candidatura al premio Carlos Margarit fue impulsada por la Asociación Navarra de Enfermos y Trasplantados Hepáticos (Atehna), que destaca las "cualidades profesionales y personales" de la premiada.

Un premio para todos los profesionales de la salud

En el agradecimiento por el premio la enfermera afirmó: "A pesar de que los valores que predominan en la sociedad actual son la rapidez, la productividad, la eficacia... los profesionales de enfermería tenemos el privilegio de poder ayudar al paciente y a la familia a afrontar la enfermedad y el sufrimiento a través de esa relación de cuidado enfermera-paciente. En la Clínica Universidad de Navarra se fomentan unos valores humanos que permiten conseguir esta relación terapéutica, que en este caso me emociona pensar que se ha hecho palpable".

La premiada quiso recalcar que el premio "representa a todos los profesionales de la salud, que están a pie de cama las 24 horas del día, los siete días de la semana, con su buen hacer y profesionalidad. ¡Muchas gracias!".

La candidatura ha contado en la Comunidad foral con el apoyo de la Asociación Navarra contra la Fibrosis Quística y la Asociación Navarra para la Lucha contra las Enfermedades del Riñón (ALCER).

La Clínica y el CIMA crean 14 grupos de colaboración para potenciar la investigación traslacional biomédica

Clínica y CIMA establecen equipos multidisciplinares de investigación.

Ponen en marcha equipos multidisciplinares, constituidos por investigadores de ambas instituciones, enmarcados en el IDISNA

CUN ■ La Clínica y el CIMA (Centro de Investigación Médica Aplicada) de la Universidad de Navarra han constituido de inicio 14 equipos multidisciplinares de investigación traslacional para potenciar la investigación biomédica centrada en el paciente, coordinar a todos los agentes involucrados en los proyectos de investigación y optimizar las oportunidades únicas que ofrece el ámbito de la Universidad. Todos los grupos se enmarcan en el Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IDISNA). La cooperación entre los equipos de investigación básica del CIMA y los equipos médicos de la Clínica es ya una realidad, que se refleja en algunos grupos de referencia en investigación biomédica. La experiencia de estos años muestra la necesidad de promocionar estas colaboraciones con una metodología regular y sistemática para ampliar las colaboraciones de éxito. Con este fin, se han creado los equipos.

"En el Plan Estratégico Científico de la Universidad de Navarra desempeña un papel fundamental el reforzamiento de la colaboración investigadora entre el CIMA, la Clínica y otros centros implicados en la investigación biomédica. Para reforzar la colaboración entre el CIMA y la Clínica se han puesto en marcha los Equipos Multidiscipinares de Investigación Traslacional y las Juntas Mixtas de Programa", explica el doctor Javier Díez, director del Comité Científico del CIMA.

PACIENTE, ORIGEN Y FINAL. El objetivo de los equipos es precisamente incrementar la sinergia en investigación biomédica en la Universidad de Navarra y de manera específica entre el CIMA y la Clínica. Su misión es fomentar el desarrollo de programas de investigación traslacional de interés común para ambos centros, identificar nuevas oportunidades de colaboración, atraer investigadores con perfil traslacional y captar fondos para esos programas.

Este escenario ofrece una oportunidad de colaboración única: El paciente es el origen y el final de la investigación, tanto de la Clínica como del CIMA. La Clínica posibilita al CIMA el acceso al paciente como origen de muestras biológicas, modelo de enfermedad y oportunidad para evaluar moléculas o biomarcadores derivados de la investigación básica.

Esta iniciativa no modifica las estructuras organizativas (tanto en su función, como reporte) de los programas de investigación y departamentos existentes en el CIMA y en la Clínica, respectivamente.

EQUIPOS EMIT

Estos equipos no están cerrados, sino que son un punto de partida, tanto en sus objetivos como es su composición.

- EMIT en Hepatología
- EMIT en Alzheimer
- EMIT en Insuficiencia Cardíaca
- EMIT en Arritmias
- EMIT en Trombosis y Enfermedades Vasculares
- EMIT en Terapia Celular en Enfermedades Cardíacas
- EMIT en Terapia Celular en Enfermedades Osteoarticulares
- EMIT en Cáncer de Pulmón
- EMIT en Tumores Cerebrales
- EMIT en Mieloma Múltiple-Amiloidosis
- EMIT en Osteosarcomas Pediátricos
- EMIT en Epigenética del Cáncer
- EMIT en Inmunoterapia y Terapia Génica
- EMIT en Aplicaciones Clínicas de la Terapia Génica

Una crema mejora los resultados del láser en el tratamiento de malformaciones capilares faciales

La Clínica ha dirigido un ensayo en el que se combina el tratamiento tradicional con la aplicación en la piel de un medicamento que evita el rechazo de trasplantes

CUN ■ Un equipo de dermatólogos de la Clínica ha liderado un ensayo clínico para tratar "la mancha en vino de Oporto", una malformación capilar del rostro que afecta a cerca de un 0,3% de la población. El tratamiento del ensayo clínico consiste en el uso de una crema de rapamicina (medicamento que se usa para evitar el rechazo en trasplantados) después de la aplicación del tradicional láser. "Lo que hicimos fue aplicar una crema de rapamicina que parece potenciar el efecto del láser para reducir la intensidad de las 'manchas en vino de Oporto'", según nos explica el doctor Pedro Redondo, dermatólogo de la Clínica e investigador principal del ensayo clínico.

La rapamicina tiene una acción antiangiogénica que favorece que los vasos capilares, tratados con el láser, no vuelvan a abrirse. El Dr. Redondo advierte que "aunque siempre hay una respuesta inicial al láser, con el paso de las semanas los pequeños capilares tienden a abrirse de nuevo y, así, la mancha vuelve a su color inicial. La combinación con la crema evita de alguna manera la apertura de esos capilares, manteniendo la mejoría".

El preparado de rapamicina aún no está en el mercado, pero según el especialista, "en un futuro podría comercializarse y su uso sería de tipo doméstico". Durante el ensayo clínico, la crema se ha administrado a pacientes que, además de la Clínica Universidad de Navarra, procedían de otros centros de referencia como el Hospital Ramón y Cajal (Madrid), el Instituto Valenciano de Oncología (Valencia) y el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo (Barcelona).

PACIENTES CON EL SÍNDROME DE STURGE-WEBER. Un total de 23 pacientes fueron reclutados para este ensayo que ya se encuentra cerrado. El estudio ha estado indicado para personas con el síndrome de Sturge-Weber, un desorden congénito que se caracteriza, entre otras cosas, por "la mancha en vino de Oporto". Otra característica de los pacientes estudiados es que tenían esta mancha en las zonas laterales del rostro, bien a ambos lados (a derecha e izquierda), o bien en uno solo.

El estudio ha estado indicado para personas con el síndrome de Sturge-Weber, un desorden congénito caracterizado por "la mancha en vino de Oporto".

La combinación del láser y la rapamicina, eficaz para estas lesiones.

CONCLUSIONES DEL ENSAYO CLÍNICO. Además de la mejora en las malformaciones capilares faciales, otra de las conclusiones que se desprenden del ensayo clínico es que la aplicación del láser siempre obtiene mejores resultados cuanto más joven sea el paciente. Para el Dr. Redondo "normalmente, la edad va haciendo que 'la mancha en vino de Oporto' sea más gruesa. Por este motivo, lo ideal es empezar con este tratamiento a una edad temprana".

Además, el dermatólogo indica que "hemos podido ver que el uso de rapamicina tópica no produce ningún efecto adverso en los pacientes con síndrome de Sturge-Weber y con 'mancha en vino de Oporto'. No solo eso, sino que al incrementar los buenos resultados de la aplicación del láser, se reduce el número total de sesiones". Sin embargo, aún se necesitarían más investigaciones para concluir que existen beneficios para los pacientes con mancha en vino de Oporto, pero sin síndrome de Sturge-Weber.

REFERENCIA

http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962214020301
doi:10.1016/j.jaad.2014.10.011

Josetxo Zalba "Antes soltar una bombilla era todo un suplicio. Ahora tengo ganas de todo"

Bilbaíno de 68 años y vecino de Pamplona, se sometió a una cirugía de Parkinson que le ha devuelto la calidad de vida

CUN ■ Josetxo apenas podía sostener una taza de café. Sus manos temblaban cada vez más. La enfermedad de Parkinson estaba haciendo tambalear su vida. Incluso estuvo a punto estuvo de ocasionarle un accidente de tráfico por la somnolencia derivada de la enfermedad. A pesar de que conseguía controlar algunos síntomas con la medicación, a sus 67 años, Josetxo Zalba sintió que tenía que haber alguna opción terapéutica que le permitiera retomar el control de su vida. "Uno no se puede contentar con que le digan en un primer momento que tienes Parkinson, es una enfermedad incurable y tienes que vivir toda la vida así. Tienes que pensar que tiene que haber algo…Yo me aferraba a que tenía que existir una solución".

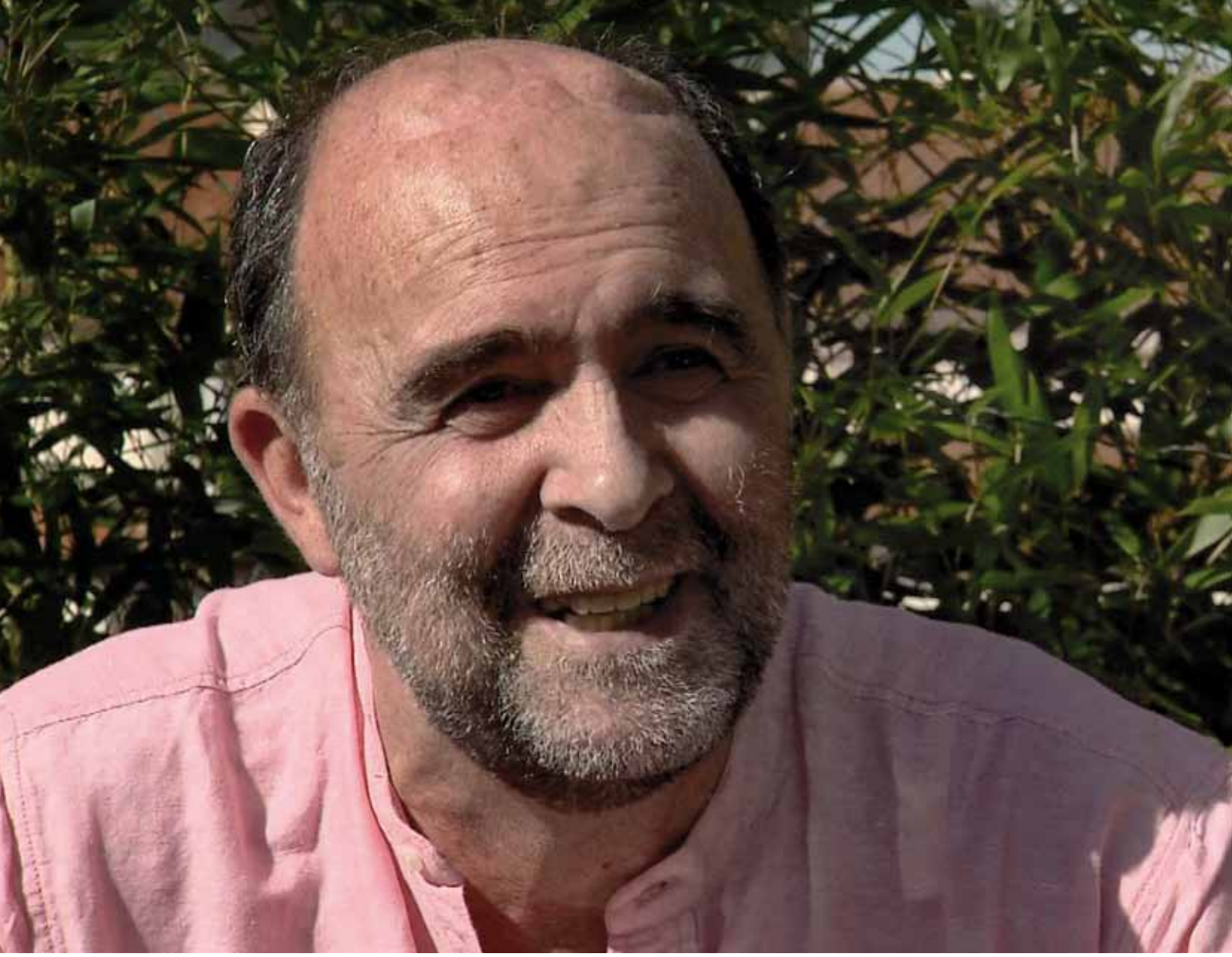
Y la solución la tenía en sus manos el doctor Jorge Guridi, director del Departamento de Neurocirugía de la Clínica Universidad de Navarra, que le propuso una intervención quirúrgica, denominada estimulación cerebral profunda. El especialista le indicó que el tratamiento quirúrgico le iba a dejar sin temblor y sin el resto de trastornos que llevaban acompañándole los últimos once años. Pionero en la introducción en España de esta técnica, el doctor Guridi la ha aplicado ya en 500 enfermos de Parkinson, una cifra que lo convierte en uno de los neurocirujanos con más experiencia de España.

Ni las 6 horas de duración de la intervención quirúrgica ni cuando le dijeron que iba a permanecer despierto durante la misma. Nada le echó para atrás. Josetxo tenía tanta confianza en que todo iba a salir bien que incluso tuvo tiempo para reservar unas vacaciones en la playa para disfrutar junto a su mujer al término del procedimiento terapéutico.

Siete meses después, este comercial bilbaíno de 68 años nos recibe feliz en su ático de Pamplona en una mañana tan luminosa como su semblante: "Ahora estoy con ganas de todo, de lo que sea…En esta terraza vais a ver cómo puedo hacer todo: trabajos de jardinería, bricolaje… Y antes, soltar una bombilla y volverla a colocar, para mí era un suplicio". Josetxo disfruta ahora de su vida junto a su mujer y con las visitas de sus 3 hijos y un recién llegado a la familia: su primer nieto de apenas un año.

¿Qué le llevó hasta la consulta de neurocirugía de la Clínica?

Cuando me diagnosticaron la enfermedad de Parkinson, se me cayó todo encima. Fui empeorando hasta que llegó un momento en el que sentía que tenía que hacer algo distinto a parte de la medicación. Veía que



los fármacos eran algo temporal y no definitivo. Miré en internet y vi un programa en la televisión con los que me enteré de la posibilidad de la operación. Automáticamente, le planteé a la neuróloga de la Seguridad Social que yo quería operarme, que no quería llegar al final sin probar algo distinto, lo tenía bien claro. En la Seguridad Social no hacían esa operación pero sí en la Clínica Universidad de Navarra, en concreto, el doctor Guridi, al que conocí.

¿Qué le aconsejó el doctor Guridi?
Me hizo una entrevista y unos test de los que concluyó que era candidato para la operación. A partir de ahí empecé los contactos con él. Me tuvo un fin de semana ingresado en la Clínica sin medicación para ver cuál era mi nivel de enfermedad. Con ese nivel, me explicó en qué iba a consistir la operación. Yo estaba tan convencido de que iba a ir todo bien que me puse a reservar un apartamento en la playa para pasar unos días de vacaciones después de la operación porque sabía que iba a quedar todo perfecto. Y así fue.

"Cuando me diagnosticaron la enfermedad de Parkinson, se me cayó todo encima. Fui empeorando hasta que llegó un momento en el que tuve que hacer algo distinto a parte de la medicación".

"Ahora estoy con ganas de todo, de lo que sea... En esta terraza vais a ver cómo puedo hacer todo: trabajos de jardinería, bricolaje..."

¿En qué consistió la intervención quirúrgica?
La operación consistió en colocarme los electrodos en función de las dianas que han detectado los escáneres que me hicieron en la Clínica, que son los electrodos que tengo en la parte superior de la cabeza. Ésta es la señal, "estos cuernos". La intervención es dura porque además estás despierto y dura unas 6 horas. Pero bueno, tenía que pasar mi desierto aguantando y sufriendo...

Lo habitual en las intervenciones quirúrgicas es no darse cuenta de lo que ocurre debido a los efectos de la anestesia general pero, en su caso, ¿cómo vivió la operación estando despierto?
Yo aguanto bastante bien el dolor y las situaciones desagradables. Estaba consciente, despierto, y fue un poco duro pero yo iba más pensando en el resultado que en lo que era la operación en sí. Y a los 7 días, nueva operación, ya dormido, para conectarme los electrodos y colocarme una pila para ajustar los impulsos del mal que yo tengo: el Parkinson. Es una pi-

PASA A LA PÁG. 32 >>

Josetxo ya no tiene problemas para realizar tareas de precisión.

<<VIENE DE LA PÁG.31

la subcutánea q tiene una duración de 9 años. Yo la cargo cada 15 días, pero no me molesta porque mientras la cargo puedo hacer otras cosas.

¿Notó una mejoría de la enfermedad tras las dos intervenciones?

Una vez que te han programado los impulsos es volver a ver el cielo porque cuando la médico de la Clínica me lo programó por primera vez, yo estaba temblando, temblor continuo, y desapareció el temblor. Así, hasta hoy. Fue instantáneo, es decir, pasé de estar temblando, a una posición normal.

¿Cómo era su vida antes de la operación?

Yo antes tomaba un café y no paraba de temblar, tenía que coger la taza con las dos manos para que no se derramara el café. El día a día era muy duro. Cuando no tenía el efecto de la medicación, no sabía dónde poner la mano porque estaba todo el rato 'bailando'. Por ejemplo, en una reunión de trabajo era muy duro. Me costaba hacer las actividades de altura: levantar los brazos, por ejemplo. Soltar una lámpara y volverla a colocar, para mí era un suplicio. Ahora puedo hacer esas cosas, desatornillar, atornillar...puedo hacer lo que quiera.

¿Cuándo comenzó a notar los síntomas de la enfermedad?

Empecé hace once años con un temblor pequeño en el gemelo. Se me había quedado la pierna izquierda menos sensible y fue poco a poco agudizándose hasta q la situación se vuelve incomoda, desagradable. El problema es que tardé tiempo en recibir el diagnóstico oficial de Parkinson.

¿Por qué tardó en llegar el diagnóstico?

Porque es una enfermedad de ojo clínico. Lo mismo pueden pensar que es de otra cosa. Lo que delató el Parkinson fue la marcha, dos años después, cuando vieron que tenía problemas. Y, sobre todo, el gesto de mi cara, la expresión... no tenía expresividad, estaba como irritado y de mala uva pero yo no me daba cuenta.

Ahora lleva en su organismo unos electrodos y una pila, ¿cómo se siente con estos elementos externos incorporados a su cuerpo?

Yo noto cuando me toco en la cabeza que tengo aquí los electrodos porque me veo en el espejo. Pero los llevo como llevo mis orejas, con la única diferencia de que las orejas me dejan oír y los electrodos me quitan el temblor.

¿Qué diría a las personas que están padeciendo síntomas como los que usted tenía?

Les aconsejo ciegamente que se pongan en contacto con su neurólogo para que contemplen esa posibilidad de la intervención. No puede ser que en el siglo XXI haya una enfermedad incurable en todos los aspectos. Es que no hay que dejarse llevar. Eso es ir a ningún sitio. Uno no se puede contentar con que le digan en un primer momento que tiene Parkinson, que es enfermedad incurable y que tiene que convivir así toda la vida. Tienes que pensar que tiene que haber algo...Yo me aferraba a que tenía que existir una solución.

¿Cómo ha cambiado su vida?

Mi vida ha cambiado mucho. Me siento mucho más tranquilo, relajado, dispuesto a hacer cosas, con ganas de lo que sea... de todo. El cambio ha sido muy importante.

CIRUGÍA DE PARKINSON

Tratamiento y diagnóstico en dos fases

"La cirugía de Parkinson en nuestro centro tiene 2 intervenciones distintas: la colocación de electrodos en los núcleos subtalámicos, que es una estructura anatómica que está hiperactiva en la enfermedad de Parkinson, entonces se colocan 2 electrodos en dicha localización con ayuda de imagen y ayuda de registro fisiológico. El paciente está despierto, colaborador, está sin medicación y ayuda a la buena colocación de estos electrodos a nivel intracraneal. Una segunda intervención quirúrgica se colocan una batería, ya dormido, es como colocar una pila o marcapasos para dar una corriente continua a los núcleos subtalámicos.

Los resultados son satisfactorios, mejora el 80% de la medicación que suelen tomar y hay una reducción del 60% de la misma. Esta intervención la hacemos desde hace muchísimos años, hay siempre un antes y un después de la cirugía, hay una drástica mejoría de los pacientes, disminuye mucho la medicación. Cada 4 ó 5 años hay que cambiar la batería aunque empiezan a aparecer modelos nuevos de batería de larga duración, de 8 años. Pero la cirugía es persistente. Los pacientes candidatos quirúrgicos son pacientes fluctuantes, que ya no responden bien a la medicación, pasan mucho tiempo, de bloqueo, con poca movilidad.

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

Actualidad

Jornadas sobre dispositivos para asistencia circulatoria

Cada vez es mayor el porcentaje de pacientes con algún tipo de sistema implantado que sustituye parcial o totalmente la función cardiaca

Comité organizador: L. Jimeno, R. Goñi, G. Rábago y E. Regaira.

CUN ■ Más de 200 profesionales se dieron cita los pasados 27 y 28 de marzo en las jornadas "Asistencia Circulatoria Mecánica (ACM), un nuevo reto para la enfermería del s. XXI", que se desarrollaron en el salón de actos del Edificio de Ciencias de la Universidad de Navarra en Pamplona.

El objetivo de las jornadas surgió de la creciente implantación de sistemas de asistencia circulatoria mecánica en pacientes con problemas graves de la función cardiaca. Estos dispositivos son capaces de generar flujo circulatorio para sustituir parcial o totalmente la función del corazón. Están indicados en situaciones agudas o crónicas de fracaso grave del corazón sin respuesta a otro tipo de tratamientos.

El comité organizador de las sesiones estuvo formado por las enfermeras de la Clínica Leticia Jimeno, Elena Regaira y Rosana Goñi y contó con la colaboración del director del Departamento de Cirugía Cardíaca de la Clínica, el Dr. Gregorio Rábago. Además de las ponencias, durante las jornadas hubo talleres prácticos y mesas redondas.

En la Clínica se han implantado desde hace años varios dispositivos de asistencia ventricular y "por ello consideramos muy importante que el personal de enfermería esté formado en este tipo de dispositivos para proporcionar al paciente un cuidado de calidad", anota la enfermera y presidenta de las jornadas, Leticia Jimeno, experta en el uso de este tipo de tecnologías y en el cuidado de pacientes que la usan.

CON NOMBRE PROPIO

La doctora **Rosario Luquin Piudo**, directora del Departamento de Neurología de la Clínica, es la directora científica del recientemente constituido Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IDISNA).

El doctor **Gorka Bastarrika** es el nuevo director del Departamento de Radiodiagnóstico de la Clínica. Experto en imagen cardiotorácica, trabajó en la sección de radiología torácica y fue director de la Unidad de Imagen Cardíaca de la Clínica Universidad de Navarra.

José Luis Masi Cantos se ha incorporado a la Clínica en Madrid como director de Operaciones. Es ingeniero de Minas y Excutive Master of Business Administration (EMBA) en el IESE Bussines School de la Universidad de Navarra.

ENSAYOS CLÍNICOS

La Clínica tiene abiertos 128 ensayos clínicos y 83 estudios observacionales y posautorización. Algunos de los últimos en marcha:

- **Glioblastoma recurrente.** Nivolumab frente a bevacizumab y seguridad de nivolumab o nivolumab en combinación con ipilimumab.
- **Melanoma avanzado** (irresecable o metastásico).Efectos biológicos de terapia con BMS-936558.
- **Linfoma difuso** de células B grandes (LDCBG) refractario o recidivante. Selinexor (KPT-330) con dexametasona a dosis bajas.
- **Mielofibrosis** primaria/post-policitemia vera o post-trombocitemia esencial: Estudio para evaluar momelotinib frente a ruxolitinib.
- **Mieloma múltiple** recién diagnosticado y no tratado con trasplante de células madre. Terapia de mantenimiento con ixazomib por vía oral después del tratamiento inicial.
- **Atrofia geográfica** secundaria a degeneración macular: Eficacia y seguridad de lampalizumab administrado en inyección intravítrea.
- **Neovascularización subfoveal** secundaria a DMAE. Estudio de seguridad y eficacia de la administración intravítrea de fovistatm administrado en combinación con lucentis®, en comparación con lucentis® en monoterapia.
- **Carcinoma hepatocelular inoperable.** Sorafenib en combinación con radiofrecuencia o radioembolización guiada por resonancia magnética con contraste hepatoespecífico.
- **Dermatitis atópica** persistente, moderada a grave, no controlada con corticosteroides tópicos. Seguridad y eficacia de lebrikizumab.
- **Síndrome de Dravet** .Estudio de eficacia y seguridad del cannabidiol (GWP42003-P).

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

Profesionales de la Clínica, CIMA, Universidad de Navarra y del CHN en la presentación del IDISNA.

El Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra presenta la solicitud para su acreditación

El equipo auditor del Instituto de Salud Carlos III revisará los criterios de evaluación del IDISNA

CUN ■ El Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IDISNA) ha dado un paso fundamental para conseguir su acreditación, con la presentación el pasado abril, ante el Instituto de Salud Carlos III de Madrid, de la documentación requerida para iniciar el proceso. En las siguientes semanas, el equipo auditor del ISCIII revisará los criterios de evaluación y el informe final de auditoría será remitido a la Comisión de Evaluación de acreditaciones de Institutos de Investigación Sanitaria que examinará la viabilidad del Plan Estratégico; la calidad científico-técnica de las actividades de I+D+I desarrolladas por el centro, y el grado y calidad de la actividad formativa, entre otros parámetros.

El Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IDISNA) está constituido como un espacio de investigación biomédica multidisciplinar y traslacional, fruto de la asociación entre grupos del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN), la Clínica Universidad de Navarra (CUN), el Servicio Navarro de Salud, el Instituto de Salud Pública, la Universidad de Navarra, el Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) y Navarrabiomed-Fundación Miguel Servet. En la actualidad cuenta con 759 investigadores que, organizados en cien grupos, centran su trabajo y producción científica en torno a nueve áreas estratégicas vinculadas a la salud: Oncología y Hematología; Atención Primaria; Enfermedades cardiovasculares; Aparato digestivo y metabolismo; Neurociencias; Salud mental; Enfermedades inflamatorias, inmunes e infecciosas; Epidemiología y salud pública; y terapias avanzadas e innovaciones diagnósticas. Casi el 70% de los investigadores del Instituto compaginan esta labor con su actividad asistencial y han publicado ya más de 300 artículos de forma colaborativa y más de 3.300 publicaciones en los últimos cinco años. Tras meses de intenso trabajo para la constitución del Instituto y de preparación de la documentación exigida para la solicitud de acreditación, ésta fue presentada el pasado viernes por la Presidenta del Patronato, la Consejera de Salud Marta Vera, en una reunión mantenida con el director del Instituto de Salud Carlos III, Jesús Fernández Crespo.La Consejera le trasladó el objetivo de convertir a IDISNA en un Centro de investigación de excelencia referente nacional e internacional, que lidere la investigación científica básica, clínica y traslacional; y le transmitió el interés y la demanda de la comunidad científica de Navarra por trabajar en un proyecto común que les ayude a desarrollar su actividad de investigación en condiciones óptimas.

Una de las particularidades de IDISNA es que abarca a la gran mayoría de investigadores biosanitarios existentes en Navarra y apuesta por la cooperación entre instituciones publico-privadas tanto hospitales como centros de investigación con capacidad de optimizar los recursos de I+D y crear sinergias y valor añadido a la investigación.

FINALIDAD DEL INSTITUTO. La finalidad de IDISNA es contribuir a elevar la calidad de la investigación, y, como consecuencia de la asistencia y docencia biomédica de la Comunidad Foral de Navarra, así como optimizar los recursos humanos y materiales existentes dedicados a la investigación. Quiere ser también un foco de atracción para jóvenes investigadores con más oportunidades, mejores ayudas para formación y nuevas vías de financiación para proyectos. El Patronato lo preside la Consejera de Salud, Marta Vera, y el vicepresidente es Alfonso Sánchez-Tabernero, rector de la Universidad de Navarra.

Libros&Webs

"Del sueño lo primero que sorprende es que se trata de una actividad del sistema nervioso"

El neurólogo de la Clínica Javier Cabanyes es el autor del libro 'Dormir y soñar'

Título: Dormir y soñar
Autor: Javier Cabanyes
Editorial: Eunsa
Páginas: 141
Precio: 13 €

■ El neurólogo de la Clínica Universidad de Navarra en Madrid, Javier Cabanyes Truffino, ha escrito un nuevo libro 'Dormir y Soñar'. Publicado por la editorial EUNSA, la obra forma parte de la colección de Astrolabio Salud.

"El sueño es todo lo contrario a lo que parece sugerir una persona dormida, cuyo estado puede hacernos pensar que es de una inactividad más o menos profunda", asegura el doctor Cabanyes. En nuestro país, más del 80% de la población española ha padecido algún tipo de trastorno del sueño en algún momento de su vida y hasta el 4% lo padece de forma totalmente crónica. En concreto, el insomnio es el problema más frecuente que, en grados variables, afecta a más del 25% de la población española.

El doctor Cabanyes aborda en el libro desde el concepto de sueño hasta sus fases, trastornos y relación con la personalidad de cada persona. Entre sus capítulos destaca el dedicado a ofrecer una teoría de la siesta como beneficio o como perjuicio para la salud. En otro apartado el facultativo ofrece una interpretación de las ensoñaciones o actividad onírica que el doctor Cabanyes define como "los fenómenos más curiosos y fascinantes del sueño".

El autor, el doctor Javier Cabanyes Truffino es licenciado en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid donde se especializó en Neurología.

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:

- Síndrome de la clase turista
- Los beneficios del deporte para el corazón
- 7 medidas para una salud cardiovascular ideal

- ¿Influye la genética en el deportista?
- Implantes cocleares: avances para volver a oír
- Recuperar la audición mediante un implante coclear (Implante coclear nº 1.000)

- Cáncer de pulmón: TAC anual como prevención
- Nuevos tratamientos para la trombosis

MATERIAL AUDIOVISUAL
http://www.cun.es/recursos-multimedia/busqueda?archivo=videochat

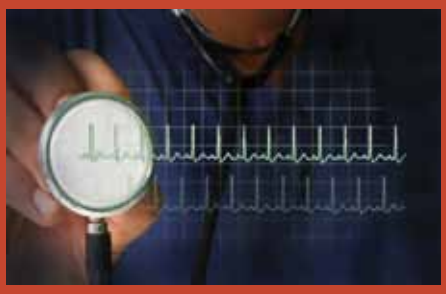
ENLACES DEL TRIMESTRE

www.ielcap.org/

I-ELCAP es un grupo internacional, de colaboración, compuesto por expertos en cáncer de pulmón y problemas relacionados de todo el mundo .

www.serod.org

Cerca de 1.200 especialistas participaron en el pasado Congreso Internacional de Artroscopia y Rodilla celebrado recientemente en Madrid.



www.merco.info

Por primera vez un macro estudio evaluó con criterios independientes y científicos a todos los actores del Sistema Sanitario español: mejores hospitales, servicios clínicos, profesionales médicos y enfermeros, laboratorios farmacéuticos, fármacos, productos sanitarios y compañías de seguros sanitarios entre otros.

www.idisna.es

El Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA) se constituye como un espacio de investigación biomédica multidisciplinar y trasnacional orientado a la investigación básica, clínica, epidemiológica y en servicios de salud, con participación pública y privada. sanitarios.

‘Por una sonrisa, un cielo’, cuando el cáncer muestra otra manera de disfrutar de la vida

El libro es un homenaje de la autora a su hermano Álvaro, “que supo sacarle partido a su enfermedad sin dejarse aplastar por ella”

La autora del libro Conchita Marín, junto al doctor Luis Sierrasesúmaga.

CUN ■ ‘Por una sonrisa, un cielo’ (Editorial Círculo Rojo) es una obra de Conchita Marín Porgueres, hermana del protagonista de la narración, Álvaro, que recoge los momentos que vivieron juntos en ese día a día que tuvo que afrontar en su lucha contra el cáncer. “Una batalla que prefirió liderar desde el optimismo y la consciencia de lo que le ocurría”, según señaló la escritora durante la presentación del libro. La escritora ha querido que los beneficios obtenidos por la venta de este volumen se destinen al proyecto ‘Niños contra el Cáncer’ de la Clínica Universidad de Navarra.

La obra ‘Por una sonrisa, un cielo’ se fraguó cuando Álvaro aún vivía –falleció en abril de 2012–, sin embargo, no fue hasta después de su muerte cuando Conchita Marín decidió dar salida a todos esos momentos que compartieron. Casi sin darse cuenta, elaboró esta narración, “una obra cargada de emociones pero, sobre todo, de reflexiones que harán pensar al lector sobre aquello que dejamos pasar o que no valoramos suficientemente”.

La autora inició el libro en vida de su hermano, aunque, según ha explicado, lo continuó después de fallecer él: “No he recuperado la paz hasta verlo finalmente publicado. Ahora es una enorme satisfacción comprobar cómo su lectura está ayudando a tantos que, de una manera u otra, se encuentran en circunstancias parecidas. En cierto modo, para mí es como seguir teniéndole a mi lado”.

Título: Por una sonrisa, un cielo
Autor: Conchita Marín Porgueres.
Editorial: Círculo Rojo Editorial.
Número de Páginas: 111
Precio: 13,95 euros

En el acto de presentación participó también el doctor Luis Sierrasesúmaga, especialista en Oncología Pediátrica de la Clínica Universidad de Navarra y médico del equipo de facultativos que trató a Álvaro Marín durante los 25 años que se prolongó su enfermedad. El facultativo subrayó “la tremenda fuerza y profesión de fe” que la escritora trasladada durante la narración, al tiempo que ha destacó “el profundo conocimiento del ‘camino vital’ que implica el transcurso de una enfermedad grave, y de cómo ha de vivir un cristiano que conscientemente desea estar a la altura de dicha circunstancia”.

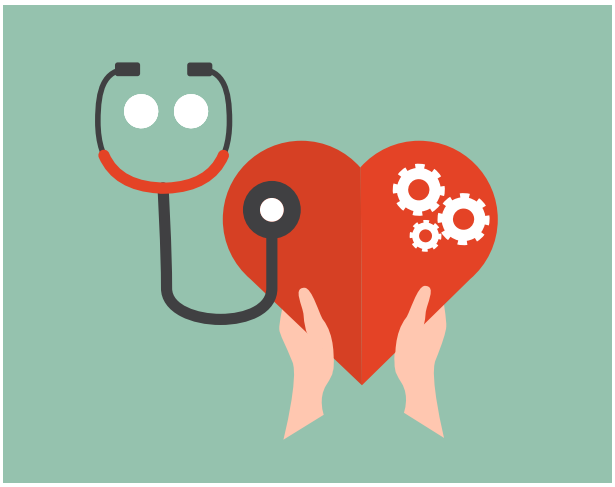
LA ENFERMEDAD “SIN DRAMATISMOS”. Con una temática dura como hilo conductor, el cáncer, la autora logra ofrecer la crueldad de la enfermedad desde un aspecto más amable, “sin dramatismos, sin detenerme más de la cuenta en los detalles trágicos, salpicando la historia con anécdotas divertidas”. Quiere así que los lectores conozcan lo que supuso vivir la enfermedad junto a su hermano con el fin de que “puedan aprender una nueva manera de disfrutar la vida y de plantarle cara a la muerte”.

‘Por una sonrisa, un cielo’ es una obra con situaciones de intensa emoción y momentos para la sonrisa. El relato invita a descubrir situaciones inimaginables que le ocurren a una persona que desafía la vida con la muerte al acecho. “Es una invitación a reflexionar sobre lo que realmente merece la pena en la vida, un nuevo enfoque de las circunstancias difíciles que se nos presentan y que pueden cambiar por completo nuestro modo de afrontarlas”, ha apuntado la autora.

Nuevo reto para la Enfermería del siglo XXI

Los pasados 27 y 28 de marzo de 2015, tuvieron lugar en Pamplona las primeras Jornadas de Asistencia Circulatoria Mecánica para enfermería, que contaron con la colaboración de ponentes expertos a nivel nacional e internacional y reunieron a más de 200 profesionales relacionados con el campo de la asistencia ventricular.

Los dispositivos de asistencia ventricular mecánica (DAV) son bombas mecánicas utilizadas para reemplazar la función del corazón en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada. Hoy en día, están evolucionando rápidamente y están demostrando ser una alternativa viable en el tratamiento de estos pacientes.



La numerosa asistencia y participación de diferentes profesionales involucrados en el cuidado del paciente con dispositivos de asistencia ventricular, tanto del ámbito de la medicina como de la enfermería, ha conllevado a un mayor conocimiento de las competencias de todos aquellos relacionados con el cuidado de estos pacientes, contribuyendo a un mejor trabajo en equipo y permitiendo un abordaje multidisciplinar imprescindible para un correcto cuidado.

Estas primeras Jornadas, además, han servido como punto de encuentro para el intercambio de experiencias entre los profesionales sanitarios de diferentes hospitales a nivel nacional e internacional. Además, se han cumplido los objetivos previstos: conocer los diferentes dispositivos de asistencia ventricular existentes hoy en día, así como los nuevos avances tecnológicos que se están experimentando; fomentar la formación de los profesionales de enfermería, dotándolos de los conocimientos necesarios para un adecuado manejo de los dispositivos y motivar a las enfermeras en la realización de futuros estudios de investigación.

De las diferentes cuestiones técnicas abordadas durante la reunión científica se pusieron sobre la mesa interesantes conclusiones. En general, los participantes coincidieron en destacar la importancia de la formación específica del personal de enfermería para realizar y ejecutar un plan de cuidados que garantice una atención de calidad del paciente crítico sometido a esta terapia. Debido a que las asistencias ventriculares son herramientas terapéuticas cada vez más utilizadas y gracias a la dilatada experiencia de la enfermería en el cuidado de estos pacientes, la aplicación de planes de cuidados estandarizados e individualizados ha permitido aumentar nuestros conocimientos y detectar las nuevas necesidades presentadas por este tipo de pacientes. Algunos ponentes coincidieron en señalar que los profesionales que cuidan a pacientes con DAV requieren conocimiento experto del sistema cardiovascular, de los efectos terapéuticos del dispositivo y de sus posibles complicaciones. La heterogeneidad de la práctica pone de manifiesto la importancia de desarrollar guías que garanticen y aseguren una buena praxis.

Destacaron asimismo que la labor de un personal del enfermería entrenado en el manejo de estos dispositivos y en la detección de posibles anomalías en su funcionamiento es esencial para un uso óptimo del mismo. En este sentido, subrayaron que el rol de enfermería en el equipo multidisciplinar es indispensable para el manejo del dispositivo de asistencia ventricular. Y abogaron por establecer protocolos que unifiquen la actuación de enfermería para evitar posibles complicaciones.

Mediante la aplicación de protocolos se conseguirá mejorar el trabajo en equipo, optimizando los resultados y disminuyendo la variabilidad en la práctica de enfermería. Se facilitará así el trabajo, el ahorro de tiempo, el mantenimiento de la cohesión y el avance conjunto entre profesionales. La renovación en nuevas técnicas hace necesario el replanteamiento constante y la revisión de los cuidados de enfermería en nuestras unidades.

La relevancia de abordar también la dimensión psicológica y de establecer cuidados de apoyo y soporte psicológico para el éxito en el afrontamiento y en la adaptación al DAV contribuirá también en la mejora de la calidad del cuidado. Se trata —concluyeron— de tener una visión holística del paciente que nos ayude a prestar cuidados de calidad.

Rosana Goñi es enfermera de Práctica Avanzada de la Clínica Universidad de Navarra. **Elena Regaira** y **Leticia Jimeno** son enfermeras especialistas en Cuidados Intensivos de la Clínica Universidad de Navarra.

CONCIERTO DESDE EL ALMA

RECITAL BENÉFICO EN FAVOR DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA APLICADA, CIMA

INSTINTO DE CURAR, PASIÓN POR LA VIDA

TEATRO DE LA ZARZUELA. MADRID

Sábado, 30 de mayo de 2015 · 19:00 h

Venta de entradas en www.entradasinaem.es · 902 22 49 49
Fila cero: "la Caixa" ES1721002173890200343580

MARÍA JOSÉ MONTIEL

mezzosoprano

Recital junto al pianista **MIQUEL ESTELRICH**

El concierto incluye obras de Schumann, Tchaikovsky, Debussy, Hahn, Bizet, Halffter, García Abril, Gardel y Falla

www.conciertobeneficocima.com

Clínica Universidad de Navarra

cima
CENTRO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA APLICADA
UNIVERSIDAD DE NAVARRA

GOBIERNO DE ESPAÑA · MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE · inaem INSTITUTO NACIONAL DE LAS ARTES ESCÉNICAS Y DE LA MÚSICA

TEATRO DE LA ZARZUELA

ACUNSA
Asistencia Clínica Universitaria de Navarra

COMPROMETIDOS

con nuestros clientes.

En Banco Popular sabemos lo importante que es evolucionar, adaptarse a cada momento, a cada cliente. Pero también sabemos que, pase lo que pase, hay algo que nunca cambiará. Algo que nos identifica y que ha sido siempre **nuestra razón de ser: la seguridad y el compromiso con nuestros clientes.**

sucursales | bancopopular.es | bancopopular.mobi | 902 301 000

Banco de Andalucía | Banco de Vasconia | Banco de Castilla | Banco de Crédito Balear | Banco de Galicia