

EN PLENO SIGLO XXI LA OBESIDAD SIGUE SIENDO UNA DE LAS GRANDES AMENAZAS PARA LA SALUD

La cirugía bariátrica demuestra su eficacia en la obesidad severa

Los especialistas de la Unidad de Tratamiento Multidisciplinar de la Obesidad Severa del Hospital Universitario Madrid Montepíncipe, con el apoyo de Bariatric

Edge, han organizado una sesión divulgativa para atender las necesidades de información y formación de la sociedad sobre esta patología.

Página 2

El neuronavegador revoluciona la cirugía de columna

La aparición de los neuronavegadores ha hecho posible un cambio en el concepto de las intervenciones quirúrgicas tanto craneoencefálicas como en las de columna. Gracias a esta tecnología, el cirujano puede acceder al tumor a través de un pequeño surco reduciendo significativamente el daño que podría hacer esta intervención en el cerebro y conocer todas las funciones que tengan trascendencia en la calidad de vida del paciente.

Página 9

"Las técnicas mínimamente invasivas reducen el riesgo"



El doctor Ángel González Pinto, jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Universitario Madrid Montepíncipe, analiza los aspectos más relevantes registrados en Cirugía Cardíaca.

Página 6



La Universidad CEU San Pablo y el Grupo HM firman un convenio de colaboración para la docencia

Dos instituciones de gran prestigio como la Universidad CEU San Pablo y el Grupo HM han firmado un acuerdo pionero en la

Comunidad de Madrid con el objetivo de contribuir a mejorar la formación de los profesionales de la salud.

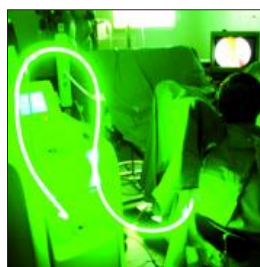
Página 2

El láser KTP "Luz Verde", opción eficaz para pacientes con HBP

El láser KTP "Luz Verde" se ha convertido en uno de los avances más importantes registrados en los últimos 25 años para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata (HBP). Este nuevo sistema aporta grandes ventajas para los pacientes que padecen esta

patología, ya que el sistema elimina la posibilidad de sangrado y reduce el riesgo. En la actualidad, esta patología afecta a millones de varones en todo el mundo con edades comprendidas entre los 55 y los 60 años.

Páginas 4 y 5



El láser KTP "Luz Verde" mejora el abordaje de la HBP.

¿SABES?

El control de la HTA, clave para reducir el riesgo cardiovascular

En España, el 35 por ciento de la población adulta padece hipertensión arterial (HTA).

Página 8

LA MEDICINA PRIVADA Exposición laboral a gases anestésicos



Los nuevos gases anestésicos reducen el riesgo al que están expuestos los profesionales sanitarios.

Página 10

HUM MONTEPRÍNCIPE Criciografía de riñón en tumores renales

El Hospital Universitario Madrid Montepíncipe ha llevado a cabo, por primera vez, una cricografía de riñón.

Página 11

HMN SANCHINARRO Terapias biológicas en Reumatología

El HMN Sanchinarro ha acogido la sesión clínica "Actualización en Terapias Biológicas en Reumatología".

Página 12

COMPROMISO Un Aula para los niños con cáncer

El Hospital de Madrid Montepíncipe atenderá las necesidades escolares de los niños enfermos.

Página 14

EL GRUPO HM ESPERA OBTENER LA ACREDITACIÓN PARA LA FORMACIÓN MIR

Colaboración docente entre la Universidad CEU San Pablo y el Grupo HM

La Universidad CEU San Pablo y el Grupo HM han firmado un acuerdo pionero en la Comunidad de Madrid para colaborar en la formación de los profesionales de la salud. Los fines comunes de ambas instituciones, así como su interés por la formación de calidad, han llevado a sus dirigentes a iniciar esta relación que permitirá el desarrollo de un amplio programa de formación.

La Universidad San Pablo CEU y el Grupo Hospital de Madrid han firmado un convenio para la colaboración en la docencia de las titulaciones de la Facultad de Medicina. El objetivo del mismo no es otro que contribuir a la formación en las diferentes enseñanzas en Ciencias de la Salud que ofrece la Facultad de Medicina de esta universidad y permitir así el desarrollo de programas de formación de grado, posgrado y especialización, programas de cooperación educativa y la realización de prácticas, así como el desarrollo de proyectos y actividades de investigación e innovación tecnológica.

Así, la firma de este convenio permitirá a la primera universidad privada de la Comunidad de

El convenio permitirá al Grupo HM transmitir sus conocimientos sobre Medicina a los alumnos de la Universidad CEU

Pablo, puso de manifiesto durante la firma del convenio que "lo más atractivo del Grupo Hospital de Madrid es que sus médicos tienen una vocación por la investigación y la enseñanza", una motivación sin la que "un hospital es menos hospital", apuntó.

Trabajo conjunto

Por su parte, el doctor Juan Abarca Campal, consejero delegado del Grupo HM, hizo hincapié en el hecho de que este convenio "da la oportunidad al Grupo HM de transmitir sus conocimientos sobre medicina a los alumnos de la Universidad San Pablo CEU". En su opinión, "la alegría de enseñar enriquece la calidad científica y asistencial de los hos-



Juan Abarca Cidón, Alfonso Bullón de Mendoza y Gómez de Valugera, Juan Abarca Campal, Alfredo Dagnino, Juan Martínez López de Letona e Inma Castilla de Cortázar.

pitales, al tiempo que produce una satisfacción íntima en los docentes".

Inma Castilla de Cortázar,

decano de la Facultad de Medicina de la Universidad CEU San Pablo, resaltó la "sintonía" de las dos instituciones que han firmado

este convenio. De la misma manera, la decana de la Universidad CEU San Pablo hizo referencia a la articulación, con profesionales procedentes de las dos instituciones implicadas, de equipos interdisciplinares que prestarán atención preferente a la investigación en Oncología, Neurociencias, terapia celular, factores de crecimiento con implicaciones en la neuroprotección, hepatoprotección y envejecimiento, entre otras cuestiones.

Formación MIR

Así, y con el reto de contribuir a la formación de los profesionales de la salud, el profesor Juan Martínez López de Letona, presidente de la Fundación Hospital de Madrid, insistió en que la asociación entre estas dos instituciones "surge con la firme decisión de contribuir a la formación de los mejores profesionales de la salud". Fiel a este propósito, el presidente de la Fundación HM confirmó que con este acuerdo "se aspira a mejorar aún más la excelente calidad de los centros de investigación, enseñanza y asistencia". Y prueba de ello es que el Grupo HM espera poder obtener en un breve periodo de tiempo la acreditación para la formación MIR.

Redacción

LOS EXPERTOS ABOGAN POR EL ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA OBESIDAD

La cirugía bariátrica ha demostrado su eficacia en casos de obesidad severa

En pleno siglo XXI, la obesidad sigue siendo una de las grandes amenazas para la salud. Pero la situación se agrava aún más cuando se habla de obesidad mórbida o severa, una condición que, según los expertos, desarrollará uno de cada cuatro obesos españoles. La obesidad mórbida se convierte, por tanto, en la segunda causa de muerte prevenible, después del tabaco, en los países desarrollados, y la única solución curativa de esta enfermedad, a largo plazo, es la cirugía bariátrica.

Información y formación

Los especialistas de la Unidad de Tratamiento Multidisciplinar de la Obesidad Severa del Hospital Universitario Madrid Montepríncipe, con el apoyo de Bariatric Edge, han organizado recientemente una sesión divulgativa dirigida a la población general

para atender las necesidades de información y formación que presenta la sociedad sobre esta patología. La doctora Pilar García Durruti, directora de esta unidad hospitalaria, considera que en estos momentos "las cifras de obesidad en España son alarmantes, por lo que es una obligación

Los pacientes con Obesidad mórbida que se someten a una intervención viven 12 años más que los que no lo hacen

para los profesionales de la salud alertar sobre las devastadoras consecuencias de esta enfermedad". Tal y como explica la experta, el paciente obeso precisa de un "abordaje integral llevado a cabo por un equipo multidiscipli-

nar con el fin de garantizar, no sólo la pérdida de peso, sino también el estudio y tratamiento de aquellos trastornos que pueden contribuir a la obesidad y de las complicaciones derivadas de la misma". En línea con esta idea, el Hospital Universitario Madrid Montepríncipe es pionero en la puesta en marcha de la primera Unidad de Tratamiento Multidisciplinar de la Obesidad Severa. Se trata de un servicio integrado por endocrinólogos, psicólogos, dietistas y cirujanos, que en su primer año de vida ya ha logrado que 70 pacientes sigan su programa de adelgazamiento, 30 de ellos después de someterse a una técnica de cirugía bariátrica con excelentes resultados. Esta unidad está concebida para atender las necesidades del paciente con obesidad severa y ofrecer a cada uno el tratamiento más adecuado.

Aunque el abordaje básico de



Los Dres. Felipe Acedo, Pilar García Durruti y Antonio Torres, de la Unidad de Tratamiento Multidisciplinar de la Obesidad Severa del Hospital Universitario Madrid Montepríncipe.

la obesidad consiste en la modificación del estilo de vida, hay casos en los que es necesario emplear otras alternativas adicionales. Por ejemplo, en aquellos pacientes con un Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 35, la implantación de un balón en el estómago mediante endoscopia resulta eficaz siempre y cuando se acompañe de un programa de modificación de hábitos o, en obesidades extremas, como paso previo a la cirugía bariátrica para reducir el riesgo de la operación. En pacientes con un IMC superior o igual a 40 o superior a 35 que padezcan alguna enferme-

dad derivada del exceso de peso, la alternativa terapéutica más eficaz es la cirugía bariátrica. Los datos indican que los pacientes con obesidad mórbida que se someten a una operación quirúrgica viven, de media, 12 años más que aquellos pacientes con obesidad mórbida que no son intervenidos. La laparoscopia, el by pass gástrico y la banda gástrica ajustable son, hoy en día, las alternativas que han demostrado mayor eficacia en casos de obesidad severa.

Redacción
Tu salud

Editorial

Los sistemas de calidad en un grupo hospitalario

Dentro del ámbito sanitario, un sistema de gestión de calidad garantiza el cumplimiento del objetivo final de todos los profesionales sanitarios y gestores: ofrecer a los pacientes una atención de calidad y una atención segura.

Muchas empresas han apostado por adoptar Sistemas de Gestión de Calidad, asumiendo que su implantación suele lograr que todos los procesos desempeñados se ajusten a una determinada manera de funcionar, previamente diseñada por sus responsables. En el ámbito sanitario, estos modelos resultan mucho más difíciles de implantar, debido a la naturaleza, por definición 'imprevisible', de los procesos desempeñados. Sin embargo, esta dificultad no debería desanimar a los gestores responsables, pues es justamente esa naturaleza imprevisible la que hace más necesario y útil disponer de esta herramienta.

Un sistema de gestión de calidad garantiza el cumplimiento del objetivo final de todos, profesionales sanitarios y gestores: ofrecer a los pacientes una atención de calidad, y sobre todo, una atención segura. El Grupo HM cuenta con un potente Sistema de Gestión de Calidad conforme a la norma UNE-EN-ISO 9001:2000. Esta norma europea exige el cumplimiento de unos requisitos que van desde el firme compromiso de la Dirección, hasta la medición, análisis y mejora del trabajo realizado. Exige también que se establezca, documente e implemente un Sistema de Gestión de la Calidad y que se mejore continuamente su eficacia.

Este sistema de gestión, implantado inicialmente en el Hospital Universitario Madrid Montepíncipe hace ya varios años y posteriormente en el Hospital de Madrid, mejoró notablemente nuestra forma de trabajar. Los hospitales Madrid Torrelotones y Madrid Norte Sanchinarro ya nacieron bajo este sistema de gestión, lo que aseguró su correcto funcionamiento desde el principio.

El Grupo Hospital de Madrid también cuenta con un Sistema de Gestión Ambiental (norma UNE-EN-ISO-14001:2004), implantado en todos nuestros centros con la misma solidez que el Sistema

de Gestión de Calidad, lo que asegura que toda la actividad desempeñada es respetuosa con el medio ambiente.

Trabajar en el marco de un Sistema de Gestión de Calidad quiere decir que trabajamos de manera segura porque todos los procesos desempeñados en cada uno de los hospitales y policlínicos de nuestro grupo hospitalario se ajustan a procedimientos y protocolos previamente elaborados por los responsables de desempeñar las tareas, y posteriormente revisados y aprobados por la Dirección del Grupo HM. Estos procedimientos y protocolos contemplan aspectos como cuál debe ser el trato a un paciente cuando acude al hospital, qué hacer en el caso de una parada cardiorrespiratoria, cómo se deben elaborar las comidas para los pacientes ingresados o la forma de programar y realizar el mantenimiento preventivo de los equipos de alta tecnología. El que todos nuestros trabajadores estén concienciados y comprometidos con esta forma de trabajar es fundamental, y garantiza en todo momento un correcto desempeño de sus funciones.

Este compromiso se complementa con la realización periódica de exhaustivas auditorías, tanto internas como externas, que nos permiten comprobar que, efectivamente, trabajamos de acuerdo a lo previamente diseñado y, además, identificar nuevas oportunidades de mejora, manteniendo nuestra estrategia de calidad siempre viva.

Haber desarrollado e implantado un Sistema de Gestión de Calidad en el sector sanitario es un logro importante que ha requerido y requiere el esfuerzo de muchos profesionales. No es de extrañar que estemos tan orgullosos de nuestro sistema y que valoremos que este esfuerzo merece la pena, pues permite cumplir nuestro objetivo final: ofrecer a los pacientes una atención de calidad, y sobre todo, segura.

Opinión



Grupo Hospital de Madrid, una empresa con alma

MARÍA LUISA CALDERÓN. Directora de Relaciones Institucionales y Protocolo, Grupo Hospital Madrid

Desde que comenzó la aventura empresarial del Grupo Hospital Madrid, María Calderón ha estado implicada de lleno en esta empresa sanitaria. Junto con las dos personas que aún hoy siguen liderando el proyecto después de más de 20 años, sigue con la misma ilusión y empeño para conseguir el acceso de todos los pacientes a una asistencia sanitaria de calidad.

Desde hace tiempo sentía la necesidad de expresar, a nuestros trabajadores y a nuestros pacientes, lo que para mí representa esta empresa de salud en la que trabajamos todos, el Grupo Hospital de Madrid.

Los que me conocéis más de cerca ya me habéis oído expresarme en este sentido en algunas ocasiones, pero no quiero perder la oportunidad que ahora me brinda este medio, *Tu Salud*, con el que intentamos acercarnos e informar a nuestros pacientes, para que el resto de las personas que no me conocéis sepáis de primera mano qué es lo que siento. Me gustaría, además, que vosotros también fuerais partícipes de este pensamiento y sentir.

Estoy en esta empresa, el Grupo Hospital de Madrid, desde el principio, cuando se creó hace casi dos décadas, y como tal, me siento partícipe de todos los avatares por los que ésta ha pasado desde sus inicios. Por ello, creo firmemente y me atrevo a deciros que esta empresa tiene alma.

Vuestro trabajo, el de todos los profesionales que forman parte de este grupo hospitalario, junto con vuestra salud y vuestra familia, y sobre todo, la salud y

¿A qué me refiero diciendo que esta empresa tiene alma? A que está formada por todos y cada uno de nosotros. Desde el primero al último, somos y sois importantes e imprescindibles en esta cadena que persigue, como objetivo último, la salud de nuestros pacientes. Por eso insisto en que esta empresa tiene alma

calidad de vida de nuestros pacientes, son los bienes más preciados que tenéis. Por ello, cuidarlos y respetarlos es labor de todos y cada uno de nosotros.

¿A qué me refiero diciendo que esta empresa tiene alma? A que está formada por todos y cada uno de nosotros. Desde el primero al último, somos y sois importantes e imprescindibles en esta cadena que persigue, como objetivo último, la salud de nuestros pacientes. Todos, con nuestros defectos y nuestras virtudes,

pero especialmente con nuestro buen hacer y nuestro corazón. Por eso insisto en que esta empresa tiene alma.

Me encantaría que os sintierais como yo, copartícipes de esta aventura que un día comenzaron dos personas que aún siguen liderando este proyecto, y que desde entonces la seguimos el resto de implicados en esta iniciativa, en un camino hacia la libertad de la sanidad, que es un paso imprescindible para una sociedad en libertad. Esta idea es parte de la filosofía de esta empresa sanitaria, que en sucesivos números de este periódico tendré la oportunidad de comentaros más ampliamente.

Pero no quiero terminar este artículo sin antes invitaros a hacerlos copartícipes de este maravilloso proyecto sanitario, que es una realidad desde hace muchos años, y de que sintáis como vuestros todos los esfuerzos que se realizan para hacer del Grupo Hospital de Madrid una empresa diferente, pues sin vosotros, los trabajadores y los pacientes, todo quedaría en una teoría. Y entonces, dejaría de latir el corazón de esta empresa y se volatizaría su alma. No lo permitáis, no lo permitamos...



Consejo Editorial GRUPO HM

- Dr. Juan Abarca Campal, consejero delegado
- Dr. Juan Abarca Cidón, dtor. general
- Dr. Pablo González Jerez, dtor. médico
- Dr. Jesús Peláez Fernández, dtor. de Proyectos, Docencia e I+D
- Dra. Celia Moar Martínez, dtora. de Gestión y Calidad
- M^a Luisa Calderón Calleja, dtora. de Relaciones Institucionales y Protocolo
- Eva Sacristán Romero, coordinadora del Dpto. de Marketing y Comunicación
- Marta Lafora García, Dpto. de Marketing y Comunicación

Edita

[contenidos]
Contenidos e información de salud s.l.

Coordinación de publicaciones: **Jesús Díaz**
Coordinación de Contenidos: **Rocío G. Beltrán**
Redacción: **Ana Martín**
Corrección: **Olivier Blázquez**
Diseño y maquetación:
Rosa Rodríguez y Olivier Blázquez

Dr. François Peinado Ibarra. Urólogo del Hospital Universitario Madrid Montepríncipe

El prostatismo se convierte en motivo usual de consulta en hombres de edad avanzada



Dr. François Peinado Ibarra. Urólogo del Hospital Universitario Madrid Montepríncipe.

La próstata es una glándula de secreción externa y, junto a las vesículas seminales, constituye el órgano sexual secundario más importante en el hombre. Su papel principal es la secreción de una gran proporción de líquido

seminal, que juega un importante papel en la fertilización: sirve de vehículo y nutrición para aumentar las posibilidades de supervivencia de los espermatozoides. Las secreciones de estas glándulas constituyen la mayor

parte del volumen y composición química de parte del semen.

Con el paso de los años, la próstata va aumentando de tamaño en todos los hombres debido a la hiperplasia que experimenta. La principal sintomatología de la hiperplasia de próstata es originada por la obstrucción que produce la próstata aumentada de tamaño a la salida de la orina de la vejiga. Estos síntomas, por tanto, hacen que la hiperplasia sea un motivo frecuente de consulta.

postmiccional, sensación de vaciamiento incompleto, retención urinaria, incontinencia por rebosamiento. La mayoría de estos efectos se debe a que la uretra se estrecha, por lo que hay que hacer

Sintomatología

Con los años, la próstata va creciendo en todos los hombres debido a la "hiperplasia" que experimenta. La principal sintomatología de la hiperplasia de próstata es causada por la obstrucción que produce la próstata aumentada de tamaño a la salida de la orina de la vejiga.

En una fase temprana del proceso, el paciente por lo general presenta muy pocos síntomas, dado que la vejiga aún es capaz de compensar el aumento de la resistencia al flujo urinario. Sin embargo, a medida que avanza la obstrucción, se instala una constelación de síntomas conocidos genéricamente con el nombre de "prostatismo", causados por síntomas obstructivos. Estos son muy conocidos por muchos hombres de edad y son los que, en muchas ocasiones, hacen que el paciente acuda a la consulta: dificultad y retraso en el inicio de la micción, disminución del calibre y fuerza del chorro miccional, micción intermitente o prolongada, goteo

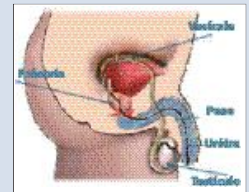
más fuerza para orinar. La obstrucción se asocia con una disminución de la distensibilidad vesical. Todos estos cambios se combinan para provocar la aparición de los síntomas irritativos que a menudo preocupan más a los pacientes: la disminución de la capacidad funcional de la vejiga y la aparición resultante de poliquiuria, urgencia, nicturia e incontinencia con urgencia. Los síntomas irritativos suelen ser el reflejo de contracciones involuntarias de la vejiga.

Podría decirse que en las fases tempranas de un proceso como la hiperplasia, el paciente presenta muy pocos síntomas

Hiperplasia benigna de próstata

Al agrandamiento de la próstata generalmente se le conoce como hiperplasia benigna de próstata (HBP). Esto significa que la glándula prostática ha aumentado de tamaño, algo común que le sucede a casi todos los varones cuando van envejeciendo.

A medida que esta glándula crece, puede llegar a oprimir la uretra y ocasionar problemas urinarios; de ahí que sea necesario tratar el problema de manera correcta.



Hay varios tratamientos para la hiperplasia benigna de próstata (HBP) que dependen fundamentalmente de la sintomatología que padece el paciente, la edad, el tiempo de evolución, las enfermedades concomitantes, etc. En principio hay dos opciones básicas de abordaje: el tratamiento farmacológico y la cirugía.

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico de la HBP siempre queda en segunda opción cuando el abordaje farmacológico no ha aliviado suficientemente los síntomas o cuando la sintomatología del paciente le impide realizar una vida casi normal.

Se pueden distinguir dos modalidades básicas de tratamiento quirúrgico de la próstata. Una es la resección transuretral de la próstata y otra es la cirugía abierta de la próstata. La cirugía

El tratamiento quirúrgico de la HBP está indicado cuando los fármacos no logran reducir los síntomas

Con la cirugía se elimina el tejido que se ha producido en la próstata con los años

es, con gran diferencia, el mejor tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata.

Su misión principal es eliminar el aumento de tejido que se ha producido con los años y, por tanto, eliminar esa obstrucción a

El criterio de elección que se sigue en el tratamiento quirúrgico depende, fundamentalmente, del tamaño que tenga la próstata

la salida de la orina de la vejiga.

Fundamentalmente el criterio de elección del tratamiento quirúrgico depende del tamaño de la próstata. En próstatas grandes es mejor la cirugía abierta porque permite mejor la extirpación de la misma. Otros factores decisivos son el estado general del paciente —en pacientes con problemas de corazón es mejor la resección transuretral—, su edad, etc.

Ambas técnicas tradicionales conllevan un riesgo significativo de complicaciones y requieren una hospitalización de entre tres y diez días.



EL SISTEMA ELIMINA LA POSIBILIDAD DE SANGRADO Y REDUCE EL RIESGO

El láser KTP "Luz Verde" aporta grandes ventajas para pacientes con HBP

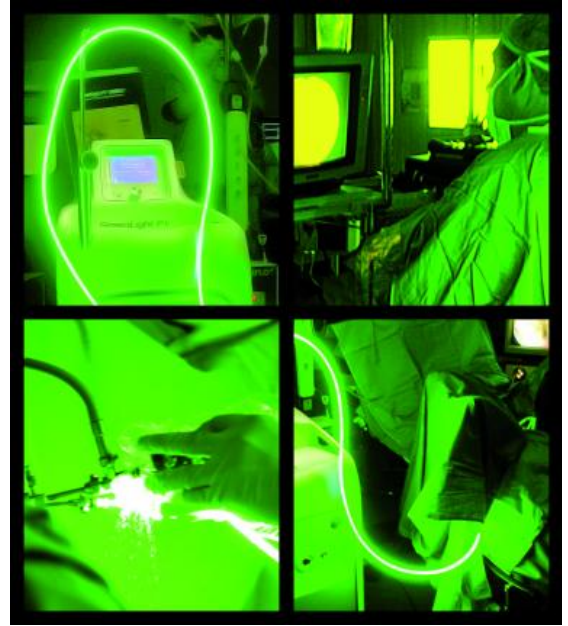
El láser KTP "Luz Verde" se ha convertido en uno de los avances más importantes desarrollados en los últimos 25 años para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata (HBP). Esta patología afecta a millones de varones en todo el mundo, principalmente a aquellos que se encuentran en el grupo de edad que supera los 55-60 años.

El láser KTP "Luz Verde" es un sistema de tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata desarrollado por la compañía Laserscope en Estados Unidos, y supone el avance más importante que se ha realizado en los últimos 25 años para el abordaje de esta patología, que afecta a millones de varones en todo el

mundo, principalmente por encima de los 55-60 años.

El sistema llamado "Luz Verde VFP" (Vaporización Fotoselectiva de Próstata) es único debido a que utiliza un láser KTP (Potasio-Titanio-Fósforo) de última generación y alta energía en unión de una fibra óptica especialmente diseñada para esta

aplicación. La unión de ambas (láser + fibra) nos permite vaporizar tejidos blandos, eliminando por completo el tejido de la próstata agrandada. El concepto de vaporización consiste en la eliminación por completo del tejido, así como la fotocoagulación simultánea de los vasos sanguíneos, evitando prácticamente la posibilidad de sangrado, que es siempre la gran preocupación de los urólogos en la cirugía de la próstata.



	Resección transuretral de próstata	Prostatectomía abierta (Millin-Freyer)	Láser KTP
Duración ingreso hospitalario	3-4 días	6-10 días (máx. 24 h)	12-24 horas
Hemorragia intraoperatoria	Siempre	Siempre o nula	Mínima
Necesidad de transfusiones	2-8 %	5-25%	0%
Secuela de incontinencia total o parcial	3-5%	5-8%	1%
Secuela de impotencia	2-3%	10-20%	0%

Mecanismo de acción

El mecanismo de acción del láser KTP se centra en la introducción, a través de la uretra, de un cistoscopio de doble corriente con la fibra del láser, que funciona con un haz de luz con una longitud de onda de 532 nanómetros y con una gran afinidad por el pigmento de la hemoglobina. Trabaja a gran potencia vaporizando la próstata, convirtiéndola en vapor de agua, y la elimina por un siste-

ma de riego continuo. Al mismo tiempo, "sella los vasos sanguíneos por su afinidad con la hemoglobina, hecho que prácticamen-

máximo de 24-48 horas porque el enfermo empieza a orinar espontáneamente".

Otro beneficio de este sistema es que, si se necesita ampliar el tiempo quirúrgico, no comporta riesgos. "Este método emplea un sistema de irrigación continua con agua estéril, y no con glicina, tal y como ocurre en la RTU (resección transuretral de próstata). Al fotosellar los vasos sanguíneos y utilizar agua estéril no hay posibilidad de reabsorción de líquidos, como ocurre con la glicina, que es uno de los grandes inconvenientes que la RTU puede ocasionar al paciente".

El láser KTP emplea un sistema de irrigación continua con agua estéril y no con glicina, lo cual es una gran ventaja

te elimina la posibilidad de sangrado y permite que el paciente salga de la intervención con una sonda que se retira en un periodo

Ventajas de la VFP por láser KTP "Luz Verde"

El método VFP por láser KTP "Luz Verde" ofrece grandes ventajas para los pacientes afectados de HBP. Es, por un lado, un tratamiento mínimamente invasivo y, por otro, una herramienta que ofrece resultados duraderos, como otras opciones quirúrgicas mucho más agresivas (RTU, prostatectomía abierta, etcétera), pero evitando los riesgos típicos y complicaciones que estas conllevan.

De acuerdo con los datos clínicos obtenidos en diversos estudios, ningún otro procedimiento para el tratamiento de la HBP manifiesta un alivio de los síntomas tan rápido y espectacular como el método VFP por láser KTP. Sus principales ventajas son las siguientes:

1. Puede administrarse en régimen

ambulatorio o también con ingreso hospitalario mínimo, de entre 12 y 24 horas.

2. Virtualmente, sin pérdida de sangre, lo que la convierte en una técnica ideal para pacientes de alto riesgo que están en tratamiento anticoagulante.

3. Alivio rápido de los síntomas.

4. Recuperación rápida de la actividad normal del paciente.

5. Sondaje vesical generalmente menor de 24-48 horas.

6. Vaporización de hasta 2 g por minuto.

7. Perdurable. En los cinco años de seguimiento en la Clínica Mayo (Estados Unidos) ningún paciente ha requerido ser tratado de nuevo.

8. Ausencia de incontinencia e impotencia en estos cinco años de seguimiento en la Clínica Mayo.

Esta técnica endourológica destaca por sus mínimos riesgos, ya que puede aplicarse a varones con adenoma de próstata de cualquier tamaño. Actualmente no se han establecido limitaciones en relación al tamaño. Incluso, está indicada para pacientes considerados de alto riesgo como los anticoagulados, ya que prácticamente se elimina el sangrado.

Otras de las ventajas de esta técnica están relacionadas con el postoperatorio del paciente. En este sentido, la mayoría de los pacientes pueden darse de alta e irse a su domicilio algunas horas después de la intervención. Igualmente, la mayor parte de ellos obtiene una mejora general rápida de los síntomas y recuperan la micción espontánea en torno a las 24-48 horas.



ENTREVISTA AL DR. ÁNGEL GONZÁLEZ PINTO, JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA CARDIACA DEL H. UNIVERSITARIO MADRID MONTEPRÍNCIPE

“Las técnicas mínimamente invasivas han reducido el riesgo en el paciente”

El doctor Ángel González Pinto, jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Universitario Madrid Montepríncipe, analiza en esta entrevista alguno de los aspectos más relevantes de esta especialidad. El desarrollo de las técnicas mínimamente invasivas y los avances registrados en las nuevas tecnologías son aspectos que han contribuido al auge de este área.

¿Cómo describiría la situación actual por la que atraviesa la Cardiología en España? ¿Y la Cirugía Cardíaca?

Ahora mismo, la Cirugía Cardíaca, como especialidad, da la sensación de estar en un momento flojo. Yo creo que está en fase de reorganización. Hay que empezar a pensar en el futuro, en nuevos planteamientos y en una especialidad emergente, absolutamente nueva, en la que el empleo de nuevas tecnologías de procedimientos menos agresivos va a ser la tónica para el tratamiento de las enfermedades. Probablemente, la “competencia” que ofrece la Cardiología intervencionista vaya a terminar en una cooperación absoluta para el tratamiento y para el bien del enfermo. Es decir, en procedimientos totalmente híbridos. Los cardiólogos intervencionistas cada vez necesitan ser más agresivos y nosotros, los cirujanos, cada vez tenemos que ser menos agresivos, con lo cual, llegaremos a un punto de encuentro común.

¿Cree que el concepto de ‘cirujano cardíaco’ ha cambiado a lo largo de los últimos años? ¿A qué podría deberse?

Sí, va cambiando. Ahora estamos tratando a enfermos que están mucho más graves, que tienen muchísimas más comorbilidades, más ancianos, y todo esto va suponiendo un cambio en lo que es el planteamiento general sobre la enfermedad. Nosotros nacemos, en un principio, salvando la vida al enfermo; en una segunda fase empezamos a tener y a analizar que lo que necesitamos son resultados a más medio plazo y estamos ahora evolucionado en el tratamiento dirigido a personas jóvenes para intentar la curación o que los enfermos tengan la expectativa de vida que les corresponda por edad. Estamos ahora operando a muchísimos ancianos en los que el espectro de

la patología empieza a ser degenerativa, y la patología degenerativa empieza con el anciano.

La Cirugía Cardíaca ha experimentado también cambios significativos en estos últimos años ¿Cuáles destacaría como relevantes?

Principalmente la aparición de las técnicas mínimamente invasivas, de mínima agresión para el enfermo, y la aparición emergente de la patología aórtica. Cada vez se trata más patología de la

“La disminución del riesgo que hemos tenido en Cirugía Cardíaca se debe, sobre todo, a los planteamientos anestésicos, a una técnica quirúrgica más depurada y a los postoperatorios”

aorta gracias a los avances que existen en las técnicas de imagen. Y desde luego, la disminución del riesgo que hemos tenido en cirugía cardíaca se debe, sobre todo, a los planteamientos anestésicos, a una técnica quirúrgica más depurada y a los postoperatorios.

¿Qué han aportado las técnicas mínimamente invasivas a la Cirugía Cardíaca y, por supuesto, al paciente?

Al paciente le han aportado una disminución del riesgo, un mayor confort y una recuperación más rápida. Luego también se puede señalar que con estas técnicas existe un menor riesgo de infección y un menor índice de complicaciones neurológicas.

En el caso concreto de la implantación de válvulas, desempeñan también un papel

importante estas técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas ¿Cuáles han sido los logros más recientes alcanzados en este sentido?

Se acaba de liberalizar por parte de la UE el uso de válvulas en posición aórtica a través de pequeñas incisiones en el tórax o a través de vía arterial pero sin el uso de circulación extracorpórea, lo cual se convierte en algo tremendamente atractivo. De momento, se está empleando sólo en pacientes de altísimo riesgo quirúrgico, pero yo creo que el desarrollo de la misma logrará, con el uso de las nuevas tecnologías, ampliar mucho las indicaciones. De manera que el no uso de circulación extracorpórea en la cirugía supondrá un gran avance en todos los niveles.

La investigación sobre las nuevas vías para la implantación de válvulas está también muy ligada al desarrollo de las técnicas mínimamente invasivas ¿Qué datos relevantes han proporcionado las últimas investigaciones realizadas sobre estas vías, como por ejemplo, es el caso de la vía transapical?

Esto ya empieza a ser una realidad y en enfermos que están muy graves, con una altísima comorbilidad, con una mínima incisión en el tórax se les puede implantar una válvula aórtica. Esto ya empieza a ser una realidad clínica en otros países, e incluso en España ya se ha hecho la primera intervención de este tipo en San Sebastián. Creo que es algo que tendrá un gran futuro.

Con todos estos avances sobre la mesa ¿sería correcto decir que cada vez se está más cerca de que todos los pacientes con cardiopatías puedan acceder a un tratamiento quirúrgico para solucionar su problema?



DR. ÁNGEL GONZÁLEZ PINTO.
Jefe del servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Universitario Madrid Montepríncipe

Hay que entender la cirugía como un concepto totalmente nuevo. Hay que tener en cuenta que operar ya no es la vieja tradición de tener que abrir con grandes cicatrices, con mucha sangre, sino que ahora mismo el intervencionismo percutáneo empieza a ser más agresivo y nosotros empezamos a ser menos agresivos con el paciente. Así, el concepto de operación es lo que va a cambiar radicalmente en los próximos años. La intervención qui-

“El concepto de operación cambiará en los próximos años. La intervención quirúrgica se referirá más a la manipulación del paciente y no tanto a las grandes incisiones”

rúrgica va a ser quirúrgica en el sentido de manipulación del paciente, más que de grandes incisiones, que es la concepción que se tenía antes de la definición de cirujano.

En su opinión ¿cuáles son los grandes retos que aún le quedan por alcanzar a una especialidad como la Cirugía Cardíaca?

Estamos ahora también trabajando muchísimo sobre la asistencia ventricular, corazón artificial y

regeneración de tejidos, que probablemente sean grandes retos de futuro. En enfermos que pierden su función ventricular, es decir, la función normal del corazón, necesitamos grandes máquinas para mantener esa función durante el tiempo justo y necesario para que elementos regeneradores, que no sabemos de qué tipo van a ser, si químicos, bioquímicos o celulares, inicien un proceso de regeneración. Y probablemente, éste es el reto más importante de cara a comienzos del siglo XXI, puesto que la insuficiencia cardíaca es la gran epidemia de este siglo.

De alguna manera, los avances registrados en la telemedicina han introducido también novedades significativas en los procedimientos quirúrgicos ¿De qué manera considera que ha beneficiado la telemedicina a la Cirugía Cardíaca? ¿Qué ha aportado?

La robótica está muy pendiente de desarrollar diversos aspectos en el ámbito de la Cirugía Cardíaca. Y después, en el tratamiento y seguimiento de los enfermos, es muy importante poder tener disponible información *on line* a través de la telemedicina, puesto que supone un menor desplazamiento de los enfermos para el uso de pruebas y seguimiento de las intervenciones quirúrgicas.

A. Martín
Tu salud

BIENVENIDO A LA MEJOR ETAPA DE TU VIDA.

En la Universidad CEU San Pablo te ofrecemos el mejor profesorado, prácticas internacionales y una excelente inserción en el mercado laboral. Además, con nuestras titulaciones bilingües podrás ampliar tus oportunidades en un contexto internacional. Vive la experiencia de realizar una carrera universitaria que te permita desarrollar tus proyectos personales y profesionales, para que la mejor etapa de tu vida continúe después

91 536 27 27 | www.uspceu.es

Bienvenido el talento



LICENCIATURAS

- Administración y Dirección de Empresas *
- Derecho
- Licenciatura en Derecho + Título propio en Jurídico-Comunitario + Abogacía Internacional *
- Ciencias Ambientales
- Ciencias Políticas y de la Administración
- Ciencia y Tecnología de los Alimentos (2º ciclo)
- Comunicación Audiovisual *
- Economía *
- Farmacia *
- Humanidades
- Marketing (Licenciatura en Investigación y Técnicas de Mercado) (2º ciclo)
- Medicina
- Odontología
- Periodismo *
- Psicología
- Publicidad y Relaciones Públicas *

ARQUITECTURA

- Arquitectura *
- Arquitectura Técnica

INGENIERÍAS SUPERIORES

- Ingeniería en Informática
- Ingeniería de Telecomunicación

DIPLOMATURAS E INGENIERÍAS TÉCNICAS

- Ciencias Empresariales
- Enfermería
- Fisioterapia
- Nutrición Humana y Dietética
- Óptica y Optometría
- Podología
- Turismo
- Ingeniería Técnica en Informática de Sistemas
- Ingeniería Técnica de Telecomunicación (Especialidad en Telemática)

DOBLES TITULACIONES

- Administración y Dirección de Empresas y Marketing *
- Administración y Dirección de Empresas y Turismo
- Comunicación Audiovisual y Publicidad y RRR, PP *
- Derecho y Administración y Dirección de Empresas (Jurídico-Empresarial) *
- Derecho y Periodismo
- Derecho y Publicidad y Relaciones Públicas
- Derecho y Comunicación Audiovisual
- Derecho y Ciencias Políticas y de la Administración
- Economía y Administración y Dirección de Empresas *
- Economía y Marketing *
- Economía y Periodismo *
- Economía y Turismo
- Farmacia y Nutrición Humana y Dietética
- Farmacia y Óptica y Optometría

- Farmacia y Ciencia y Tecnología de los Alimentos
- Humanidades y Comunicación Audiovisual
- Humanidades y Publicidad y Relaciones Públicas
- Humanidades y Periodismo
- Ingeniería Informática y de Telecomunicación
- Periodismo y Publicidad y Relaciones Públicas *
- Periodismo y Comunicación Audiovisual *
- Publicidad y Relaciones Públicas y Marketing *
- Turismo y Humanidades *

* Con Programa Bilingüe

CEU es obra de la Asociación Católica de Propagandistas

EVITAR EL SOBREPESO Y EL CONSUMO DE SAL AYUDA AL CONTROL ÓPTIMO DE LA TENSIÓN ARTERIAL

El control de la HTA es prioritario para reducir el riesgo cardiovascular

Al hablar de hipertensión, uno de los aspectos que más preocupa actualmente a los expertos es su elevada prevalencia. Los datos indican que aproximadamente 35 millones de personas padecen esta condición en España. Por ello, la comunidad médica hace hincapié en la necesidad de poner en marcha medidas para lograr un control óptimo de la presión arterial. Todo parece apuntar a que el incumplimiento por parte del paciente es una de las principales barreras para lograr este objetivo.

La hipertensión arterial (HTA) constituye hoy en día una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en todo el mundo. Los datos indican que en España, aproximadamente el 35 por ciento de la población adulta padece esta condición, aunque este porcentaje varía significativamente en función de los grupos de edad, llegando a afectar a casi la mitad de las personas que superan los 80 años.

El control, por tanto, de la HTA es prioritario para reducir el riesgo cardiovascular y evitar así la aparición de otras patologías cardiovasculares. El doctor Cándido Masa Vázquez, jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Madrid Norte Sanchinarro,

considera a este respecto que la HTA "tiene un peso muy grande dentro de los factores de riesgo cardiovascular; un peso que quizás podría alcanzar entre el 30 y el 40 por ciento del total del riesgo cardiovascular".

Incumplimiento

No obstante, y a pesar de la importancia de controlar la HTA, el doctor Masa Vázquez explica que hay un elevado incumplimiento por parte del paciente hipertenso. "Hacer una dieta sin sal no es fácil, al igual que tampoco lo es tomar diariamente diversos medicamentos para esta condición", aclara el experto. En su opinión, "todos los hipotensores, unos más y otros menos, tienen

Estratificación del riesgo cardiovascular del paciente

	Normal PAS: 120-129 PAD: 80-84	Normal-Alta PAS: 130-139 PAD: 85-89	Grado 1 PAS: 140-159 PAD: 90-99	Grado 2 PAS: 160-179 PAD: 100-109	Grado 3 PAS: >180 PAD: >110
Sin otros ER.	2,06%	2,83%	10,35%	5,33%	1,62%
1-2 ER.	3,96%	5,54%	19,56%	10,90%	3,75%
> 3 ER. o LUD o diabetes	1,66%	2,45%	8,27%	5,65%	2,46%
Estados clínicos asociados*	1,66%	1,94%	5,12%	3,16%	1,27%
Riesgo bajo	2,28%	2,83%	10,35%	5,33%	1,62%
Riesgo bajo					
Riesgo moderado					
Riesgo alto					
Riesgo muy alto					

*Atm., enfermedad cardíaca, enfermedad renal, enfermedad cardiovascular periférica, retinopatía diabética.

Fuente: Registro Mapapress.

Tú preguntas

• **¿Cuál es la cifra óptima de tensión arterial?**

Respuesta

Las cifras óptimas de tensión arterial serían 120-80.

• **¿Cómo se puede prevenir la hipertensión?**

Respuesta

En personas con antecedentes familiares de hiper-

tensión, la mejor forma de prevenirla es reducir el consumo de sal, hacer ejercicio y evitar el sobrepeso.

• **¿La obesidad está relacionada con la hipertensión?**

Respuesta

Sí, la obesidad es uno de los factores de riesgo para el desarrollo de hipertensión.

efectos secundarios y éste es otro factor de incumplimiento".

Pero el doctor Masa Vázquez también señala que los médicos tienen un importante papel en el control de la HTA. Así, aclara que aunque los profesionales sanitarios "están cada vez más concienciados de que la cifra de tensión arterial debe ser baja, en ocasiones se permite que algunas cifras de tensión arterial sistólica estén por encima de los valores adecuados". Para este especialista en Medicina Interna,

"la tensión arterial debe estar por debajo de 140 de sistólica y de 90 de diastólica. Todo lo que esté por encima de estas cifras es hipertensión y estaría mal controlada". A pesar de esto, el doctor Masa Vázquez aclara que estas no son las cifras óptimas de tensión arterial. A su juicio, "las cifras óptimas serían una presión arterial sistólica de 120 y una diastólica de 80 o menor, y si se trata de diabéticos, todavía menor".

Aunque el jefe del Servicio de

Medicina Interna del HM Norte Sanchinarro considera que la prevención tiene una importancia significativa cuando se habla de HTA, puntualiza que dicha prevención es más relevante en los casos de HTA esencial. Esto se debe, en su opinión, al hecho de que "la hipertensión esencial tiene un importante peso familiar y comporta una predisposición especial a padecerla". Por tanto, este especialista indica que aquellas personas que tengan una carga importante de hipertensión esencial "deben hacer una dieta pobre en sal, además de evitar la obesidad, el tabaco y, en general, todos los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares".

Riesgo cardiovascular

Para el doctor Masa Vázquez, hablar de riesgo cardiovascular implica "analizar en conjunto los cuatro factores de riesgo cardiovascular más importantes", que son: la hipertensión, la diabetes, la hipercolesterolemia y el tabaquismo. "Cuando estos factores se suman, los riesgos son absolutamente inaceptables", matiza.

Adicionalmente, el especialis-

Prevenir la obesidad es de vital importancia debido a la estrecha relación que tiene esta condición con la diabetes, ya que "el diabético adulto suele ser una persona obesa"

ta hace hincapié en la necesidad de prevenir la obesidad "con una alimentación sana y con un poco de ejercicio". Para el doctor Masa Vázquez, la prevención de la obesidad es de vital importancia debido, fundamentalmente, a la estrecha relación que tiene esta condición con la diabetes, ya que "el diabético adulto suele ser una persona obesa y evitar la obesidad es, por tanto, muy importante".

La buena noticia, según indica este experto, es que la sociedad está cada vez más concienciada con la necesidad de controlar la HTA. "El temor a las enfermedades cardiovasculares es muy grande, dejan secuelas muy graves, sobre todo los accidentes cerebrovasculares, y esto impacta mucho a la gente", concluye.

LA PRINCIPAL CAUSA DE INCUMPLIMIENTO EN HIPERTENSOS ES OLVIDARSE DE TOMAR LA MEDICACIÓN

Nace "Alcanza tu Objetivo", el primer programa de apoyo para mejorar el control de la HTA

Mejorar el control de la HTA es el objetivo principal del programa "Alcanza tu Objetivo", una iniciativa que han creado de manera conjunta el Grupo de Cumplimiento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) y Novartis. Mediante esta iniciativa se abordarán dos problemas fundamentales: el difícil control de las cifras de HTA y la falta de control por bajo cumplimiento terapéuti-

co por parte del paciente, además de la falta de concienciación de éste sobre su enfermedad. Sin lugar a dudas, mejorar el control de la HTA es uno de los retos de los especialistas, sobre todo si se tiene en cuenta que en la actualidad, dicho control sólo se logra en una tercera parte de los pacientes que acuden a la consulta de Atención Primaria y en aproximadamente la mitad de los referidos a unidades hospitalarias. Tal y como explica el doctor Emilio Márquez,

coordinador del Grupo de Cumplimiento de la SEH-LELHA y director del programa, el fin de "Alcanza tu Objetivo" es lograr "el mayor número de control de cada paciente, siendo de forma general inferior a 140 y 90 mmHg e inferiores a 130 y 80 mmHg en diabéticos". Además, tal y como se desprende de un estudio realizado por el Grupo de Cumplimiento de la SEH-LELHA, la principal causa de incumplimiento es el olvido de la medicación, en un 80,3 por cien-

to de los casos. Por ello, este programa, dentro de las actividades de educación sanitaria, proporcionará a los pacientes una serie de consejos para que no olvide tomar su pastilla. A través de la página web www.alcanzatuobjetivo.com, el paciente encontrará información completa sobre este programa y seguir la evolución de su presión arterial.

Redacción
Tu salud

A. Martín
Tu salud

LOS NEUROFISIÓLOGOS TIENEN UN PAPEL CLAVE EN LA NEUROCIRUGÍA

“Los neuronavegadores están revolucionando la cirugía de columna”

La Neurocirugía ha experimentado importantes avances en los últimos años. La aparición de los neuronavegadores ha hecho posible cambiar el concepto de las intervenciones quirúrgicas tanto craneoencefálicas, como de columna, proporcionando grandes beneficios al paciente.

Son muchos los aspectos que hoy en día diferencian a la Neurocirugía de otras especialidades quirúrgicas. Al hablar de Neurocirugía nos estamos refiriendo a la especialidad que se encarga del manejo de las patologías relacionadas con el sistema nervioso. Las peculiaridades de dicho sistema nervioso han hecho necesario que las técnicas de neurocirugía hayan tenido que ir evolucionando, adaptándose precisamente a estas diferencias. Por ejemplo, tal y como explica el doctor Rafael García de Sola, coordinador de Neurociencias del Grupo Hospital de Madrid (HM), en el sistema nervioso “hay muchísimas neuronas y cada grupo de ellas tiene una función claramente diferenciada”. Esto obliga a los neurocirujanos a “conocer de manera muy precisa la anatomía y la función” de cada una de las zonas que se vayan a intervenir.

En este contexto, el doctor García de Sola indica que, en los últimos años, “las cosas han cambiado muchísimo debido a la aparición de sistemas que permiten conocer *on line* la anatomía cuando se está operando”. Además, el especialista aclara que estos avances tecnológicos también ofrecen la posibilidad de conocer la función del paciente

“Las cosas han cambiado mucho debido a los sistemas que permiten conocer *on line* la anatomía cuando se está operando”

durante la intervención gracias a la existencia de “unos sistemas muy complejos que controlan la función del enfermo, aunque éste esté dormido, que es lo que se conoce como neurofisiología intraoperatoria”.

Partiendo de esta explicación, el coordinador de Neurociencias del Grupo HM aclara que, en lo que se refiere al conocimiento de la anatomía, han desempeñado un papel fundamental los neuronavegadores, “los cuales tienen un concepto que los asemeja a los conocidos GPS”, explica. Así, tanto la cirugía craneoencefálica como la cirugía de columna se están beneficiando en la actualidad de las ventajas que ofrecen estos neuronavegadores.

Imagen tridimensional

En el caso de la cirugía craneoencefálica, el doctor García de Sola señala que con el neuronavegador se trata a cualquier paciente que presente un tumor cerebral. “Al paciente se le hace una resonancia y un escáner y la primera labor del neuronavegador es fusionar, de manera automática, las imágenes obtenidas tanto de la resonancia como del escáner”. Estas imágenes proporcionadas por el neuronavegador permitirán “ver la cabeza y la cara del paciente y su interior, es decir, mostrarán el cerebro en imágenes tridimensionales”, explica el doctor García de Sola. Así, y a través de una pantalla, el neurocirujano estará



R. García de Sola, coordinador de Neurociencias del Grupo HM.

viendo “en qué posición se encuentra en los tres lados del espacio”, matiza este experto.

Según la opinión del coordinador de Neurociencias del Grupo HM, la función del neuronavegador es muy importante en una disciplina como la Neurocirugía, ya que en este tipo de intervenciones es necesario “moverse a través de rutas anatómicas, que son circunvalaciones cerebrales, cuyos surcos están llenos de agua y, en muchas ocasiones, dichos surcos profundizan mucho en el cerebro y están a muy poca distancia de un tumor profundo”. En este sentido, la ventaja que ofrecen los neuronavegadores es que “permiten acceder al tumor mediante un pequeño surco”, aclara el especialista. Así, “gracias a la microcirugía y a los neuronavegadores, se sigue la ruta anatómica correcta y se puede abrir dicho surco hasta quedarse a un centímetro del tumor, reduciendo significativamente el daño que se podría hacer al cerebro”, aclara.

Una vez que se accede al tumor, habría que tener en cuenta también una serie de cuestiones ya que, según el doctor García de Sola, el abordaje de los tumores en la Neurocirugía es diferente al que se realiza en otros tipos de cirugías. “Mientras que en las cirugías conven-

cionales se abre y se quita el tumor entero, con el tejido sano que hay alrededor si es necesario, la Neurocirugía lo que se hace, utilizando técnicas muy sofisticadas de manipulación de tumores, es introducirse dentro del tumor y vaciarlo mediante aspiración ultrasónica y coagulación bipolar”, explica.

Un aspecto importante destacado por este experto es el hecho de que en todas las intervenciones realizadas dentro del área de Neurocirugía se cuenta con la presencia de un neurofisiólogo. Estos profesionales, por tanto, hacen posible que los neurocirujanos “puedan conocer todas las funciones importantes que tienen trascendencia en la calidad de vida, de manera que las posibles lesiones neurológicas que pudieran producirse serían mucho menores”, especifica este especialista.

Cirugía de columna

Respecto a la cirugía de columna, el doctor García de Sola subraya que “todo se está revolucionado mucho”. A modo de ejemplo, indica que recientemente el Grupo HM ha adquirido un novedoso neuronavegador que se convierte en “el primero disponible en España para la cirugía de columna”. Y es que el concepto de ‘neuronavegador’ es diferente cuando se

habla de cirugía de columna ya que, en palabras del doctor García de Sola “, es un sistema con el que se puede hacer un TAC intraoperatorio que ofrece una imagen tridimensional de los planos de la columna, la cual es muy compleja”.

Con este novedoso sistema, por tanto, “se pueden diseñar operaciones para las que antes había que hacer enormes aperturas para llegar a un sitio y reconocer la anatomía”, explica el experto. “Ahora dicha anatomía se puede observar en el TAC intraoperatorio, incluso se pueden hacer controles y, en caso de dudas, volver a repetir el TAC”.

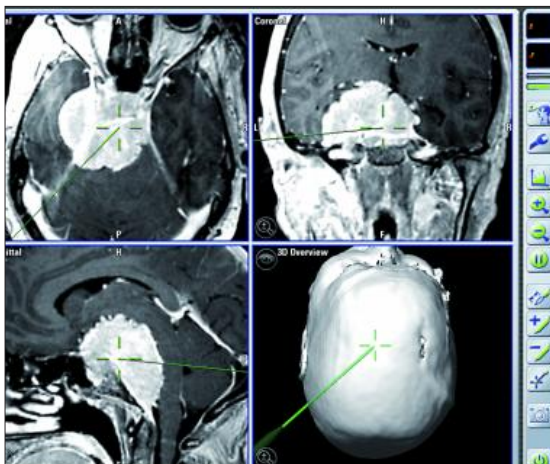
Beneficios

Para el coordinador de Neurociencias del Grupo HM, los neuronavegadores introducen dos mejoras importantes a la cirugía convencional de columna: “hace esta cirugía más segura que la convencional y menos invasiva, ya que no es necesario abrir tanto, y la recuperación del paciente es mucho mejor”. Por tanto, “la cirugía de columna va a dar un vuelco formidable con este tipo de técnicas, conocidas como cirugía mínimamente invasiva”, aclara el doctor García de Sola, quien también muestra su convencimiento de que para culminar con éxito estas intervenciones “es necesario poder contar con estos sistemas de navegación en 3D”.

En términos generales, el

“Con los neuronavegadores, la cirugía de columna es más segura que la convencional y menos invasiva”

especialista señala que podría decirse que “los neuronavegadores están implantados en muchos hospitales de España”. Sin embargo, el doctor García de Sola no piensa de lo mismo de la neurofisiología intraoperatoria, una técnica que cree que “aún no está implantada en nuestro país”. En este sentido, sí puntualiza que tanto el Hospital Universitario Madrid Montepíncipe como el Hospital de Madrid Norte Sanchinarro hacen uso de la neurofisiología intraoperatoria, algo para lo que se requiere “una muy buena máquina y un muy buen neurofisiólogo”, concluye el experto.



Dra. A. de la Cuerda, M.J. Iñiguez, N. Rojo, R. Sánchez y L.A. Parmo

Situación actual de la exposición laboral a gases anestésicos

Los profesionales sanitarios que ejercen sus tareas en el ámbito hospitalario están expuestos, en mayor o menor medida, a los agentes anestésicos inhalatorios. Sin embargo, el desarrollo de nuevos gases anestésicos alojenados, menos inflamables y con

menos toxicidad ha hecho que se reduzca este nivel de exposición. Aun así, es necesario adoptar una serie de medidas preventivas que permitan mantener los niveles de contaminación ocasionados por estos agentes dentro de unos niveles aceptables.

En el ámbito hospitalario son numerosos los profesionales expuestos en mayor o menor medida a los agentes anestésicos inhalatorios, puesto que no se trata solamente del personal especializado en anestesia, sino que también hay que considerar a las otras personas que concurren en el quirófano, así como a dentistas que practiquen intervenciones odontológicas y al personal de salas de partos. Asimismo, se detecta la presencia de gases anestésicos en salas de reanimación, exhalados por los pacientes que se hallan en recuperación después de la anestesia.

Hoy en día el avance experimentado por las máquinas de anestesia, así como el creciente uso de agentes por vía intravenosa, han reducido al mínimo el riesgo de efectos perjudiciales para la salud de los profesionales. El primer agente anestésico inhalatorio utilizado fue el dietiléter en 1842. Desde entonces han sido numerosos los agentes empleados, muchos de ellos muy efectivos como agentes anestésicos, pero con alto riesgo de favorecer incendios y explosiones en presencia de oxígeno.

Nuevos gases anestésicos

En el transcurso de los años se han desarrollado nuevos gases anestésicos halogenados menos inflamables y menos tóxicos. En la década de los ochenta se introdujeron el fluoroxeno, halotano, metoxiflurano, enflurano e isoflurano y en la de los noventa el desflurano. Ya a finales del siglo XX



Los gases anestésicos han ido evolucionando con el paso de los años.

se empezó a utilizar el sevoflurano, que es considerado el anestésico inhalatorio ideal a principios del siglo XXI. Todos estos gases anestésicos, a

Los límites de exposición para el personal que trabaja con agentes anestésicos varían en función de la legislación

excepción del protóxido de nitrógeno, que es un gas, son líquidos que se aplican por vaporización.

Los límites de exposición para el personal que habitualmente trabaja en presencia de protóxido de nitrógeno y agentes anestésicos halogenados son variables en función de la legislación de referencia, siendo especialmente restrictivos los establecidos por el organismo americano NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health). La NIOSH estableció para los agentes anestésicos como cloroformo, tricloroetileno, halotano, metoxiflurano, fluoroxeno y enflurano un valor límite recomendado (REL) de 2 ppm como valor techo que nunca debería ser superado en un tiempo de exposición de 60 minutos. El isoflurano, desflurano y sevoflurano, fueron incluidos posteriormente, en esta recomendación.

Estos límites de exposición legalmente exigidos distan ampliamente de los niveles de contaminación requeridos para provocar daños para la salud, abortos, esterilidad, malformaciones fetales, etc. Los niveles requeridos que favorecen este tipo de daños son de unos 500 ppm en exposición continua, según los resultados de algunos estudios de experimentación animal.

Sistemas de prevención

Los sistemas de prevención más importantes para mantener los niveles de contaminación en el área quirúrgica dentro de unos límites aceptables son los siguientes. En primer lugar, la ventilación general de cada quirófano, que debe cifrarse lo más cercano posible a las 21 renovaciones por hora. Por otra parte, los sistemas de extracción de gases, siendo el más efectivo el de aquellas torres que incorporan un sistema scavenger de extracción que reduce prácticamente a cero los niveles de contaminación. Aún existen numerosos quirófanos en uso cuyas torres de anestesia no tienen un sistema de extracción de gases específico y en estos casos resulta útil conectar la torre a un sistema de extracción a vacío, que reduce igualmente los niveles de exposición.

Además, el mantenimiento periódico de las máquinas de anestesia es indispensable para

alcanzar los niveles de exposición deseados; se debe establecer un calendario de revisiones que permita detectar cualquier pequeña fuga que haya podido pasar inadvertida. Todo ello sin olvidar la importancia de la formación del personal y la realización de controles ambientales con mediciones periódicas del nivel de exposición laboral.

Cualquier sistema de extracción de gases puede no ser tan eficaz como deseamos si no va acompañado de una técnica de anestesia lo menos contaminante posible. En el Grupo Hospital de Madrid tenemos la suerte de contar con anestesiólogos que se preocupan diariamente de hacer todo lo posible por reducir al mínimo los niveles de contaminación, manteniendo unos flujos de trabajo mínimos siempre que la cirugía lo permite. Queremos agradecer especialmente al doctor Andrés López, su colaboración con el departamento de prevención, ayudándonos a entender el complicado entramado de las torres de anestesia y desmitificando los miedos e inseguridades que el desconocimiento sobre el tema produce.

Hace varias semanas, pedimos ayuda al doctor López con un equipo de medición directa de gases anestésicos que nos habían prestado. Resultó una jornada muy interesante, donde pudimos comprobar los momentos del proceso de anestesia donde se alcanzan los mayores niveles de contaminación.

El doctor comenzó un pequeño simulacro de anestesia demostrándonos que trabajando a flujos de entre tres y cuatro litros con el sistema de extracción de gases conectado, los niveles de contaminación son indetectables, como así indicaba el detector de gases. Incluso flujos de hasta 12 litros son fácilmente sustraídos por la extracción.

Continuando el simulacro, el doctor López recargó con sumo cuidado el vaporizador con sevoflurano y sin mediar derrame alguno de fármaco, el equipo de medición marcó niveles de hasta 7 ppm. Imposible no

sobrepasar los niveles recomendados por la NIOSH durante este proceso; por ello se recomienda que la recarga de los vaporizadores se realice alternando el personal responsable y recogiendo cualquier derrame con absorbentes adecuados de manera inmediata, y evitando esta tarea a las mujeres embarazadas. Y así, continuó la clase práctica, anulamos la extracción de gases y comprobamos in situ cómo una ventilación general del área quirúrgica adecuada permite mantener niveles indetectables de gases, siempre y cuando los flujos de trabajo sean de uno o dos litros.

La formación del personal y los controles ambientales para medir el nivel de exposición laboral son dos medidas preventivas importantes

Aumentando progresivamente el flujo de trabajo y manteniendo anulado el sistema de extracción de gases vimos cómo el equipo fue detectando crecientes niveles de protóxido y sevoflurano que llegaron a ser de hasta 600 ppm colocando el detector en la zona de salida de gases de la torre de anestesia.

¿Mito o realidad?

Y así continuó la mañana en el Hospital de Madrid Norte Sanchinarro, comprobando los niveles de contaminación en varios quirófanos. Y para terminar, volviendo al título de este artículo, ¿mito o realidad? Pues depende...

Según mi experiencia en el tema, hoy por hoy podemos hablar de mito, porque muchas circunstancias negativas deben concurrir a diario para que la ventilación del área quirúrgica, la extracción de gases o la conexión a vacío fallen, y además la anestesia a realizar deba efectuarse con flujos altos. Todo ello provocaría niveles diarios de 500 ppm, que son los necesarios para producir daño a la salud y que, insistentemente, distan en mucho de los límites legalmente establecidos.

Por otra parte, la realidad puede estar mucho más cerca de lo que parece si no se respetan estas normas básicas de prevención, y especialmente en aquellas áreas, como consultas de odontología, endoscopias, telemando etc.: zonas no tan 'controladas' como el área quirúrgica y donde también se utilizan, aunque en menor medida, este tipo de agentes.



¿Cuál es la filosofía con la que se crea la Unidad de Cirugía Endocrinológica del Hospital de Madrid?

La idea es centralizar toda la patología endocrinológica en un grupo que tiene mucha experiencia y que, además, la atiende de una forma integral, y no haya que estar derivando para tomar decisiones, para hacer diagnósticos clínicos o radiológicos o de Medicina Nuclear. Y sobre todo, que la indicación quirúrgica sea una decisión colegiada, que permita obtener los mejores resultados posibles.

En cuanto a tratamientos y diagnóstico, prácticamente nos ocupamos de todo el sistema endocrinológico. Y por supuesto, lo hacemos de una manera total, es decir, encargándonos tanto del diagnóstico, como de la toma de decisiones o del tratamiento médico-quirúrgico.

¿Cómo funciona esta unidad? ¿Cuál es el procedimiento que se sigue con el paciente que llega a la misma?

Antes las consultas estaban más dispersas. Ahora, la función de la unidad es tener unos criterios uniformes, lo que no quiere

HOSPITAL DE MADRID

“La idea es atender de forma integral toda la patología endocrinológica”

El doctor Domingo R. Rodríguez-Peña, jefe de la Unidad de Cirugía Endocrinológica del Hospital de Madrid, analiza en esta entrevista algunos de los aspectos más relevantes de la misma. La amplia experiencia de los profesionales que trabajan en ella, junto con la filosofía con la que se creó, hacen que se convierta en un referente en el tratamiento de la patología endocrinológica.

“Antes las consultas estaban más dispersas. Ahora la función de la Unidad es tener unos criterios uniformes”

decir que a todos los pacientes se les vaya a tratar de la misma manera. Una de las cosas principales que pretendemos desde la unidad es que sea el criterio médico el que prime y así marcar casi de una forma lógica el tratamiento que va a seguir cada persona.

Dentro de la unidad ¿se trabaja de forma conjunta con otras especialidades?

Aparte de los endócrinos, en este tipo de patología son muy

importantes la Radiología y la Medicina Nuclear, así como el apoyo del resto de los especialistas tales como otorrinolaringólogos, internistas etc. Se trata de que el paciente sea atendido de forma integral, incluso en las complicaciones que puedan surgir.

La parte oncológica, por ejemplo, la tratan en un alto porcentaje de casos los endócrinos junto con los especialistas en Medicina Nuclear, pero hay algunos tumores endocrinológicos que requieren la participación de Oncología, como determinados tumores pancreáticos, por lo que la unidad también cuenta con un oncólogo consultor y asesor para este tipo de patologías.

¿Qué balance haría de esta unidad desde su creación?

Yo llevo trabajando en el área de la endocrinología unos 30 años, pero me he incorporado al Grupo HM hace unos cinco años y llevamos más o menos este tiempo con la idea de que la unidad sea algo conjunto. Es importante verse arropado y se agradece la colaboración de los compañeros, y además compañeros muy cualificados.

¿Qué novedades se han introducido en esta especialidad?

La Radiología o la Medicina Nuclear vienen a ser más o menos igual que antes, pero ahora se requiere que haya una forma concreta de actuar en las consultas con la ecografía, el TAC, la resonancia magnética, las gammagrafías, etcétera. También se realizan



DR. DOMINGO R. RODRÍGUEZ-PEÑA. Jefe de la Unidad de Cirugía Endocrina del Hospital de Madrid

algunas pruebas con isótopos específicos para la exploración del páncreas, y sobre todo de las paratiroides. En la paratiroides lo que sí se hace ahora es la predeterminación de la hormona paratiroidea (PTH), antes de la cirugía y una semana después de la misma.

Redacción
Tu salud

Hospital de Madrid (HM)
Dirección: Pza. Conde del Valle
Sueñi, 16. 28015 Madrid
Teléfono: 91 447 66 00

HOSPITAL UNIVERSITARIO MADRID MONTEPRÍNCIPE

La criocirugía de riñón: una técnica menos invasiva para tumores renales

Por primera vez, el Hospital Universitario Madrid Montepríncipe ha llevado a cabo una criocirugía de riñón en un paciente que presentaba un tumor renal de 3,5 centímetros con localización periférica. La intervención ha concluido con gran éxito, y supone una opción mucho menos invasiva para el paciente que las tradicionales intervenciones quirúrgicas realizadas en estos casos.

El Hospital Universitario Madrid Montepríncipe ha protagonizado recientemente una novedosa criocirugía de riñón en un paciente que presentaba un tumor renal de aproximadamente tres centímetros. Tal y como explica el doctor François Peinado, miembro del servicio de Urología de este hospital, “la criocirugía es un procedimiento que utiliza la congelación para congelar el tumor. Lo que se pretende conseguir con esta técnica son temperaturas del riñón que oscilen entre los -20 y los -40 grados, ya que eso es lo que produce la destrucción celular”.

En este caso concreto, el especialista indica que el paciente, que presentaba un tumor de tres centímetros, era un caso “complejo”, ya que previamente había sido intervenido de un cán-

cer de pulmón. Éste fue uno de los motivos por los que el doctor Peinado optó por la criocirugía de riñón, al tratarse de una técnica menos invasiva que la cirugía tradicional.

Procedimiento

El doctor Peinado, encargado de llevar a cabo esta novedosa intervención, explica que “a través de la imagen guiada por escáner se procedió a localizar el tumor, que estaba en la zona periférica renal”. Posteriormente, y con el paciente tumbado boca abajo, “se introdujeron, a través de la espalda, concretamente del flanco izquierdo, una serie de agujas o criosondas, que son las que producen la congelación”, aclara el especialista. Precisamente son “estas agujas las que llegan hasta el tumor, origi-

nando unas ‘bolas de nieve’ y destruyen todas las células cancerosas”.

Para el doctor Peinado, son muchas las ventajas que proporciona esta criocirugía renal en comparación a las tradicionales intervenciones quirúrgicas. “El paciente estaba en casa 24 horas después de la intervención y si se hubiera realizado una operación abierta habría tenido una mayor morbilidad”, aclara, por lo que la criocirugía de riñón se convierte en una técnica “mucho menos invasiva para el paciente”.

En lo que se refiere a los casos en los que estaría indicada esta intervención, el especialista señala que la criocirugía renal tiene “unas indicaciones muy claras: tumores de menos de 3,5 centímetros y que se sitúan en una zona periférica”.



Supervivencia

Los resultados proporcionados por la criocirugía de riñón en términos de supervivencia han sido también muy favorables. Los estudios publicados han demostrado que los índices de supervivencia de la criocirugía de riñón a cinco años vista son iguales que los de una nefrectomía parcial y/o radical.

A pesar de los excelentes resultados de la criocirugía de riñón, hay que señalar que se trata de una técnica incipiente que lleva realizándose menos de diez años. Sin embargo, el doctor Peinado considera que “en un futuro no muy lejano, esta técnica se impondrá —por laparoscopia o escáner— a la intervención

abierta debido a las numerosas ventajas que representa”.

De manera paralela, cabe señalar que el Hospital de Madrid Norte Sanchinarro ha acogido también recientemente, con gran éxito, una intervención de criocirugía de próstata. En este caso, uno de los especialistas que participó en este procedimiento fue el doctor Mariano Rosselló, director del Instituto de Medicina Sexual (IMS).

A. Martín
Tu salud

H. Universitario M. Montepríncipe
Dirección: Avda. Montepríncipe, 25,
28460, Boadilla del Monte, Madrid
Teléfono: 91 708 99 00

HOSPITAL DE MADRID TORRELOZONES

“Entre el 10 y el 15% de los varones en España padece apnea del sueño”

Especialistas en Neumología y Neurología trabajan de manera conjunta en la Unidad del Sueño del Hospital de Madrid Torrelozones para tratar diversas patologías relacionadas con el sueño. El abordaje, por tanto, de la apnea/hipoapnea del sueño, el insomnio, el síndrome de piernas inquietas, la epilepsia o el sonambulismo se realiza desde la perspectiva de esta unidad.

Desde hace aproximadamente cuatro años, la Unidad del Sueño del Hospital de Madrid Torrelozones se encarga del diagnóstico y tratamiento de aquellas patologías relacionadas con el sueño desde dos perspectivas: la Neumología y la Neurología. Tomando como referencia el área de Neumología, M^a José Ferreiro, jefe del Servicio de Neumología del Hospital de Madrid Torrelozones, explica que los estudios que se realizan en esta Unidad del Sueño van dirigidos a pacientes con síndrome de apnea/hipoapnea del sueño. Se trata de “una patología que afecta a entre el 10 y el 15 por ciento de los varones adultos, aunque se calcula que aproximadamente el 80 por ciento de los pacientes con este problema está sin diagnosticar en España”, aclara. La importancia de

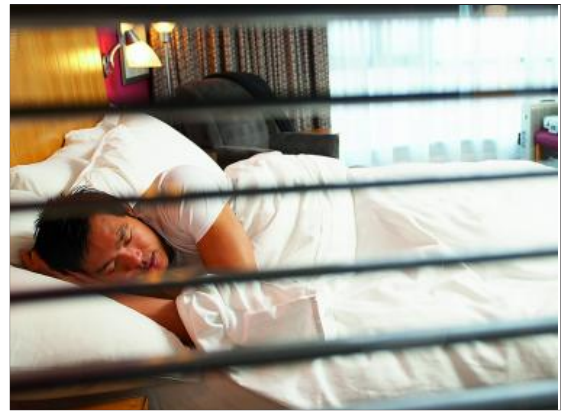
este infradiagnóstico radica fundamentalmente en el hecho de que esta patología aumenta “el riesgo vascular del paciente”, añade la doctora Ferreiro, quien aclara que se ha demostrado que “estos pacientes tienen hipertensión arterial, que no se controla y un riesgo aumentado de accidentes vasculares cardíacos y cerebrales”.

Modo de actuación

Cuando un paciente llega a la Unidad del Sueño con un posible cuadro de apnea o hipoapnea, el primer paso es la realización de una historia clínica que recoja toda la sintomatología típica. Somnolencia, falta de descanso, cefaleas matutinas, ronquidos o dejar de respirar durante la noche son algunos de los síntomas de esta patología señalados por esta experta.

A continuación se realiza un estudio nocturno y, si éste es positivo, se recomienda tratamiento. “Si el trastorno es leve se aconsejan medidas higiénico-dietéticas como dejar de fumar, perder peso, no ingerir alcohol, cenas ligeras, etc”. Pero si el trastorno es más importante “se trata con un dispositivo nasal, una mascarilla a través de la cual se da una presión positiva durante toda la respiración, un tratamiento que ha demostrado científicamente ser útil para tratar las apneas”, aclara la especialista.

Por su parte, la doctora Marta Ochoa, jefa de Servicio de Neurología de los hospitales del Grupo HM Torrelozones y Montepríncipe, aclara que desde su especialidad, la Neurología, probablemente sea el insomnio la patología que con más frecuencia se aborda en la Unidad del Sueño. Todo ello sin



olvidar otros trastornos como son la epilepsia, las parasomnias, el síndrome de piernas inquietas o el bruxismo, que “aunque son patologías diferentes al hecho en sí de ‘no dormir’, se tratan también en esta unidad del sueño”, indica esta experta.

En el caso de los pacientes epilépticos, la doctora Ochoa explica que éstos acuden a la Unidad del Sueño para someterse a un encefalograma del sueño, “ya que el sueño y la epilepsia están muy relacionados y durante el sueño es más probable detectar actividad epiléptica. Hay algunas crisis que sólo ocurren durante el sueño o en

el despertar”.

La doctora Ochoa coincide con la doctora Ferreiro en el hecho de que la apnea del sueño es una patología “totalmente infradiagnosticada”, aunque indica que no ocurre lo mismo con las personas insomnes, para las cuales “el hecho de no dormir se convierte en el principal problema de su vida”, concluye.

A. Martín
Tu salud

Hospital de Madrid Torrelozones
Dirección: Avda. Castillo de Olivares
s/n. 28250 Torrelozones. Madrid
Teléfono: 91 267 50 00



MARTA VALERO Y PALOMA GARCÍA DE LA PEÑA, del servicio de Reumatología del Hospital Madrid Norte Sanchinarro

Las terapias biológicas comenzaron a aplicarse en pacientes con artritis reumatoide severa a comienzos de este siglo y desde hace escasamente cinco años se han empezado también a utilizar para el tratamiento de algunas patologías dermatológicas como la psoriasis. Por tanto, las nuevas terapias biológicas se han convertido en una de las piezas clave de la Reumatología moderna.

La doctora Paloma García de

la Peña, jefa del Servicio de Reumatología del Hospital de Madrid Norte Sanchinarro, explicó a este respecto que dichas terapias “han cambiado el curso y el pronóstico de muchas enfermedades reumáticas inflamatorias, como la artritis reumatoide y las espondiloartropatías”. Así lo puso de manifiesto durante la sesión clínica “Actualización en Terapias Biológicas en Reumatología”, celebrada recientemente

HOSPITAL DE MADRID NORTE SANCHINARRO

Las terapias biológicas son una de las claves de la Reumatología moderna

El Hospital de Madrid Norte Sanchinarro ha acogido recientemente la sesión clínica “Actualización en Terapias Biológicas en Reumatología”. Según pusieron de manifiesto los expertos que participaron en la misma, este tipo de terapias se convierte en una de las piezas clave de la Reumatología moderna al abrir nuevas vías terapéuticas dentro de esta especialidad.

en el Auditorio Reina Sofía de este centro hospitalario.

Más opciones terapéuticas

Así, la jefa del servicio de Reumatología del Hospital de Madrid Norte Sanchinarro aclaró que, hoy en día, “la Reumatología moderna no puede dar una atención de calidad a sus pacientes si no se les ofrecen estos fármacos, que han aumentado considerablemente el abanico de posibilidades terapéuticas dentro de esta especialidad”.

Actualmente, estas nuevas terapias biológicas se están administrando a aquellos pacientes que no responden a los fármacos tradicionales (entre un 10 y un 25 por ciento del total). No obstante, la doctora García de la Peña adelantó que “es muy probable que dichos tratamientos

lleguen a convertirse en la primera opción terapéutica para determinadas enfermedades reumatológicas, ya que con ellos se está logrando su remisión total”.

Coste-efectividad

Otro de los temas abordados en esta sesión clínica sobre las nuevas terapias biológicas fue su precio. En este sentido, la doctora Marta Valero, del Servicio de Reumatología del Hospital de Madrid Norte Sanchinarro, admitió el elevado coste que estos tratamientos tienen para el sistema sanitario público, aunque hizo hincapié en la necesidad de “fijarse en su coste-efectividad”. De la misma manera, la doctora Valero señaló que las terapias biológicas “suelen administrarse vía subcutánea, lo que requiere cierto adiestramiento, o vía intra-

venosa, lo cual necesita de una infraestructura de hospital de día”.

Uno de los inconvenientes de estos fármacos es su predisposición a infecciones, lo cual requiere un control exhaustivo de los pacientes diana. La doctora García de la Peña explicó que, por ejemplo, “en el caso de algunas terapias biológicas de primera generación, es necesario un cribado que confirme o descarte una tuberculosis latente, para hacer o no una profilaxis previa a la administración del medicamento”, concluye.

Redacción
Tu salud

H. de Madrid Norte Sanchinarro
Dirección: c/ Oña, 10. 28050 Madrid
Teléfono: 91 756 78 00

CENTRO INTEGRAL ONCOLÓGICO CLARA CAMPAL (CIOCC)

“Una de las apuestas del CIOCC es el desarrollo de nuevos fármacos”

El desarrollo de estudios en fase I dirigidos a probar nuevas moléculas ha sido una de las grandes apuestas del CIOCC. Prueba de ello es que este centro ya ha puesto en marcha un estudio de estas características con un fármaco de la familia de los inhibidores del ciclo celular del que podrán beneficiarse los pacientes con tumores cerebrales.

Hoy en día, los estudios en fase I se convierten en una de las piezas fundamentales para asegurar el progreso de la Oncología Médica. El doctor Ignacio Durán, codirector de la Unidad de Desarrollo de Nuevos Fármacos del Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC), explica que, cuando se habla de estudios en fase I, de lo que se trata es de “probar nuevas moléculas, nuevos fármacos, que han demostrado en estudios realizados en modelos animales y en laboratorio que tienen potencial como medicamentos eficaces en el tratamiento contra el cáncer y, posteriormente, trasladar estos fármacos a los humanos”.

Tal y como explica el especialista, estos estudios tienen “una importancia notable” por varias

razones. “En primer lugar, porque en España es algo que está aún poco desarrollado, y de hecho, apenas hay dos o tres centros en nuestro país que, de alguna manera, estén desarrollando de una forma seria programas con otros fármacos”, aclara. Además, el doctor Durán añade que este tipo de estudios “supone una oportunidad alternativa para aquellos pacientes con cáncer que ya han fracasado con los tratamientos tradicionales”.

Reto científico

Así, este experto puntualiza que “estos ensayos representan un reto científico y también una oportunidad importante de cara a ofrecer a los pacientes alguna opción más de tratamiento”. Todo esto sin olvidar que los

estudios en fase I “tienen un notable interés científico, pues de ellos se derivan estudios de análisis molecular, farmacocinéticos y farmacodinámicos, que nos permiten aprender acerca del mecanismo de acción del fármaco y los posibles cambios que induce sobre nuestro organismo”.

“Los estudios fase I son una alternativa para pacientes con cáncer que han fracasado con tratamientos tradicionales”

Respecto a los estudios que en estos momentos se han puesto en marcha dentro del Grupo

HM, el doctor Durán explica que ya se ha puesto en marcha un estudio con un inhibidor del ciclo celular enfocado a pacientes con tumores cerebrales. “Es un estudio que ya está aprobado, está en funcionamiento y ya se están reclutando pacientes”.

Pendiente de aprobación

Además, el codirector de la Unidad de Desarrollo de Nuevos Fármacos del CIOCC señala que “hay otro estudio en fase I pendiente de aprobarse por el comité ético que se va a llevar a cabo en cualquier tipo de tumor con un fármaco que inhibe un receptor comúnmente alterado en múltiples tipos de cáncer (el receptor EGFR). Tal y como explica este especialista, este estudio representará una opción para aquellos pacientes con cánceres avanzados que han agotado los tratamientos convencionales y que podrían beneficiarse de un fármaco muy específico dirigido a unas alteraciones moleculares muy concretas”.

Además, el doctor Durán aclara que la Unidad de Desarrollo de Nuevos Fármacos del CIOCC “está pendiente de presentar nuevos estudios a los comités correspondientes y a la Agencia Española del Medica-



DR. IGNACIO DURÁN. Codirector de la Unidad de Desarrollo de Nuevos Fármacos del CIOCC

mento, y de llegar a tener el plan-tel de estudios suficientes para que los pacientes, una vez que hayan agotado las medidas de tratamientos convencionales, tengan una opción más”.

Redacción
Tu salud

Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC)
Dirección: c/ Oña, 10. 28050 Madrid
Teléfono: 902 10 74 69

AGENDA

6 de mayo Día Mundial del Asma

Como todos los años, el primer martes de mayo se celebra el Día Mundial del Asma. Este año se mantiene el lema “Puedes controlar tu asma”, bajo el cual se están promoviendo diversas actividades en diferentes países, según las indicaciones previas que ha establecido la Organización Mundial de la Salud y la idiosincrasia de cada población.

9 y 10 de mayo Jornadas Deporte y Discapacidad

La Consejería de Educación y Ciencia, junto con la Viceconsejería de Deportes de la Junta de Castilla-La Mancha, ha puesto en marcha esta iniciativa, que tendrá lugar el segundo fin de semana de mayo en la ciudad de Toledo. Entre las diversas actividades que se incluyen en el programa se presentan diversos deportes para diferentes discapacidades. Para más información: www.educa.jccm.es

30 y 31 de mayo XI Jornadas Estatales de Terapia Ocupacional

La Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (Apeto) va a celebrar sus jornadas sobre terapia ocupacional. Con el

lema “Terapia Ocupacional. Nuevas tecnologías, accesibilidad y diseño universal”, un año más intentan poner al alcance de los profesionales sanitarios y cuidadores los últimos avances para hacer el entorno más accesible a aquellas personas con algún tipo de discapacidad. Para más información: www.apeto.com.

Del 5 al 7 de junio 1º Salón para la Autonomía Personal y la Calidad de Vida

Del 5 al 7 de junio de 2008 se celebrará en Barcelona Avante, el primer salón multisectorial que promueve la creación, desarrollo y comercialización de nuevas tecnologías, productos y servicios para la mejora de la autonomía y la calidad de vida de las personas. Dirigido a profesionales y al público en general, el salón reunirá todos los sectores relacionados con la discapacidad, la dependencia y la mejora de la calidad de vida en general. Para más información: www.salonavante.com.

Del 30 de mayo al 15 de junio Feria del libro de Madrid

Aunque ya es conocida por todos, la Feria del Libro, que cada año se celebra en el Parque del Retiro de Madrid durante la primavera, siempre está llena de sorpresas y novedades. En ella podrás encontrar desde actividades para los más pequeños o exposiciones de fotografía, hasta los más famosos autores firmando sus obras más conocidas o los últimos premios Planeta.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MADRID MONTEPRÍNCIPE

Un Aula Hospitalaria para los chavales con cáncer

El proyecto ha tenido una gran acogida entre los niños

Fue aproximadamente a comienzos de 2008 cuando el Hospital Universitario Madrid Montepríncipe puso en marcha el Aula Hospitalaria para atender las necesidades escolares de los niños de la Unidad de Hematología y Oncología Pediátrica. Los profesionales que trabajan en este proyecto hacen posible que estos niños puedan seguir estudiando durante el transcurso de su enfermedad.



El Aula Hospitalaria Hélade lleva trabajando desde comienzos de año para facilitar la adaptación escolar de los niños con cáncer.

En tan sólo cuatro meses, el Aula Hospitalaria instalada en la Unidad de Hematología y Oncología Pediátrica del Hospital Universitario Madrid Montepríncipe ha recibido los halagos tanto de los padres como de los niños que participan en ella. Un equipo formado por cuatro profesionales ha logrado que los menores que reciben tratamiento dentro de esta unidad puedan recibir apoyo escolar durante el transcurso de su enfermedad.

Equipo humano

Ángeles Padilla, profesora del colegio Hélade de Boadilla del Monte, en Madrid, explica que el equipo de esta Área Hospitalaria está formado por cuatro personas: "Tenemos un especialista en educación infantil; otro en primaria y audición y lenguaje; un especialista en secundaria; en ciencias, y hay un psicólogo educativo que, además, da apoyo en las asignaturas de letras en secundaria y bachillerato".

La labor realizada por este equipo de profesionales aborda diversas cuestiones. Así, Ángeles Padilla indica que, por un lado, "se está trabajando en el hospital,

y dentro del mismo se están dando clases tanto a nivel individual a cada uno de los niños, como en grupo". En su opinión, el cáncer pediátrico es "una enfermedad larga en el tiempo; los niños pasan muchos periodos en casa, y muchos periodos en el hospital, y cuando se incorporan al colegio tienen lagunas muy importantes; nosotros lo que hacemos es trabajar esas lagunas".

En este sentido, la profesora del colegio Hélade explica que en lo que se refiere a la atención individual de los niños, lo que se hace es "trabajar con adaptaciones curriculares, es decir, lo que hacen en clase, aunque también se insiste en las técnicas de estudio y se enseña a los niños a estudiar y a reforzar conocimientos".

Dependiendo del estado de salud del niño en cada momento, los profesores que integran este Aula Hospitalaria imparten las clases bien en el hospital o incluso en el domicilio del pequeño. En este último caso, Ángeles Padilla explica que la frecuencia entre clases varía "en función de cómo esté el niño, ya que muchas veces no tiene ganas de hacer nada. "Aun-

que si el niño quiere que trabajemos con él, vamos", especifica.

Otra de las vías de trabajo que emplean los profesionales que integran este equipo está vinculada directamente con los colegios de donde proceden los niños. Así, Ángeles Padilla describe que, en primer lugar, "se hace una entrevista en el colegio, con la tutora, y se ve la progresión y las adaptaciones curriculares de cada uno de los niños".

Para ella, un aspecto que diferencia a esta Área Hospitalaria de otras que actúan en hospitales públicos es, precisamente, el hecho de que "se trabaja también con el colegio, preparando a la gente para que reciba al niño cuando vuelve a las clases". Además de hacerles entender a los pequeños "que no pasa nada, y que al niño se le ha caído el pelo por la medicina que toma, también se le explican determinadas cosas a los tutores", señala Ángeles Padilla. En definitiva, se pretende que "el niño pase un periodo de adaptación bueno, pero que también lo pase su clase", aclara.

Gran acogida

Otro aspecto importante señalado por esta profesional es el hecho de que este programa educativo ha tenido "una gran acogida entre los niños, debido a que ellos lo ven como un factor más de entretenimiento". Si bien es cierto que Ángeles Padilla reconoce que el primer día que se empezó a trabajar en el Hospital Universitario Madrid Montepríncipe la gente iba con mucho miedo, "luego las cosas se han ido haciendo solas". En definitiva, señala que ha sido "un proyecto muy fácil, en el sentido de que se ha dejado que la unidad y el espíritu de esa unidad invadiera a todo el mundo, logrando que la acogida de esta Aula Hospitalaria haya sido muy buena y muy bonita".

A. Martín
Tu salud

H. UNIVERSITARIO MADRID MONTEPRÍNCIPE

IBM hace que los niños se diviertan con ordenadores infantiles

Gracias a la colaboración de la empresa tecnológica IBM España con el Hospital Universitario Madrid Montepríncipe, los niños que acuden a la Unidad de Hematología y Oncología Pediátrica de este hospital pueden utilizar una atractiva herramienta informática, el KidSmart, que les ofrece la posibilidad de jugar cuando acuden a consulta en el Hospital de Día.

Tal y como explica Belén Perales, encargada del área de Responsabilidad Social Corporativa (RSC) de IBM, la idea surgió cuando la doctora Blanca López-Ibor, directora de la citada unidad, se puso en contacto con los responsables de IBM. "Ella conocía nuestros pupitres KidSmart y le parecían muy adecuados para los niños de la Unidad de Hematología y Oncología Pediátrica del Hospital Universitario Madrid Montepríncipe". Estos pupitres son "unos centros informáticos de aprendizaje especialmente diseñados para niños de 3 a 6 años que les ofrecen la oportunidad de, a través de la tecnología, aprender jugando", aclara Perales.

El KidSmart ofrece a los niños la oportunidad de aprender jugando a través del uso de la tecnología "

KidSmart

Los KidSmart, por tanto, están ya instalados en el área de Oncología Pediátrica del Hospital Universitario Madrid Montepríncipe y "están siendo utilizados por los niños que pasan por allí diariamente para recibir sus tratamientos ambulatorios o para realizar sus revisiones periódicas", aclara la portavoz de IBM. Desde la Unidad de Hematología y Oncología Pediátrica se ha constatado que los KidSmart son "la herramienta más demandada y que, por tanto, siempre está ocupada por algún niño". En este sentido, también desde la Unidad se confirma que el fácil manejo de esta herramienta informática hace que los pequeños no tengan ningún problema para utilizarla.

Además de los KidSmart, esta empresa tecnológica también ha cedido a este hospital una serie de ordenadores portátiles que "serán utilizados por los chicos de más edad que acuden al hospital por los mismos motivos", señala Belén Perales.

El objetivo, por tanto, de esta colaboración no es otro que lograr que los niños que deben seguir tratamientos médicos en el hospital "estén entretenidos, olvidando en la medida de lo posible su enfermedad. Y si además de pasarlo bien, aprenden, muchísimo mejor", explica la encargada de RSC de IBM. De esta manera, Belén Perales explica que el reto de su compañía, a través de sus proyectos de acción social, es "facilitar el acceso a la tecnología a colectivos que, por circunstancias variadas, tienen dificultad para acceder a la misma".

Valoración positiva

Un claro ejemplo de este tipo de proyectos ha sido el programa KidSmart de Educación Infantil, que se puso en marcha en 2001. Desde ese momento, han sido numerosos los colegios y hospitales de todo el territorio nacional que se han ido incorporando al mismo, "siendo la valoración de los usuarios (niños, profesores/educadores y padres) muy positiva", resalta Belén Perales. Una opinión similar se tiene desde la Unidad de Hematología y Oncología Pediátrica de este centro hospitalario, cuyos representantes insisten en el hecho de que esta iniciativa "no ha podido tener más éxito, y prueba de ello es que los niños están apasionados con el uso de estos ordenadores".

Finalmente Belén Perales afirma que, desde IBM, "la gente está muy satisfecha de poder contribuir de una forma activa a integrar la tecnología en la sociedad, y más concretamente, en el caso de la colaboración con el Hospital Universitario de Madrid, de hacer un poco más felices a los niños que pasan por allí".

A. Martín
Tu salud

Dr. François Peinado Ibarra. Urólogo del Hospital Universitario Montepíncipe de Madrid

¿'Spam' o 'correo basura'?

El 96% de los correos enviados en 2007 fue 'correo basura'

El tema del 'correo basura' suscita gran cantidad de preguntas, por lo que en sucesivos números daremos una serie de breves indicaciones para evitarlo. Se llama *spam* o 'correo basura' a los mensajes no solicitados, habitualmente de tipo publicitario, enviados en cantidades masivas y que perjudican, de una u otra manera, al receptor.

Historia

Aunque se puede hacer por distintas vías, la más utilizada entre el público en general es la basada en el correo electrónico. El 'correo basura' mediante el servicio de correo electrónico nació el 5 de marzo de 1994. Este día una firma de abogados de Canter and Siegel, publica en Usenet un mensaje de anuncio de su firma legal, el cual, en el primer día después de la publicación, facturó cerca de 10.000 dólares por casos de sus amigos y lectores de la red. Desde este momento, el marketing mediante correo electrónico ha crecido a niveles impensados desde su creación.

El origen de la palabra *spam*

tiene raíces estadounidenses con unas curiosas derivaciones socioculturales: la empresa charcutera estadounidense Hormel Foods lanzó en 1937 una carne en lata originalmente llamada Hormel's Spiced Ham. El gran éxito del invento lo convirtió con el tiempo en una marca genérica llegando el fabricante a recortar su nombre, dejándolo con sólo cuatro letras: Spam.

En los años setenta, el grupo británico de humoristas Monty Python empezó a hacer burla de la carne en lata. Su divertidísima costumbre de gritar la palabra *spam* en diversos tonos y volúmenes se trasladó metafóricamente al correo electrónico no solicitado.

El 96 por ciento de los correos enviados en 2007 fue 'basura', y Europa se ha coronado como el rey del *spam*, siendo el lugar del mundo donde se genera más 'correo basura'. De hecho, un 44 por ciento del odio *spam* proviene del Viejo Continente, según datos de la empresa de seguridad informática Symantec. El continente se ha ganado el galardón a pulso: en

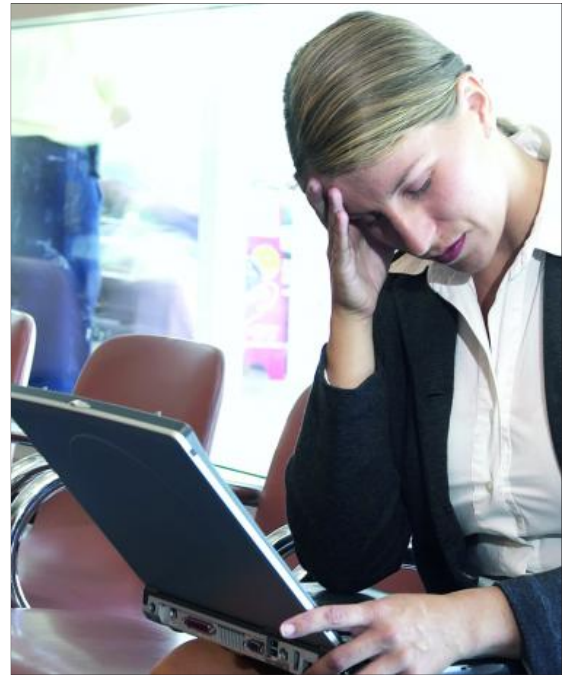
los últimos tres meses la situación era desfavorable para Estados Unidos, que encabezaba la clasificación con un 46 por ciento de emisión de *spam* frente a un 30 por ciento por parte de Europa.

Sin embargo, la implantación de la banda ancha ha hecho dar un vuelco a la situación: Estados Unidos ha disminuido sus cuotas de emisión de *spam* hasta el 35,1 por ciento, pero Europa ha incre-

El 96 por ciento de los correos enviados en 2007 fue 'basura', y Europa se ha coronado como el rey del spam, siendo el lugar del mundo donde se genera más 'correo basura'

mentado su ritmo de producción de forma escandalosa.

España se sitúa en el puesto número 14 del *ranking*, con un 2 por ciento del total de los correos electrónicos emitidos a



nivel mundial. En estos momentos, los *spammers* o generadores de correo basura han comenzado a aprovechar los ordenadores mal protegidos en Sudamérica y África.

Causas

Las causas de la fuerte presencia de emisores de *spam* en Estados Unidos y Europa son el creciente número de ordenadores y el incremento de proveedo-

res de servicios de Internet que ofrecen accesos baratos, de los cuales no todos han tomado las medidas adecuadas para prevenir estas actividades.

El 70 por ciento del *spam* de los últimos tres meses del pasado año tenía contenidos sexuales y más de un 10 por ciento estaba relacionado con la venta de productos farmacéuticos, en particular de fármacos relacionados con la disfunción érectil.



Encuentro con los pacientes en la vanguardia de la medicina

Los medicamentos más innovadores son nuestra principal prioridad: abren nuevas fronteras en el campo del cuidado de la salud y cubren necesidades no satisfechas. Pero ningún paciente es exactamente igual a otro. Por eso en Novartis vamos más allá de los últimos medicamentos ofreciendo tratamientos preventivos, alternativas con medicamentos genéricos y programas de acceso a medicamentos.

IV Convocatoria

PREMIOS DE INVESTIGACIÓN A LOS MEJORES TRABAJOS DE MEDICINA TRASLACIONAL

La FUNDACIÓN HOSPITAL de MADRID convoca 2 premios al mejor trabajo de investigación, con el deseo de reconocer la labor científica desarrollada en los distintos ámbitos de la Medicina Traslacional.

LAS ÁREAS PREFERENTES SON: Cardiovascular, Neurociencias y Oncología.

PLAZO DE INSCRIPCIÓN: Hasta 15 de mayo de 2008

DOTACIÓN ECONÓMICA: 6.000€ por premio

informate sobre las bases en:
www.fundacionhm.com

Teléfono de información:
912675004