

<b>HEMEROTECA</b>	<b>HEMEROTEKA</b>	<b>2</b>
<b>ACTIVIDAD COLEGIAL</b>	<b>ELKARGOAREN JARDUNA</b>	<b>4</b>
ASESORÍA JURÍDICA	AHOLKULARITZA JURIDIKOA	
<b>EUSKARA</b>	<b>EUSKARA</b>	<b>8</b>
DELIRIUM TREMENS DELAKOAREN ETIOPATOGENIAZ	DELIRIUM TREMENS DELAKOAREN ETIOPATOGENIAZ	<b>10</b>
MEDIKUNTZAKO LEXIKOA (LIX)	MEDIKUNTZAKO LEXIKOA (LIX)	
<b>ENTREVISTA</b>	<b>ELKARRIZKETA</b>	<b>18</b>
RAFAEL BENGOA: HA LLEGADO EL MOMENTO DE MODIFICAR EL ACTUAL MODELO SANITARIO	RAFAEL BENGOA: GAUR EGUNGO EREDU SANITARIOA ALDATZEKO UNEA IRITSI DA	
<b>NOTICIAS</b>	<b>BERRIAK</b>	<b>22</b>
"VIVE CAMINANDO"	"OINEZ BIZI"	
<b>ACTUALIDAD</b>	<b>GAURKO GAIA</b>	<b>24</b>
INVESTIGACIÓN EN EL IIS BIODONOSTIA	IKERKETA BIODONOSTIA IISan	
<b>OCIO</b>	<b>AISIA</b>	<b>30</b>
GASTRONOMÍA Y SALUD	GASTRONOMIA ETA OSASUNA	
<b>VARIOS</b>	<b>BESTELAKOAK</b>	<b>31</b>
ALTAS Y BAJAS	ALTAK ETA BAJAK	<b>31</b>
NECROLÓGICAS	NEKROLOGIKOAK	

**Presidente:**  
**Lehendakaria:**  
Enrique Tellería

**Consejo de redacción:**  
**Erredakzio-batzordea:**

Jabier Agirre, Arantza Aranburu, Josu Beitia, Fidel Egaña,  
Joseba Landa, Eduardo Ramos, Coro Eceiza, Agustín Nogués,  
José M<sup>a</sup> Urkia, Gabriel Zubillaga.

**Han colaborado en este número:**

**Ale honetan parte hartu dute:**

Jon Pellejero, Román Garmendia, Víctor Rubio,  
Nerea Egués, Julián Bereciartua.

**Recogida de artículos e información:**  
**Artikuluuen bilketa eta argibideak:**

P<sup>o</sup> de Francia, 12  
Tel. 943 27 63 00 (Sta. Elena Irazusta andereñoa)

**Depósito Legal:**  
**Lege Gordailua:**  
SS. 1025/94



Guipúzcoa Médica-Medikuen Ahotsa es una publicación trimestral del Colegio Oficial de Médicos para ser distribuida gratuitamente entre sus colegiados.

El Colegio Oficial de Médicos no se hace responsable de las opiniones de sus colaboradores.

Su opinión queda reflejada en el Editorial.

La reproducción parcial o total de los artículos incluidos, sólo podrán hacerse previo consentimiento de el/los autor/es del mismo.

La Publicación está abierta para la participación de todos los Colegiados.

Guipúzcoa Médica - Medikuen Ahotsa, Gipuzkoako Sendagileen Elkartek bere kideentzat hiru hilabeteetan behin argitaratzen duen aldizkaria da.

Gipuzkoako Sendagileen Elkartek ez du bere gain hartzen editorialetik kanpo idatzitakorik.

Artikulu bat edo honen zati bat erreproduzitu nahi bada, bere egile/en baimenarekin egin beharko da.

Argitalpena Kolegiatu guztiek parte hartzeko irekita dago.

# Resúmenes de publicaciones recientes

Dr. Gabriel Zubillaga

## 1 LA DEMENCIA AVANZADA ES UNA ENFERMEDAD TERMINAL

En 323 pacientes de 22 Residencias de ancianos en un período de 18 meses desarrollaron Neumonía 41%, 53% procesos febriles, 86% trastornos de deglución y 55% murieron. Dolor, disnea, decúbitos, y aspiración fueron frecuentes. Entre los que murieron 41% recibieron excesivas actuaciones como hospitalizaciones, alimentación por sonda, terapia parenteral los 3 meses previos. 25% se enviaron a paliativos. Pocos familiares, sólo 18%, conocía el grave y mortal pronóstico de los enfermos.

*Mitchell SL y cols. N Engl J Med 2009; 361: 1529.*

## 2 HOSPITAL A DOMICILIO PARA ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA (ICC)

101 Pacientes con edad media 81 años con ICC fueron randomizados la mitad a tratamiento domiciliario, el resto hospital. Recibieron tratamiento y pruebas diagnósticas similares en ambos. A los 6 meses, la mortalidad fue del 15% en ambos grupos. Reingresos hospitalarios fueron del 17% en los del domicilio y 34% en los hospitalizados. En el hogar se deprimieron menos, mejor nutrición, y mejor calidad de vida. En este estudio el coste era menor en el domicilio.

*Tibaldi V y cols. Arch Intern Med 2009; 169: 1569.*

## 3 EL OMEPRAZOL Y SIMILARES AUNQUE REDUCEN ALGO LA ACTIVIDAD DEL CLOPIDOGREL, NO TIENE RELEVANCIA CLINICA ESE EFECTO

En un extenso estudio de 13.608 pacientes que recibieron Clopidogrel o Plasugrel no hubo diferencia en eventos cardiovasculares con omeprazol.

*O'Donoghue ML y cols. Lancet 2009; 374: 989.*

## 4 EL USO DE ANALGESICOS (PARACETAMOL MENOS DE 3 GM O AINES A DOSIS BAJAS) NO SE ASOCIA CON PROBLEMAS EN CIRROTICOS

*Khalid SK y cols. Clin Gastroenterol Hepatol 2009; 7: 994.*

## 5 LA CREMA DE DICLOFENACO SIRVE PARA ALIVIAR EL DOLOR DE LA ARTROSIS DE MANOS Y RODILLAS

Aplicados 4 veces diarios durante 8 semanas. En 385 pacientes randomizados con placebo. En 5% de recipientes se producía dermatitis y 2% en placebo.

*Altman RD y cols. J Rheumatol 2009; 36: 1991.*

## 6 UN NUEVO RETROVIRUS SE ASOCIA CON LA FATIGA CRONICA

Un retrovirus XMRV se aísla en 67% de pacientes con fatiga crónica y sólo está en el 4% de los controles sanos. Este hallazgo no es prueba de causalidad. Cuando células infectadas se ponían en contacto con no infectadas, éstas se infectaban.

*Lombardi VC y cols. Science 2009; <http://dx.doi.org/10.1126/science.1179052>.*

## 7 LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA CON TMP-SMZ EN NIÑOS CON INFECCIONES URINARIAS RECURRENTES ES EFICAZ

Otros estudios anteriores no habían demostrado esto. Este estudio en 576 niños con reflujo vesico-ureteral grados 3-4 ha demostrado ser mejor que placebo. Aún, se desconoce si preserva la función renal años más tarde.

*Craig JC y cols. N Engl J Med 2009; 361: 1748.*

## 8 LOS CUMPLIDORES DE ANTIHIPERTENSIVOS TIENEN LA MITAD DE RIESGO CARDIOVASCULAR ULTERIOR QUE LOS MALOS CUMPLIDORES

En un estudio italiano de 19.000 pacientes con hipertensión y seguidos durante 5 años, los buenos cumplidores tenían casi un 40% menos riesgo cardiovascular que los malos cumplidores. Animar a cumplir los tratamientos.

*Mazzaglia G y cols. Circulation 2009; 120: 1598.*

## 9 EL INICIO DE ANTICOLINERGICOS PUEDE DESENCADENAR RETENCION URINARIA

Era sabido, pero el mayor uso actual de tolterodina, oxybutinina para vejiga inestable ha demostrado en atención primaria de 2000 varones en Inglaterra que el primer mes de inicio de estos fármacos puede precipitar un episodio de retención aguda de orina hasta en un 7 por 1000 personas-año en sujetos mayores de 80 años. No se produce con anticolinérgicos intestinales ni antiparkinsonianos.

*Martín-Merino E y cols. J Urol 2009; 182: 1442.*

## 10 GENTE MAYOR QUE LLEVA GAFAS MULTIFOCALES TIENE MAYOR RIESGO DE CAERSE CON OBSTACULOS EN EL SUELO

La visión con la parte inferior de la lente multifocal aparece borrosa y la sensación de profundidad afectada. Hicieron un experimento con 15 sujetos mayores de 65 años para confirmarlo y lo ratificaron.

*Menant JC y cols. J Am Geriatr Soc 2009; 57: 1833.*

## 11 LA COMBINACION ANTIAGREGANTES MAS ANTICOAGULANTES INCREMENTA MUCHO EL RIESGO DE SANGRADO

Hay indicaciones para cada una de ellas, pero la combinación doble o triple de ellas, que tanto se prodiga recientemente, conduce a hemorragias. Un estudio danés de 40.000 adultos multiplicaba el riesgo hemorrágico por 4 cuando se asocian todas ellas. El número necesario para iatrogenia era tan bajo como 12 sujetos. Los que sangraban incrementaban la frecuencia de nuevos infartos de miocardio y la mortalidad.

*Sorensen R y cols. Lancet 2009; 374: 1967.*

## 12 LAS INYECCIONES DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS NO SON EFICACES EN LAS TENDINOPATIAS DEL TENDON DE AQUILES

Dolor en el tendón e hinchazón se producen en tendinopatías degenerativas y no son inflamatorias. Descanso, AINEs y fortalecer el tendón han sido la terapias más útiles. A veces, son más refractarias y se ha hecho más popular la inyección de factores de plasma en las mismas. Un estudio de 54 pacientes holandés no ha mostrado mejoría a las 24 semanas de tratamiento, comparado con suero salino inyectado.

*De Vos RJ y cols. JAMA 2010; 303: 144.*

## 13 RIESGO DE RECURRENCIA DE SINCOPE MIENTRAS SE CONDUCE

La probabilidad de tener otro episodio sincopal conduciendo acumulado en 8 años era del 7% si habían tenido un episodio de síncope mientras se conducía previamente.

*Sorajja D y cols. Circulation 2009; 120: 928.*





**"CUIDAMOS DE SU SALUD"**

**Desde 1921**

Paseo Ubarburu, 11 trasera  
20014 DONOSTIA-SAN SEBASTIAN  
Tel. Oficina: 943 46 31 36  
Fax: 943 45 59 15  
coordinacion@ambulanciasmaiz.com

**URGENCIAS: 943 46 33 33**

**24 horas a su disposición**  
**Servicios privados**  
**Seguros**

En colaboración con el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco

**Osakidetza**  
Servicio vasco de salud




REGISTRO PUBLICIDAD SANITARIA N° 6009



# Consentimiento informado: Menor de edad (I)

## I - INTRODUCCIÓN

En otras ocasiones nos hemos referido a la necesidad del Consentimiento Informado, obligación que se encuentra recogida en de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica; sin embargo en esta ocasión nos referiremos al supuesto de los menores de edad.

El Consentimiento Informado presupone que el informado, que el paciente comprende el significado y alcance de las diferentes opciones que se presentan ante su estado de salud, que reúne una serie de habilidades y facultades que le permiten comprender el alcance de la intervención médica que se va llevar a cabo, es decir, el alcance de la decisión que va tomar.

Pero en el caso de los menores de edad el legislador considera que las facultades de comprender y consentir no existen o están disminuidas, exigiéndose que en estos casos la decisión sea tomada por los padres o tutores del menor; así en el artículo 9.3.C) y D) de la Ley 41/2002 se establece:

**Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.**

**3.- Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:**

**c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.**

**4.- La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.**

Atendiendo a lo dispuesto la legislación, en el presente artículo nos referiremos a la capacidad de obrar de los pacientes menores de edad, a su capacidad para ejercer los derechos sanitarios de los que es titular y a la toma de decisiones sobre actos que afectan a su salud; debiéndose adelantar que lo establecido en el ordenamiento jurídico no es tan claro como hubiese sido deseable de cara a la seguridad jurídica del médico.

La actuación médica que se presta habitualmente en atención primaria no plantea mayores problemas desde el punto de vista jurídico y legal, puesto que en estas actuaciones se presume un consentimiento tácito que legitima la actuación del médico.

El problema se puede presentar cuando la intervención médica es más relevante y requiere una actuación directa sobre el cuerpo del menor; es en estos supuestos donde adquiere relevancia el consentimiento del paciente menor de edad.

## II - MARCO LEGAL

El ordenamiento jurídico actual nos obliga a compatibilizar diferentes normas, especialmente:

### A) Normativa Internacional

- 1- "Convenio de Oviedo"; Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y dignidad del ser humano, especialmente el artículo 6.2 del mismo.
- 2- Convención de los Derechos del Niño de 20 de noviembre de 1989, fundamentalmente el artículo 14.

### B) Normativa Estatal

- 1- Constitución, artículos 15-16.
- 2- Código Civil, artículos 162-322-323



- 3- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
- 4- Ley Orgánica 1/1996, de 15 enero de Protección Jurídica del Menor
- C) Normativa Autonómica: Euskadi
- I- Ley 3/2005, de 18 febrero de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia del País Vasco.

***A lo que debemos añadir la Sentencia del Tribunal Constitucional 154/2002 de 18 de julio, en la que se interpretan todas estas normas sobre la capacidad del menor.***

### III - CUESTIONES QUE SE PLANTEAN ANTE EL MARCO LEGAL EXISTENTE

Las normas civiles establecen de forma general el régimen jurídico general de la capacidad de obrar del menor de edad, pero el problema deriva que en no existe una única manifestación de la capacidad de obrar del menor, del menor de 18 años. En el Código Civil existen diferentes tratamientos del menor de edad, dependiendo del tipo de actuaciones que se pretendan realizar por el mismo.

De conformidad al Código Civil la regla general es que la capacidad de obrar se adquiere de forma automática con la mayoría de edad, con los 18 años (art. 315 del Código Civil), y a partir de dicho momento se es capaz para todos los actos de la vida civil.

Aunque también se debe señalar que existen excepciones en los que se exige una edad mayor, como es el caso de las adopciones donde se exige la edad de 25 años (artículo 175 del Código Civil); pero del mismo modo la edad para actuar también es rebajada en otros supuestos como en el supuesto para contraer matrimonio con autorización judicial o para poder testar a los 14 años (artículos 48 y 663 del Código Civil).

A lo que se debe añadir lo dispuesto en los artículos 317 y 323 del Código Civil que establecen que a partir de los 16 años quien esté emancipado puede regir su persona y bienes como si fuera mayor de edad, aunque también existe una serie de limitaciones al respecto.

Pero volviendo a la norma general, la mayoría de edad se adquiere con los 18 años, pero hasta entonces los padres o tutores del menor son quienes **completan la falta de capacidad del**

***menor, con excepción de los actos relativos a derechos de personalidad o aquellos que el menor de acuerdo con las leyes y su condición de madurez pueda realizar por sí mismo (artículo 162 del Código Civil); Y EN PRINCIPIO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO SERÍA PARTE DE ESTOS DERECHOS PERSONALÍSIMOS QUE EL MENOR PUEDE EJERCER POR SÍ MISMO.***

Y como se ha podido ver con anterioridad el ordenamiento jurídico general, la legislación civil, ***gradúa la capacidad del menor de edad según la naturaleza y relevancia de los actos a realizar; y esta es la opción adoptada también en la legislación sanitaria.***

Sin embargo la normativa civil excluye que los padres completen o sustituyan la capacidad de los menores para actos relativos a derechos de la personalidad, siempre que así se establezca en las leyes y de conformidad a la condición de madurez del menor.

Y es a partir de esta circunstancia cuando algunos autores interpretan que esta legislación establece que la capacidad general del menor se establece de conformidad a su capacidad natural, es decir, que si un menor tiene capacidad intelectual y emocional para tomar una decisión y no se encuentra imposibilitado para manifestar su voluntad, ***sólo su consentimiento podrá legitimar la actuación médica; la elección de un tratamiento médico o la negativa al mismo no debería ser suplida por los padres, puesto que el acto de autorizar una actuación en la integridad física del menor es un ACTO PERSONALÍSIMO, que formaría parte del DERECHO DE PERSONALIDAD.***

Ante esta situación, correspondería en el caso concreto comprobar la capacidad natural del menor, ***lo que da lugar a que se deje en manos del médico la responsabilidad si el menor está capacitado o no para prestar el consentimiento informado, de determinar si el menor es capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de la intervención.***

Se puede manifestar que la tendencia de otorgar mayor reconocimiento, autonomía y capacidad al menor resulta muy poco compatible con la seguridad jurídica que debe envolver la actuación del médico; puesto que será el médico quien deberá decidir si el menor se encuentra capacitado o no para tomar una decisión desde el punto de vista médico, decisión que podría tener



consecuencias para el médico desde el punto de vista legal.

**Y para tratar de solucionar esta autonomía que se pretende dar al menor y tratar de solucionar la incertidumbre jurídica que se crea en la actuación de los médicos al tener que decidir cuando un menor se encuentra capacitado, la Ley 41/2002 establece una denominada "mayoría de edad sanitaria" a los 16 años, aunque con una serie de importantes excepciones.**

La redacción del anteriormente citado artículo 9.3.c) de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, **debería haber sido más clara de cara a la actuación del profesional sanitario.** Dicho artículo se puede interpretar en el sentido que el legislador ha querido graduar la capacidad sanitaria del menor en función de su grado de madurez y también en función de la importancia de la intervención.

Por el legislador se establece una regla general:

**A partir de los dieciséis años se encuentra legalmente capacitado para tomar decisiones médicas.**

Este es la única red de seguridad jurídica que se ha puesto a los profesionales médicos, lo demás queda en la opinión y valoración del médico sobre la capacidad del menor; debiendo decidir si el menor está capacitado intelectual y emocionalmente para comprender el alcance de la actuación médica que se va a realizar. Pero incluso a esta regla general de los dieciséis años o ante un menor emancipado el legislador ha impuesto una serie de **restricciones**:

a) Cuando se trate de actuaciones de **grave riesgo** los padres deberán ser informados y su opinión será tenida en cuenta; **por lo que en este caso también nos encontramos que se vuelve a dejar todo en manos del médico la decisión**, puesto que el médico en los casos de una actuación de grave riesgo también deberá decidir si se debe informar a los padres.

b) Se deberá tener más de 18 años para (art. 9.4 Ley 41/2002):

- Supuestos de interrupción del embarazo<sup>(1)</sup>;
- Práctica de ensayos clínicos;
- Práctica de técnicas de reproducción asistida;

Ante todo lo cual, con la excepción que se recoge en el apartado a), se seguirá dejando a la valoración del médico decidir si la decisión y voluntad del paciente de dieciséis años es suficiente, si su consentimiento informado es suficiente o no.

Pero lo no se queda ahí el legislador, en los dieciséis años se presupone la capacidad del paciente, pero cuando es menor de dieciséis años el apartado c) establece que el consentimiento de los padres es necesario "cuando el menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención"; a sensu contrario se puede interpretar que **cuando el menor sea capaz emocional e intelectualmente de comprender el alcance de la intervención no será necesario el consentimiento de los padres o representante legal del menor.**

**Y este es el criterio que parece defender el Tribunal Constitucional en la Sentencia 154/2002 de 18 de julio sobre la capacidad del menor.**

**Por lo que al final se trata de diferir la responsabilidad en otra persona, no en el legislador o en los padres o en el paciente menor de edad, sino en el médico, dejando que sea el profesional sanitario quien asuma la responsabilidad y decida si el menor es capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de la intervención.**

Ante esta situación son evidentes las dudas que se plantean y que obligan a realizar una interpretación conjunta de todo ordenamientos, el internacional, el civil y el sanitario, e interpretarse a la luz de la Sentencia del Tribunal Constitucional, puesto que lo que se logra es poner al médico ante una falta de seguridad jurídica; lo que haremos en el siguiente capítulo del presente artículo, pero debiéndose adelantar que debe prevalecer el sentido común, el interés de los menores y que los menores deben ser escuchados, puesto que no parece posible y además no sería deseable que el ordenamiento jurídico diese respuesta a todas estas cuestiones que tienen tan íntima relación con la personalidad humana.

(1) Actualmente está en tramitación el Proyecto de Ley 121/2009/000041, de 26 septiembre, Proyecto de Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, y según la redacción de dicho proyecto, del apartado 4 del artículo 9 se elimina la interrupción del embarazo.





CITROËN

**Ibaeta Motor, S.A.**  
Concesionario CITROËN

IBAETA - DONOSTIA/SAN SEBASTIAN  
943 31 60 20 - Fax: 943 21 84 57  
[www.ibaetamotor.citroen.es](http://www.ibaetamotor.citroen.es)





# Delirium Tremens delakoaren etiopatogeniaz

ROMAN GARMENDIA MURUA Dk.

**P**sikiatryan gaude, zehazkiago esateko substantzien abusuagatiko trastornoetan, eta oraingoan alkoholak eragindako trastorno oso grabea, delirium tremens delakoa alegia. Nik trastorno horretaz dudatan teoria bat aditzera eman nahi dut lantxo honetan.

Nola agertzen dira haluzinazio horiek, non armiarmak ikusten diren norberaren gorputzean bueltaka, delirium handi batean? Galdera horri erantzun bat eman nahi diot. Hasteko gauza jakina da nola alkoholak eta barbiturikoak oso eragin antzekoak dituzten. Eta adituen artean, halaxe, bada esaten da nola alkoholak eragiten duen mozkorraldia dela mozkorraldi bustia, eta, aldiz, barbiturikoek eragindakoa dela mozkorraldi lehorra, barbiturikoak edari bezala ez direlako agertzen merkatuan, eta bai botika bezala, farmako bezala.

Dependentzia eragiten duten substantzien artean barbiturikoena da handienetakoa, eta abstinentsia sindromea ere heroinak eragiten duena baino askoz larriagoa da, hil ere egin daiteke gaixoa deshidrataturik. Eta dardaren artean izerditan blai egoten da, eta goragalea eta beherakoa ere baditu, eta arriskua dago egoera horretan deshidratatzeko eta, esan dudatan moduan, hiltzeko ere.

Alkoholaren abstinentsia sindromea ere oso grabea da, batez ere delirium tremens delakoa gertatuz gero. Horri guztiari erantzen zaizkio, kasurik larrienetan, haluzinazioak, non ikusten diren norberaren gorputzean bueltaka armiarmak eta holakoak. Eta orain artean inork ez daki, nik dakidala, zergatik den hori. Nik badut teoria bat horretaz, horren etiopatologiaz.

Bistan dago ezen edozeini ez zaiola gertatzen halako abstinentsia sindromea. Baten bat alkoholikoa dela diagnostikatzeko nahikoa da urtean hamalau bider mozkortzearekin. Horrek erakusten du ezen asko eta asko direla alkoholiko gure gizarte honetan, asteburuetan mozkortzearekin nahikoa delako. Baina mozkorraldi larriak, handiak, eduki behar dira, adibidez, bakarrik geratzeko hor bazterren batean, bazterren barregarri ere, eta ezin mugituz bertan geratu lo harriaren moduan. Eta bat baino gehiago, gutxi izan arren halakoak, bada geratu biltegi abandonatu

baten lekuren batean lo gau guztian. Normalean ezkongabeak izaten dira halako muturretara iristen direnak. Eta mozkorra horretara badabil, bakarrik eta makalekoak harrapatzen, bada sarri ere, edo behintzat askotan, lo egingo du halako bazterretan, eta nola mozkor baten loa den harriaren modukoa, hoztu ere egiten dela gaixoa, bada ez da arraroa behin baino gehiagotan esnatzerakoan zomorroak eta armiarmak ere uxatzen ibiltzea, beraren gorputzean bueltaka ibili direlako gauean hain leku apartatuetan eta abandonatuetan.

Baina mutur horretara iritsita ere alkoholik baldin badago hor jarraituko du gaixoa bere mozkorraldiekin abstinentsia sindromea gabe. Hori bai, halakoari gertatuko zaio, eta nik banuen bat ezagutu nire herri Soraluzen zeinari "siete porrones" esaten zioten, eta halakoari gertatzen zaio Shakespearek zioena mozkor handiengatik, hau da, berak ez du inor ezagutzen, baina bera denek ezagutzen dute. Beraz gizartearen zeharo baztertuak daude mozkortu handiak.

Eta orain dator nire teoria delirium tremens delakoaren etiopatologiaz. Horiek pasatua izan behar da gaixoa, garbi dago, eta egunen baten gerta dakiok alkoholik, "txikitorik", ez lortzea, ez geratzea, eta hor agertzen zaiola abstinentsia sindromea, barbiturikoen antzekoa dena, eta gainera haluzinazioekin, eta haluzinazio horiek dirateke, nire teoriaren arabera, nola etortze bat imajinaziora armiarmen oroimena bere gorputzaren gainean bueltaka, eta hor horrorea eta izua, handia izaten dena, duda izpirik gabe, eta gaixoa geratzen da zeharo espantatua eta lastua.

Gero etortzen da medikuen tratamendua eta alkoholari erabat lagatzea, tratamendua ondo badoa, baina halako espantu bat, nik ezagutzen dudatan hartan behintzat bai, sekula ez zaio joaten, ikaragarria baita abstinentsia sindromea hori, delirium tremens bezala ezagutzen dena, eta gero eta arraragoa dena.





La información más oportuna



# SERVICIO DE ALERTAS SMS

.....  
> INMEDIATEZ <

> SEGURIDAD <

> FLEXIBILIDAD <  
.....

Un Servicio útil y seguro  
SOLICÍTALO

**SERVICIO  
SMS BÁSICO  
GRATUITO**

## Medikuntzako lexikoa (LIX)

# ELECTROCARDIOGRAFIA (I)

**G**aur hasten den Elektrokardiografiari buruzko lexikoa Medikuaren Ahotsa-ren hurrengo bi aleetan ere agertuko da. **ELEKTROKARDIOGRAFIKO ATLASA** (Osakidetza, 2008) izeneko lan bikainean azaldutako kontzeptuak aldizkari honetan erabiltzeko emandako baimena bihotz-bihotzez eskertu nahi diot **Pedro Aierbe** adiskideak koordinatutako taldeari.



Ablación con radiofrecuencia.....	Irrati-frekuentzia bidezko erauzketa
Accidente cerebrovascular .....	Garuneko hodietako istripu
Acción de la adenosina .....	Adenosinaren eragin
Acción transmembrana.....	Mintzean zeharreko ekintza
Acelerar(se) las ondas.....	Uhinak azeleratu
Activación de las aurículas .....	Aurikulen aktibazio
Activación ventricular .....	Bentrikuluko aktibazio
Actividad cardiaca; actividad del corazón .....	Bihotzaren jarduera
Actividad de la aurícula.....	Aurikulako jarduera
Actividad del ventrículo.....	Bentrikuluko jarduera
Actividad eléctrica del corazón .....	Bihotzaren jarduera elektriko

Actividad intrínseca .....	Jarduera intrintseko
Administrar un fármaco.....	Farmako bat eman
Afectar a los canales.....	Kanalei erasan
Aislamiento eléctrico .....	Isolamendu elektriko
Alargamiento del intervalo .....	Tartearen luzapen
Alteración hidroelectrolítica.....	Alterazio hidroelektrolitiko
Alternancia del eje eléctrico.....	Ardatz elektrikoaren txandakatze
Ampliar el complejo; dilatar el complejo .....	Konplexua zabaltu
Ampliar el intervalo .....	Tartea luzatu
Ampliar la duración .....	Iraupena luzatu
Amplitud de las ondas (voltaje) .....	Uhinaren anplitude (boltaje)



Anillo mitral.....	(Balbula) mitralaren eraztun	Arteria coronaria izquierda.....	Ezkerreko arteria koronario
Anillo tricuspídeo.....	(Balbula) trikuspidearen eraztun	Arteria descendente.....	Beheranzko arteria
Antagonistas del receptor de la angiotensina.....	Angiotentsinareen hartzailearen antagonistak	Asa cerrada.....	Lakio itxi
Antiarrítmicos; fármacos antiarrítmicos.....	Antiarritmikoak; botika antiarritmikoak; arritmiaren kontrako farmakoak	Asistolia.....	Asistolia
Aplanamiento del segmento ST.....	ST segmentua lautzea	Atresia pulmonar.....	Birikako balbularen atresia; balbula pulmonarraren atresia
Aplanar(se) la onda T.....	T uhina lautu	Aumentar el automatismo.....	Automatismoa gehitu
Arritmia de esfuerzo.....	Esfortzuko arritmia	Aumento del voltaje.....	Boltajearen gehikuntza
Arritmia grave.....	Arritmia larri	Aurícula.....	Aurikula
Arritmia respiratoria.....	Arnas arritmia	Aurícula derecha, AD.....	Esquineko aurikula, EsA
Arritmia sincopal.....	Arritmia sinkopal	Aurícula izquierda, AI.....	Ezkerreko aurikula, EzA
Arritmia sinusal.....	Arritmia sinusal	Auriculo-ventricular, AV.....	Aurikulo-bentrikular, AB
Arritmia supraventricular.....	Arritmia suprabentrikular	Ausencia de onda.....	Uhinik ez da agertzen
Arritmia ventricular.....	Arritmia bentrikular	Bifurcación del haz de His.....	His-en balaren banaketa
Artefactos.....	Artefaktuak	Bigeminismo.....	Bigeminismo
Arteria coronaria.....	Arteria koronario	Biosensor.....	Biosentsore
Arteria coronaria circunfleja.....	Arteria koronario zirkunflexu (AKZ)	Bloqueo alto.....	Bloqueo altu
Arteria coronaria derecha.....	Esquineko arteria koronario	Bloqueo anterior de rama.....	Adarraren aurreko blokeo
Arteria coronaria descendente.....	Beheranzko arteria koronario	Bloqueo auricular común.....	Bloqueo aurikular arrunt
		Bloqueo auriculo-ventricular de 1 <sup>er</sup> grado.....	I. mailako blokeo aurikulo-bentrikular
		Bloqueo auriculo-ventricular, BAV.....	Bloqueo aurikulo-bentrikular, BAB

# UNIDAD DE VÉRTIGO

HOSPITAL QUIRON DONOSTIA  
Parque Alkolea, 7 - Tel.: 943 32 26 46  
20012 SAN SEBASTIAN

**DR. FERMIN MATELLANES**  
OTORRINOLARINGOLOGIA

CENTRO CLINICO DONOSTI  
Urbietta, 39, 1<sup>o</sup> izda. - Tel.: 943 47 18 85  
20008 SAN SEBASTIAN

- CRANEOCORPORGRAFIA DE CLAUSSEN
- VIDEONISTAGMOGRAFIA COMPUTERIZADA
- POSTUROGRAFIA
- POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL
- OTOEMISIONES ACUSTICAS

Bloqueo auriculo-ventricular de 2º grado, Mobitz 1 .....	2. mailako blokeo aurikulo-bentrikularra, Mobitz 1 tipokoa	Cara inferior .....	Beheko aurpegi
Bloqueo auriculo-ventricular de 2º grado, Mobitz 2 .....	2. mailako blokeo aurikulo-bentrikularra, Mobitz 2 tipokoa	Cara lateral (del ventrículo) .....	(Bentrikuluaren) alboko aurpegi
Bloqueo auriculo-ventricular de 3º grado; bloqueo completo .....	3. mailako blokeo aurikulo-bentrikular; blokeo oso	Cara miocárdica .....	Aurpegi miokardioko
Bloqueo bajo .....	Bloqueo baxu	Cara posterior .....	Atzeko aurpegi
Bloqueo bifascicular .....	Bloqueo bifaszikular	Cardiopatía congénita .....	Sortzetiko kardiopatía
Bloqueo cardíaco .....	Bihotz-bloqueo	Cardiopatía estructural .....	Kardiopatía estruktural
Bloqueo congénito .....	Sortzetiko blokeo	Cardiopatía hipertensiva .....	Kardiopatía hipertentsibo
Bloqueo de la rama derecha del haz de His; (BRDHH) .....	His-en balaren eskuineko adarraren blokeo; (HBESAB)	Cardiopatía isquémica .....	Kardiopatía iskemiko
Bloqueo de la rama izquierda del haz de His; (BRIHH) .....	His-en balaren ezkerreko adarraren blokeo; (HBEZAB)	Cardioversión eléctrica .....	Kardiobertsio elektriko
Bloqueo de rama avanzado .....	Adar-blokeo aurreratu	Caudal de sangre; débito sanguíneo .....	Odol-emari
Bloqueo de rama bilateral .....	Alde biko adar-blokeo	Causar la muerte .....	Heriotza eragin
Bloqueo de rama intermitente .....	Adar-blokeo intermitente	Ceder la taquicardia; terminar la taquicardia .....	Takikardia amaitu
Bloqueo de rama no avanzado o incompleto .....	Adar-blokeo ez-aurreratu edo ez-oso	Célula automática .....	Zelula automatiko
Bloqueo fascicular .....	Faszikuluaren blokeo	Célula cardíaca .....	Bihotzeko zelula
Bloqueo incompleto .....	Bloqueo ez-oso	Célula contráctil .....	Zelula uzkgarri
Bloqueo interauricular .....	Aurikulen arteko blokeo	Célula de los ventrículos .....	Bentrikuluetako zelula
Bloqueo posterior de rama .....	Adarraren atzeko blokeo	Central terminal .....	Zentral terminal
Bloqueo senoauricular .....	Bloqueo sinaurikular	Centro eléctrico del corazón .....	Bihotzaren erdigune elektriko
Bloqueo SA de 1er grado .....	1. mailako blokeo SA	Choque eléctrico .....	Shock elektriko
Bloqueo SA de 2º grado tipo 1 (Weckenbach SA) .....	2. mailako blokeo SA, 1 tipokoa (Weckenbach SA)	Ciclo cardíaco .....	Ziklo kardiako
Bloqueo SA de 2º grado tipo 2 .....	2. mailako blokeo SA, 2 tipokoa	Circuito de la arritmia .....	Arritmiaren zirkuitu
Bloqueo SA de 3º grado con escape nodal .....	3. mailako blokeo SA, ihes nodularrekin	Coagular(se) la sangre .....	Odola gatzatu
Bloqueo trifascicular .....	Bloqueo trifaszikular	Coágulo .....	Odolbildu
Bomba de calcio .....	Kaltzio-ponpa	Colocación de los electrodos .....	Elektrodoen kokapen
Bomba de sodio-potasio .....	Sodio-potasioaren ponpa	Complejo amplio .....	Konplexu zabal
Bradiarritmia .....	Bradiarritmia	Complejo de fusión .....	Bat-egite konplexu
Bradicardia .....	Bradikardia	Complejo QRS .....	QRS konplexu
Bradicardia sinusal .....	Bradikardia sinusal	Comunicación interauricular .....	Aurikulen arteko komunikazio; aurikula arteko komunikazio
Calcioantagonista; antagonista del calcio .....	Kaltzioaren antagonista; kaltzioantagonista	Comunicación interventricular .....	Bentrikuluen arteko komunikazio; bentrikulu arteko komunikazio
Cámara única; cavidad única .....	Barrunbe bakar	Conducción anterógrada .....	Aurreranzko eroapen
Cambio axial .....	Ardatzeko aldaketa	Conducción antidrómica .....	Eroapen antidromiko
Canal del sodio .....	Sodioaren kanal	Conducción auriculo-ventricular .....	Eroapen aurikulo-bentrikular
Canal iónico; canal de los iones .....	Ioien kanal	Conducción interauricular .....	Aurikulen arteko eroapen
Cancelar las fuerzas eléctricas .....	Indar elektrikoak ezeztatu	Conducción interventricular .....	Bentrikuluen arteko eroapen
Captar (la aurícula, el ventrículo) .....	Atzeman (aurikulak, bentrikuluak) nork	Conducción intraventricular .....	Bentrikulu barruko eroapen
Captar (un potencial) .....	Atzeman (potentziala) zer	Conducción ortodrómica .....	Eroapen ortodromiko
Captura .....	Atzemate	Conducción retrógrada .....	Atzeranzko eroapen
Captura auricular .....	Atzemate aurikular	Conducir a la aurícula .....	Aurikulara eroan
Cara anterior .....	Aurreko aurpegi	Cor pulmonale agudo .....	Cor pulmonale akutu
Cara apical .....	Aurpegi apikal	Corazón "punta adelante" .....	Bihotza "punta aurrerantz"
		Corazón "punta atrás" .....	Bihotza "punta atzerantz"
		Corazón derecho .....	Eskuineko bihotz
		Corazón horizontal .....	Bihotz horizontal
		Corazón sano .....	Bihotz sano; bihotz osasuntsu
		Corazón vertical .....	Bihotz bertikal
		Cortocircuito eléctrico .....	Zirkuitulabur elektriko
		Crecimiento auricular derecho, CAD .....	Eskuineko aurikularen hazkunde, EsAH
		Crecimiento auricular izquierdo, CAI .....	Ezkerreko aurikularen hazkunde, EzAH
		Crecimiento biauricular .....	Bi aurikulen hazkunde
		Crecimiento biventricular .....	Bi bentrikuluen hazkunde; hazkunde bibentrikular
		Crecimiento de las cavidades .....	Barrunbeen hazkunde



Crecimiento ventricular derecho, CVD...Eskuineko bentrikuluaren  
hazkunde, EsBH  
Crecimiento ventricular izquierdo, CVI...Ezkerreko bentrikuluaren  
hazkunde, EzBH  
Criterio morfológico.....Irizpide morfologiko  
Criterios de Brugada.....Brugada-ren irizpideak  
Criterio de Cabrera.....Cabrera-ren irizpide  
Criterio de Lewis.....Lewis-en irizpide  
Criterio de Sokolow y Lyon.....Sokolow eta Lyon-en  
irizpide  
Cuadrigeminismo.....Kudrigeminismo  
Cubeta digitalica.....Kubeta digitaliko; aska  
digitaliko  
Cúspide (de una onda).....Gailur (uhinarena)  
Deflexión intrínsecoide.....Deflexio intrintsekoide  
Degeneración a asistolia.....Asistoliarantz endekatze  
Degenerar en FV.....FBra endekatu  
Derivación anterior.....Aurreko deribazio  
Derivación bipolar.....Deribazio bipolar  
Derivación de las extremidades.....Gorputz-adarretako  
deribazio  
Derivación I.....I deribazio  
Derivación monopolar.....Deribazio monopolar  
Derivaciones precordiales.....Bihotz aurreko  
deribazioak  
Desaparecer con el esfuerzo.....Esfortuarekin desagertu  
Descarga de 360 julios (J).....360 jouleko (J-ko)  
deskarga  
Descender por el fascículo.....Faszikuluan barrena jaitsi

Descenso del segmento.....Segmentuaren jaitsiera  
Desfibrilación eléctrica.....Desfribilazio elektriko  
Desfibrilador.....Desfribiladore  
Desfibrilador bifásico.....Desfribiladore bifasiko  
Desfibrilador implantable.....Desfribiladore ezargarri  
Desfibrilador monofásico.....Desfribiladore  
monofasiko  
Despolarización del ventrículo.....Bentrikuluaren  
despolarizazio  
Despolarización precoz.....Despolarizazio goiztiar  
Desviación derecha del eje (eléctrico).....Ardatzaren eskuin  
desbideratze  
Desviación izquierda del eje (eléctrico).....Ardatzaren ezker-  
desbideratze  
Desviado a la derecha.....Eskuinera desbideratu  
Dextrorrotación; rotación horaria.....Destrorrotazio; erloju-  
orratzen zentzuko  
errotazio; erloju-orratzen  
zentzuko biraketa  
Diabetes mellitus.....Diabetes mellitus  
Difasismo.....Difasismo  
Dilatación (aumento de volumen).....Dilatazioa (bolumena  
gehitzea)  
Disfunción del nodo sinusal.....Disfuntzio nodo-sinusal;  
nodulu sinusalaren  
disfuntzio  
Disminución de la amplitud.....Anplitudearen  
beherakada  
Disminución de la velocidad.....Abiaduraren gutxitze

# AMBULANCIAS

## GIPUZKOA S.COOP.



En colaboración con el  
Departamento de Sanidad del  
Gobierno Vasco en la cobertura de  
atención medicalizada y  
emergencias.

Servicio de ambulancias de soporte  
vital avanzado y soporte vital  
básico.

La calidad, los mejores medios humanos y técnicos, para un servicio óptimo



AMBULANCIAS GIPUZKOA, S. COOP.  
Alto de Irurain (Bº Ergoien, s/n.)  
Apdo. 107  
20130 URNIETA (Gipuzkoa)

TELEFONOS **943 330 330\*** /  
943 55 49 62\*

Oficinas 943 55 60 66  
FAX 943 33 15 95

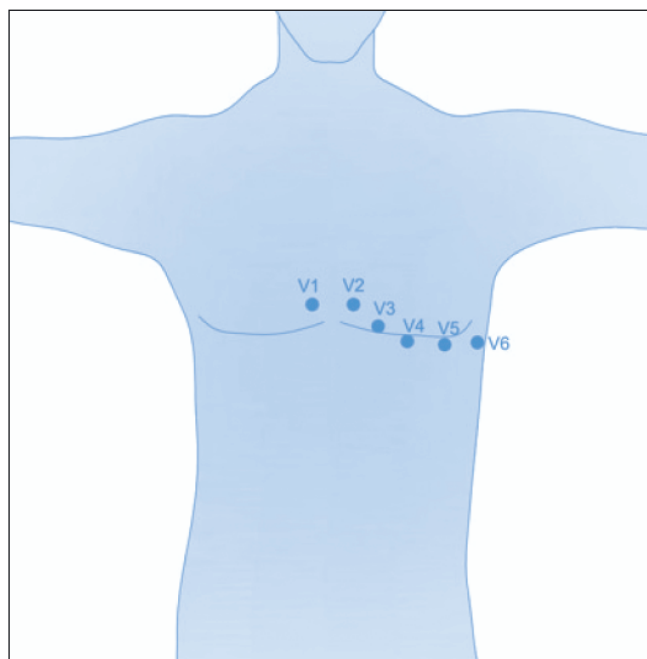
Servicio las 24 h. del día  
80 Ambulancias

15 años de experiencia  
140 profesionales en plantilla a su servicio

Abarcamos todo el territorio  
Asistencias nacionales e internacionales



MIEMBRO DE:  
E.O.G.E.  
Euskadiko Osasun Garraio Elkarte  
Asociación de Transporte Sanitario del País Vasco  
A.N.E.A.  
Asociación Nacional de Empresarios de Ambulancias



#### Elektrodoen kokapen

Disociación A-V; disociación auriculoventricular .....	Disoziazio AB; disoziazio aurikulobentrikular
Displasia arritmogénica.....	Displasia arritmogeniko
Distribución del fascículo.....	Balaren banaketa
Distrofia miotónica de Steinert.....	Steinert-en distrofia miotoniko
Duración de la onda.....	Uhinaren iraupen
Duración del complejo .....	Konplexuaren iraupen
Ecocardiograma .....	Ekokardiograma
Eje de la derivación.....	Deribazioaren ardatz
Eje de la onda.....	Uhinaren ardatz
Eje eléctrico.....	Ardatz elektrikoa
Eje inferior.....	Behoko ardatz
Electrocardiógrafo; aparato de registro.....	Elektrokardiografo; erregistroko gailu
Electrocardiograma, ECG .....	Elektrokardiograma, EKG
Electrodo.....	Elektrodo
Electrodo anterior.....	Aurreko elektrodo
Electrodo auricular.....	Aurikulako elektrodo
Electrodo de las extremidades .....	Gorputz-adarretako elektrodo
Electrodo periférico .....	Elektrodo periferiko
Electrodo positivo.....	Elektrodo positibo
Electrodo precordial.....	Bihotz aurreko elektrodo
Electrodo solitario; electrodo único .....	Elektrodo bakar
Electrodo ventricular.....	Bentrikuluko elektrodo
Elevación del segmento .....	Segmentuaren igoera
Empastamiento (del registro ECG) .....	Oreztapen (EKGn); enpastamendu
Enfermedad de Ebstein .....	Ebstein-en gaitz; Ebstein-en gaixotasun
Enfermedad de Lenegre.....	Lenegre-ren gaixotasun
Enfermedad del nódulo sinusal, ENS.....	Nodulu sinusalaren gaixotasun, NSG
Enfermedad del seno.....	Sinuko gaixotasun
Enfermedad hereditaria .....	Gaixotasun hereditario
Enlentecer(se) la conducción.....	Eroapena moteldu

Enlentecimiento de la respuesta.....	Erantzunaren moteltze
Enzima ATPasa (de) sodio-potasio.....	Sodio-potasio ATPasa entzima
Episodios anginosos.....	Angina-gertakariak
Escape de la unión; fuga de la unión; escape nodal .....	Loturako ihes; ihes nodular
Escape ventricular .....	Bentrikuluko ihes; ihes bentrikular
Espacio intercostal .....	Saihetsarteko espazio
Espícula .....	Espikula
Espiración.....	Arnasbehera
Esquema de los ritmos.....	Erritmoen eskema
Estenosis aórtica.....	Estenosi aortiko; balbula aortikoaren estenosi
Estenosis del tronco común de la coronaria izquierda.....	Ezkerreko arteria koronarioaren enbor komunaren estenosi
Estenosis (de la válvula) tricúspide.....	Estenosi trikuspide
Estenosis mitral.....	Estenosi mitral
Estenosis pulmonar.....	Birika-balbularen estenosi
Estimulación auricular .....	Aurikulako estimulazio
Estimulación bipolar .....	Estimulazio bipolar
Estimulación de la cavidad.....	Barrunbeko estimulazio
Estimulación independiente .....	Estimulazio independente
Estimulación ventricular .....	Bentrikuluko estimulazio
Estimular (en) el ventrículo.....	Bentrikuluan estimatu
Estimular en la frecuencia .....	Maiztasunean estimatu
Estímulo eléctrico .....	Estimulu elektrikoa
Excitabilidad.....	Kitzikaberatasun
Excitación.....	Kitzikadura
Excitación reentrante del ventrículo .....	Bentrikuluaren kitzikapen birsarkor; bentrikuluaren esitazio birsarkor
Extirpación de la rama .....	Adarraren erauzketa
Extrasístole auricular; EA .....	Estrasistole aurikular; EA
Extrasístole multifocal.....	Estrasistole multifokal
Extrasístole nodal.....	Estrasistole nodal
Extrasístole unional, EU.....	Loturako estrasistole, LE
Extrasístole ventricular; EV .....	Estrasistole bentrikular; EB
Facilitar las arritmias.....	Arritmia erraztu
Fallo cardíaco congestivo .....	Bihotz-hutsegite kongestibo
Fallo de una válvula.....	Balbula batek kale egite
Fascículo .....	Faszikulu; bala
Fascículo anterior.....	Aurreko faszikulu
Fascículo anterosuperior de la rama izquierda del haz de His.....	His-en balaren ezker adarraren aurre-goiko faszikulu
Fascículo de Kent .....	Kent-en bala
Fascículo inferior .....	Behoko faszikulu
Fascículo internodal anterior; fascículo de Bachman .....	Aurreko bala internodal; Bachman-en bala
Fascículo internodal intermedio; fascículo de Wenckebach .....	Erdiko bala internodal; Wenckebach-en bala
Fascículo internodal posterior; fascículo de Thorel .....	Atzeko bala internodal; Thorel-en bala
Fascículo posteroinferior de la rama izquierda del haz de His.....	His-en balaren ezker- adarraren atze-beheko faszikulu



Centro de Diagnóstico Urbietta

# UN DIAGNÓSTICO PROFESIONAL EN EL CENTRO DE DONOSTIA

Con más de 20 años de experiencia al servicio de la salud, el Centro Urbietta es todo un referente del diagnóstico en la capital guipuzcoana.

Su apuesta por la utilización de últimas tecnologías y un grupo de profesionales de reconocido prestigio capacitan a este centro para ofrecer a sus clientes los resultados más fiables y precisos.

Más de 600 metros cuadrados de modernas instalaciones albergan 6 salas de diagnóstico, 5 salas de consulta, un laboratorio, dos salas de espera, una sala de extracciones, dos nuevas áreas de scanner y de control y un servicio de ascensor interior para facilitar la accesibilidad de sus pacientes. Un completo equipamiento para garantizar una asistencia sanitaria integral.



## CHEQUEOS MÉDICOS DE PIES A CABEZA

- Radiología convencional y Rx Telemando: con un sistema de digitalización e impresión láser de gran calidad que permite obtener imágenes de gran nitidez en un formato más pequeño y manejable.
- Un servicio de cardiología enfocado a la realización de diagnóstico preventivo (Ergometría, Ecocardiograma, Holter...)
- Análisis clínicos realizados en sus propios laboratorios lo que les posibilita ofrecer una mayor agilidad y estudios personalizados a la medida de cada paciente.
- Servicio de Ecografía: Ginecológica, Obstétrica, Abdominal, Muscular...
- Unidad de diagnóstico de mama.
- Unidad de diagnóstico de osteoporosis, con un Densitómetro de doble energía que permite realizar estudios a nivel de columna lumbar y cuerpo entero.
- Unidad de diagnóstico dental.
- Chequeos médicos individualizados.
- Scanner (TAC Helicoidal).

El trato personalizado es otra de sus señas de identidad. Cada persona que entra en el Centro de Diagnóstico Urbietta recibe siempre una atención individualizada por parte de sus profesionales, atendiendo sus consultas, resolviendo sus dudas e inquietudes, porque en materia de salud, la tranquilidad y la confianza son factores determinantes para ofrecer un servicio que consiga la mayor satisfacción.

El Centro de diagnóstico Urbietta se ha caracterizado siempre por ofrecer a sus clientes las mayores comodidades.

Un buen ejemplo de su capacitación y de su política de innovación es también la incorporación a su servicio de

radiología de un Scanner Tac-Helicoidal de última generación.

Con esta nueva unidad, el Centro de Diagnóstico Urbietta, tiene la posibilidad de realizar estudios complementarios a nivel osteoarticular, digestivo, urológico, neurológico, etc.

El scanner dispone a su vez de detectores ultrarrápidos y un software avanzado que permite realizar reconstrucciones de mucha nitidez en tiempo real y en cualquier plano. Y todo ello con una dosis de radiación mínima con relación al scanner convencional.

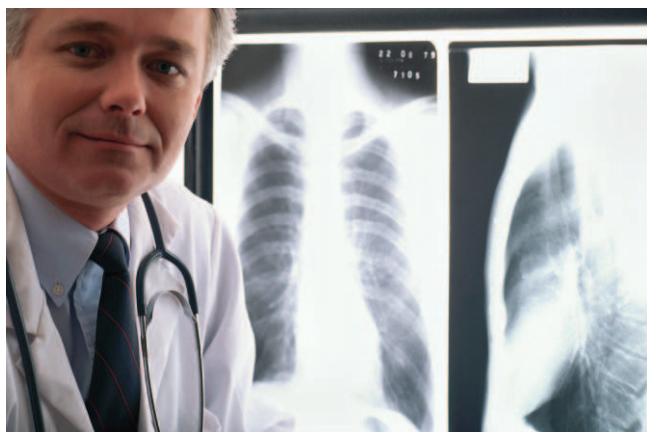




## Unidad de Diagnóstico Dental: inmediatez y precisión boca a boca

Otro de los avances significativos del Centro de Diagnóstico Urbietta es el potencial tecnológico de su Unidad de Diagnóstico Dental con las ventajas del TAC Dental Helicoidal, y su adaptación a los diferentes softwares específicos existentes en el mercado para su uso en implantología y patología maxilofacial. Además, cuentan con un avanzado sistema de digitalización que permite obtener radiografías digitales de gran calidad y la posibilidad de grabar los resultados en soporte CD.

Urbietta se posiciona así como un Centro de Diagnóstico con la más completa asistencia sanitaria en el campo del diagnóstico y con una alta capacidad humana y tecnológica para ofrecer a los profesionales de la salud la mayor seguridad y confianza, siempre desde un trato cercano y humano que les ha distinguido desde sus inicios. ■



## Urbietta, el centro de Donostia

Tranquilidad, seguridad y confianza desde el Centro de Donostia

Análisis clínicos ✱ Radiología ✱ Scanner-TAC ✱ Ecografías  
Densitometría ósea ✱ Cardiología ✱ Chequeos médicos

R.P.S. 241/06

DIAGNÓSTICO  
CENTRO DE  
**URBIETA**  
*Al servicio de la salud*

Urbietta, 58 | 20006 San Sebastián | Tfno.: 943 47 01 44 | Fax: 943 47 01 75 | cmu@centrourbietta.com | www.centrourbietta.com





# Rafael Bengoa

Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco

**"Ha llegado el momento de modificar el actual modelo sanitario"**

**R**afael Bengoa Osasun Sailburua da Eusko Jaurlaritzan, eta kargu horren ardura hartu du une honetan Partidu Sozialistako kide izan gabe ere. Ospe handiko profesionala izaki, lanpostua ez zaio arrotza egiten, izan ere Eusko Jaurlaritzako Osasun sailburuorde izana baita Iñaki Azkunaren eskutik. Horrez gain, osasun-sistemen zuzendaritzan aritu zen zortzi urtez Osasunaren Munduko Erakundean (OMEn), jarraian mundu-mailako sanitatea aztertu eta ikertzera emana dagoen erakunde erabat independentea, Kroniker behatokia izenekoa, zuzentzera pasatzeko. Osakidetza guraso edo sortzaileetako bat bezala kontsideratua, Osasun sailaren gidaritza hartu ondoren egungo sistema sanitarioaren birmoldaketari ekin nahi dio, profesional sanitarioen ahotsa eta iritziak kontuan hartuko dituen eredu jasangarri berri bati eutsiz. Hiritarrak paziente pasibo huts izatetik eragile aktibo izatera pasatuko dira eredu horretan, euren gaixotasuna autokudeatzeraino zenbait kasutan.

**R**afael Bengoa es el Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco, un cargo que asume sin formar parte de las filas del PSE. Profesional de reconocido prestigio, el puesto no le es del todo ajeno, no en vano fue viceconsejero de Sanidad del Gobierno Vasco de la mano de Iñaki Azkuna. Además, durante ocho años, ocupó la dirección de Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para a continuación dirigir el Observatorio Kroniker, una organización independiente dedicada al análisis de la sanidad mundial. Considerado uno de los padres de Osakidetza, al frente de Sanidad asume la remodelación del actual sistema sanitario abogando por un nuevo modelo sostenible que tendrá en cuenta la voz de los profesionales sanitarios y en el que los ciudadanos pasarán de ser pacientes pasivos a activos, autogestionando, en algunos casos, su enfermedad.

**¿Ha llegado el momento de modificar el sistema sanitario?, ¿podríamos decir que la actual fórmula ya está agotada?**

Más que decir que el actual modelo está agotado, ha cambiado el entorno en el que se inscribe. El modelo sanitario ha permanecido fijado en el tiempo, tal y como se diseñó, a finales de los años 80.

Desde ese momento, el entorno ha cambiado de manera dramática: la epidemiología, la demografía, las expectativas ciudadanas, las tecnologías sanitarias, los medicamentos sin olvidar la actual crisis económica.

Un nuevo entorno exige una organización nueva, la que llevamos a cabo en los 80 respondía a las necesidades de entonces, mientras que hoy necesitamos un modelo de cuidados diferente.

**¿Cuáles son las líneas estratégicas de ese nuevo modelo?**

Lanzamos dos grandes líneas estratégicas, una relacionada con la seguridad del paciente y la calidad en los cuidados y otra referida a una nueva forma de gestionar a los enfermos crónicos.

En este último caso, partimos de que el propio patrón epidemiológico, la demografía y las expectativas del paciente son hoy muy diferentes a las definidas para el modelo actual. Necesitamos prestar mucha más atención a un paciente que supone 3/4 partes del consumo en el sistema, tanto en atención primaria como en hospitalaria.

De hecho, casi todos los gastos de Osakidetza están relacionados con los pacientes crónicos, lo que nos indica que nos encontramos ante un tipo de enfermo diferente. Con todo, debemos hacer compatible ese movimiento de adaptación del modelo de atención para los enfermos crónicos con mantener un buen sistema para atender a los agudos.



***¿Y en qué descansa ese nuevo modo de gestión del enfermo crónico?***

En primer lugar, deben hacerse muchas más tareas en el domicilio capacitando al ciudadano en un proceso de educación que contará con una nueva enfermería dedicada al mismo.

Queremos que el paciente se haga auto-responsable de su enfermedad y la pueda gestionar porque la evidencia científica asevera que al capacitar a un enfermo para que gestione su enfermedad, los resultados son mejores que si le creamos una dependencia del sistema sanitario. Nuestro trabajo es apoyar esa capacitación con un correcto uso de la medicación y acompañando al paciente en los cambios que necesite llevar a cabo.

***¿Qué papel ocuparán las nuevas tecnologías sanitarias?***

Un papel fundamental ya que esa autogestión se complementa con toda una modernización tecnológica de control de algunas enfermedades como la diabetes, hipertensión... que podrán beneficiarse de un sistema de control basado en la tele-monitorización a domicilio.

Se trata de hacer hincapié en fórmulas no presenciales haciendo uso de las tecnologías a nuestro alcance. De hecho, ya estamos montando un centro multicanal muy ambicioso que nos permitirá adaptarnos a los distintos tipos de necesidades de los ciudadanos.

***¿Hablamos de unos cambios que incidirán especialmente en la atención primaria y, consecuentemente, en la hospitalaria?***

Más allá de esa apreciación es necesario integrar la atención primaria y la hospitalaria para que un paciente crónico no esté fluyendo en el sistema de forma fragmentada, sino que ambas estén en diálogo continuo y exista un protocolo para manejar al enfermo en ambos casos.

Aunque en un sistema que razona en términos verticales esto es difícil de operativizar, vamos a lanzar varias experiencias de integración en atención primaria y, en próximas fechas, realizaremos una prueba con 300 personas diabéticas.

***En realidad nos referimos a un cambio radical del sistema. ¿Cómo se llevará a cabo?***

Además de lo explicado, tendremos que abordar cerca de una decena de intervenciones al unísono y mover varias poleas a la vez para que un cambio de esta envergadura pueda empezar a tomar cuerpo. Por ejemplo, debemos alinear los ejes presupuestarios en esa dirección.

Hasta ahora tenemos un contrato programa con los hospitales y los centros de salud y, a partir de este momento, ese contrato se adecuará a las nuevas estrategias que queremos aplicar. Otras intervenciones se refieren a nuevas formas de liderar por parte de gerentes locales y, a todo lo anterior, tenemos que sumarle un mejor uso de los protocolos de actuación para que estos pacientes fluyan horizontalmente por el sistema.

***En definitiva, ¿platea un cambio de rumbo en el actual modelo asistencial?***

El modelo asistencial en Euskadi tiene que ser progresivamente diferente al actual. Después de 250 años de medicina de agudos es difícil pegar un cambio de rumbo pero los que no hagan este movimiento ahora, lo tendrán que hacer por la vía más cruenta dentro de un tiempo.

***Los profesionales aluden a una enorme carga de trabajo en el ejercicio de su actividad, ¿los cambios planteados descongestionarán las consultas?***

En parte sí. Si logramos descargar un tanto a la atención primaria, ésta podrá ocuparse más de aquellos que sí

necesitan estar en la misma en ese momento y hacer menos derivaciones a los hospitales. Además, por experimentos en Australia, Nueva Zelanda o Inglaterra sabemos que los pacientes que autogestionan de forma eficaz su enfermedad acuden menos al sistema, lo que liberará las consultas.

Sin embargo, hemos bajado de 2.000 a 1.500 cartillas, de manera que es evidente que la solución no descansa en disminuir el número de cartillas, sino que hay que devolver al paciente el control de su enfermedad asegurándonos de que está en el lugar adecuado en el momento adecuado, algo que ahora no ocurre.

### ***Médicos y enfermeras hablan también de falta de motivación y escasez de profesionales, ¿qué hacemos?***

No creo que haya una escasez de profesionales aunque nos enfrentamos a la mayor demanda ciudadana de toda la OCDE (Organización de Comercio y Desarrollo Europeo), de ahí la necesidad de trabajar esa demanda de modo diferente.

Esa sensación de estar continuamente en escasez proviene del modelo organizativo en el que estamos atrapados. En cuanto a la falta de motivación, los profesionales vascos están bien considerados en el ranking estatal y bien tratados en términos de remuneración y, a pesar de todo, siguen desmotivados.

Quizás esa motivación que esperan viene de que no controlan de forma suficiente el entorno en el que trabajan. En este sentido, queremos descentralizar el sistema para que los clínicos puedan tomar con el gerente local codecisiones de manera más participativa, lo que creemos aportará un elemento motivacional. Hablamos de la llamada gestión clínica que implica la participación de gerentes y profesionales dando lugar a nuevas formas de liderazgo y organización.

### ***¿Se trata de darle mayor protagonismo a los profesionales que son los que, realmente, mejor conocen el sistema?***

Sí, pero Osakidetza debe seguir funcionando como una empresa ya que gestionamos unos 3.600 millones de euros, más de 1/3 del presupuesto público en Euskadi.

Por un lado, buscamos un paciente activo que se ocupe de su enfermedad con nuestra ayuda; y, por otro, efectivamente son los profesionales los que mejor conocen los problemas de su entorno y por eso deben de poder participar en las decisiones que conciernen su organización, aunque todo ello inscrito dentro de un modelo empresarial y de gestión.

### ***Otra de las denuncias por parte de los profesionales se refiere a la eventualidad...***

Estamos estudiándolo y, probablemente, una de las próximas OPES será para afianzar a la gente que ya está en un puesto. En función de la economía de 2010, éstas, aunque es pronto para asegurarlo, serán a final de año o principio del siguiente.

### ***¿Y en cuánto a la carrera profesional?***

La carrera profesional se convirtió en un proceso de incentivación general, cuando desde cualquier ámbito se sabe que un incentivo económico dura poco como incentivo. Nosotros queremos identificar modelos de carrera profesional que discriminen entre unos y otros y no se convierten en el llamado café para todos.

### ***¿Tendríamos que revisar la funcionalidad y competencias de los Colegios Oficiales de Médicos?***

En pocas semanas me sentaré con los colegios profesionales para consultar y contrastar todas las estrategias que queremos llevar a cabo. Siguiendo la lógica de codecidir, yo mismo debo decir qué os parece y avanzar fórmulas para que vayamos juntos en este viaje que va a garantizar la sostenibilidad del sistema.

### ***¿Está asegurada también la colaboración entre universidad y Osakidetza?***

Sí, nosotros tenemos un convenio con la universidad al que queremos darle un carácter nuevo. Si vamos a crear un sistema que atienda mejor a los pacientes crónicos, la universidad debe reflejar estas estrategias en la formación que imparten. Por ejemplo, para la integración de atención primaria y hospitalaria queremos crear la enfermería de enlace, junto a una enfermería de educación al paciente, nuevas funciones que la universidad también debe abordar.

### ***Apreciado en todos los ámbitos gracias a su trayectoria, ¿por qué implicarse en un puesto como este?***

Primero porque llevo toda la vida en esto. Escribí el Informe Abril, dirigí Osasuna Zainduz... Siempre he tratado de influir a título personal sobre el sistema porque he pensado que podíamos hacerlo mejor. He aceptado entrar en una dinámica independiente pero, al tiempo, más política porque creo que desde dentro se puede dar un acelerón que me hubiera costado más dar desde fuera.

Asumo este puesto perdiendo mucha independencia en lo personal, ahora tengo dos escoltas, y en lo económico porque el sector privado está mejor remunerado... ¿por qué lo hago? Porque creo en lo que estoy haciendo.



# NUEVO VOLVO XC60 FRENA POR TI. EL PRIMERO CON CITY SAFETY DE SERIE.



**AUTO SUECIA**  
B° JÁUREGUI, 76.  
943 33 11 31. HERNANI

VOLVO XC60 DE 163 A 285 CV. CONSUMO PONDERADO (l/100 Km.) DE 7,5 A 11,8. EMISIONES CO<sub>2</sub> (gr/Km.) DE 199 A 284.

Por fin ha llegado octubre, el mes en el que podrás descubrir en nuestros concesionarios el nuevo Volvo XC60, un vehículo dotado del diseño más vanguardista, concebido con el máximo respeto por el medioambiente y hasta hoy, el único crossover con **City Safety** de serie, un sistema que ayuda a evitar choques frontales, a velocidades inferiores a 30 km/h y si el conductor no frena a tiempo. Además, incorpora sistemas de seguridad personal, tracción a las cuatro ruedas, control de descenso de pendientes y un habitáculo interior espacioso y versátil.

**NUEVO VOLVO XC60. DESDE 37.830 €.** PVP RECOMENDADO PARA PENÍNSULA Y BALEARES (IVA, IMPUESTO DE MATRICULACIÓN Y TRANSPORTE INCLUIDOS).

[volvocars.es](http://volvocars.es)

Volvo. for life



# OINEZ BIZI VIVE CAMINANDO

**J**arduera fisikoa sustatzeko asmoz Osakidetzako Lehen Mailako Arretan diharduten mediku nahiz erizainek garatutako programa da OINEZ BIZI – VIVE CAMINANDO izenekoa. Bertan podómetroak erabiltzen dira, pertsona sedentarioak euren jarduera fisikoren mailak gehitu eta egunero 10.000 pauso ematera irits daitezen.

**O**INEZ BIZI-VIVE CAMINANDO es un programa de fomento de la actividad física, realizado por médicos y enfermeras de Atención Primaria de Osakidetza, en el que se utilizan podómetros con el fin de que personas sedentarias aumenten sus niveles de actividad física hasta alcanzar los 10000 pasos diarios.

Evitar el tabaquismo, una alimentación adecuada y mantenerse activo físicamente son tres pilares fundamentales en la prevención cardiovascular. Además el practicar algún tipo de actividad física de forma regular tiene efectos beneficiosos no solo físicos, sino también psicológicos y sociales pues aumenta la autoestima, la sensación de bienestar y favorece las relaciones sociales.

*"En el ámbito sanitario, se aborda sistemáticamente el consejo sobre alimentación saludable y el abandono del tabaco, pero con respecto a la actividad física, en la mayoría de las ocasiones nuestra recomendación a los pacientes se limita a decir: tiene usted que andar todos los días y así la eficacia del consejo es muy modesta",* apunta Víctor Rubio, médico de familia en Irún. Para el facultativo, a la hora de modificar hábitos, *"el seguimiento es fundamental ya que consigues una mayor motivación por parte del paciente. Está comprobado que para que el consejo resulte eficaz se requiere motivación, supervisión y seguimiento"*. Con estas premisas, consejos tan sencillos como bajar del autobús o de cualquier vehículo público una parada antes del lugar adonde te diriges, subir las escaleras en lugar de coger el ascensor, forman parte del programa de fomento de la actividad física, OINEZ BIZI-VIVE CAMINANDO.

## 10.000 PASOS DIARIOS

Nacido por iniciativa de la Sociedad Vasca de Medicina de Familia, con el apoyo del Departamento de Sanidad y las Direcciones Comarcales de Osakidetza, OINEZ BIZI-VIVE CAMINANDO es un programa de fomento de la actividad física, realizado por médicos y enfermeras de la red de

Atención Primaria de Osakidetza, en el que se utilizan podómetros como instrumento de motivación y seguimiento, con el objetivo de que personas sedentarias aumenten sus niveles de actividad física para conseguir llegar, según su capacidad y condición física, a la cifra de 10000 pasos diarios.

*"Modificar hábitos en la población es muy difícil, por eso este programa hace especial hincapié en la motivación y facilita el seguimiento ya que los podómetros permiten medir la actividad que realizan las personas, al tiempo, que funcionan como elemento de superación para el paciente",* relata Rubio.

## LOS DESTINATARIOS

Aunque el ejercicio físico, y concretamente caminar, es aconsejable para cualquier persona ya que mejora la percepción de la propia salud, la autoestima y no requiere de entrenamiento, ni destreza especial, los médicos y enfermeras vascos que participaron activamente en el programa se dirigieron, especialmente, a personas sedentarias y con factores de riesgo cardiovascular como la HTA, diabetes, hiperlipemia, obesidad o con patología vascular estable, *"ya que es la población que más se beneficiaría de aumentar sus niveles de actividad física"*, explica el doctor.

En total, participaron 463 profesionales, entre enfermeras y médicos, que han captado casi 1500 personas a la espera de conocer la evaluación de los resultados definitivos durante marzo, mes en el que finaliza el programa. A estas personas captadas en las consultas y que mostraron una actitud



positiva para iniciarse en el programa se les entregó un podómetro para que midiesen la media de pasos diarios realizados durante una semana. Una vez conocida la situación inicial se estableció una progresión individual, adaptada a las posibilidades de cada paciente, y citándoles para comprobar la continuidad, progresión y pasos alcanzados. Con un seguimiento a los 3, 6 meses y 1 año, los primeros resultados avalan que transcurridos tres meses el 62% de los participantes continuaban en el programa, habiéndose incrementado su actividad en una media de 2.108 pasos.

## CONTINUIDAD DEL PROGRAMA

Una vez se conozcan los resultados de esta iniciativa se evaluará la efectividad de la misma, decidiéndose su



continuidad o la necesidad de establecer alguna variante para aumentar su eficacia.

No obstante, los resultados preliminares son favorables gracias a la alta participación de profesionales y pacientes; buena aceptación de los podómetros por parte de los participantes; utilidad del podómetro como instrumento objetivo de medición de la actividad lo que facilita comprobar la progresión; importante adherencia a corto plazo; y significativo incremento de los niveles de actividad física en las personas sedentarias, también a corto plazo.

**"Somos conscientes de que estos programas con el tiempo tienden a perder pacientes; algunos empiezan con entusiasmo y después lo dejan, pero queremos evaluar si aquellos que continúan mejoran, hacen más actividad física y, consecuentemente, se sienten mejor"**, explica Víctor Rubio ante un programa que incide, especialmente, en la prevención.

## INICIATIVA NOVEDOSA

OINEZ BIZI-VIVE CAMINANDO se inició en octubre de 2008 con una marcha por Bilbao que contó con una gran participación. Nos encontramos ante una iniciativa novedosa en el Estado Español, aunque otros países como Australia, Nueva Zelanda o Reino Unido ya desarrollan programas similares encaminados a alcanzar los 10.000 pasos diarios.

De hecho, la OMS recomienda, como mínimo, realizar 30 minutos diarios de ejercicio para evitar problemas de salud (1 hora en el caso de las personas más jóvenes); de manera que si caminamos 10.000 pasos diarios, y un paso mide unos 60 cm, cada día cubriríamos unos 6 km. Esta distancia requiere un tiempo aproximado de 1 hora y 30 minutos de manera que nos situaríamos por encima del mínimo recomendado por la OMS. Sin embargo, hasta llegar a los 10.000 pasos el aumento debe ser progresivo, dependiendo de cada persona y de su situación basal.

## CONVENIO DE COLABORACIÓN

Gipuzkoako Sendagileen  
Elkargo Ofiziela



Colegio Oficial de Médicos  
de Gipuzkoa



## INGLÉS Y EUSKERA

Clases a tu medida • Horarios Flexibles • Pensado para profesionales • No perderás clases



vas a aprender

# palabra



Infórmate en nuestro  
centro de DONOSTIA - SAN SEBASTIAN

Zubieta, 26.

Tel. 943 43 31 02

[www.mondragonlingua.com](http://www.mondragonlingua.com)



# Investigación en el IIS BIODONOSTIA

**Dra. NEREA EGÜÉS OLAZABAL**

**Unidad de Apoyo a la Investigación del Instituto Biodonostia**

**G**aixoari bizitza luzeagoa eta hobeagoa eskaintzea da ikerketa sanitario eta biomedikoaren funtsezko helburua. Eguneroko praktika klinikoa ikerkuntzarekin batera integratzeak osasun-zerbitzuen kalitatea indartu eta sendotzen du, gaixotasunen prebentzio, diagnostiko eta tratamenduan azken orduko aurrerapen zientifikoak modu ezin azkarragoan ezartzeko aukera eskainiz, pazienteei arta eta zainketa etikoagoak eta eraginkorragoak ematearekin batera.

**E**l objetivo primordial de la investigación sanitaria y biomédica es proveer al enfermo de una vida más larga y mejor. La integración de la práctica clínica con la investigación, refuerza la calidad de los servicios de salud y una rápida implantación de los avances científicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, así como un cuidado más ético y eficaz de los pacientes.

Nuestro Plan Estratégico ha permitido realizar la priorización de las áreas de investigación que se desarrollan en Biodonostia. Las áreas de investigación resultantes del análisis de priorización son las siguientes:

NEUROCIENCIAS

ENFERMEDADES DIGESTIVAS, CARDIOVASCULARES Y OTRAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA

MEDICINA REGENERATIVA

BIOINGENIERÍA.

Dentro de cada una de estas áreas trabajan varios grupos de investigación que desarrollan distintos programas que incluyen, a su vez, subprogramas. Los grupos de investigación se dividen en consolidados o emergentes según su trayectoria investigadora. En el IIS Biodonostia existen 13 grupos consolidados y 7 grupos emergentes

## ÁREA DE NEUROCIENCIAS

Las enfermedades neurológicas constituyen por su prevalencia y morbilidad una de las principales causas de discapacidad y mortalidad en las sociedades desarrolladas. El peso epidemiológico de estas entidades es creciente y causa mayor de discapacidad en las sociedades

desarrolladas, por lo que su estudio y tratamiento está siendo impulsado en todos los programas de investigación biomédica a todos los niveles. El área de neurociencias cuenta con los mimbres necesarios para impulsar y potenciar un programa integral de investigación biomédica traslacional en esta área.

El grupo promotor de esta línea de investigación en Neurociencias, forma parte de las áreas 5 y 6 del Centro de Investigación en Red sobre Enfermedades NeuroDegenerativas CIBERNED, promovido por el Instituto Carlos III, y el Red sobre Esclerosis Múltiple (REEM) que es una RETICS también promovida por el Instituto Carlos III.

Misión. La línea de investigación en Neurociencias constituye uno de los esfuerzos del Instituto Biodonostia para articular los esfuerzos de I+D+i en relación al paciente neurológico desde una perspectiva traslacional que busca incorporar los avances de la neurociencia clínica y básica al cuidado de los enfermos y también busca trasladar al laboratorio aquellos problemas o cuestiones que se suscitan a partir de los procesos patológicos neurológicos.

## GRUPO DE ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

En los últimos años la línea de investigación se ha dirigido hacia las bases moleculares de la enfermedad de Parkinson, que permitió en Octubre de 2004 al grupo participar directamente en el descubrimiento de un gen implicado en una de las formas de enfermedad de parkinson familiar.

Actualmente participan en un proyecto europeo encuadrado dentro del 7FP. En relación con las demencias el grupo ha trabajado en colaboración de caracterización genómica de pacientes con demencia por enfermedad de Alzheimer en relación al metabolismo del hierro.

En este momento está trabajando en la caracterización clínica de un nuevo tipo de demencias frontotemporales.

### **GRUPO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE**

En los últimos años y en colaboración con el grupo de la Clínica Universitaria de Navarra y de la Universidad de California-SF el grupo ha estudiado la expresión de diversos genes en las diferentes situaciones clínicas de la enfermedad.

Los resultados ya obtenidos han aportado la posibilidad de nuevas dianas terapéuticas y de un posible marcador en sangre (un biomarcador) que complete y mejore las herramientas diagnósticas actuales.

Recientemente se ha solicitado una patente europea sobre un patrón de expresión que pudiera ser predictor de la clínica.

### **GRUPO DE ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES**

Este grupo trabaja en varios subprogramas:

- Subprograma de distrofias de cinturas
- Subprograma de distrofia facioescapulohumeral
- Subprograma de distrofia miotónica
- Subprograma de distrofia de Duchenne
- Subprograma de terapia avanzada en neuropatologías de origen genético



### **GRUPO DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR**

El grupo ha participado en el estudio PERFORM (ensayo clínico fase III de prevención secundaria comparativo entre Adiro 100 y Terutroban 30 mg), el estudio Ictus (neuroprotección en fase aguda del ictus) y el estudio ECASS III (fibrinólisis entre las 3 y 4,5 horas).

Se han establecido colaboraciones con los RETICS del ISCIII, como grupo clínico asistencial asociado a la red de investigación RENEVAS. Participa asimismo en el estudio GRECOS (Genotyping Recurrence of Stroke) sobre marcadores de riesgo genético en la recurrencia del ictus. Se ha iniciado una línea propia de investigación de la relación entre la obesidad y el síndrome metabólico con la patología vascular cerebral a nivel genético.

### **GRUPO DE NEUROONCOLOGÍA**

En este programa, se propone estudiar los diferentes perfiles genéticos de los glioblastomas multiformes, establecer grupos de estudio en base a estas variables genéticas y correlacionarlos con la respuesta al tratamiento recibido y la evolución clínica, con el fin de identificar factores pronóstico y marcadores que predigan la respuesta al tratamiento.

### **ÁREA DE ENF. DIGESTIVAS, CARDIOVASCULARES Y OTRAS ENF. SISTÉMICAS**

Área heterogénea en la que participan grupos que investigan distintas patologías.

### **GRUPO DE ENFERMEDADES INTESTINALES**

Cribado del Cáncer de colon (CCR)

El objetivo del cribado del CCR en los familiares de primer grado (FPG) es identificar lesiones neoplásicas incipientes. La mayoría de los organismos internacionales recomiendan el cribado del CCR en FPG de pacientes con CCR.

En estos momentos el grupo está coordinando el análisis de datos relacionados al cribado con colonoscopia en familiares de primer grado (estudio EPICOLON I). Investiga que factores influyen en la aceptación de la colonoscopia y los hallazgos encontrados en función de diferentes variables como la edad, sexo, agregación familiar, localización, etc.

Actualmente el grupo participa en un proyecto europeo (SMARTHEALTH) en el que se investiga marcadores bioquímicos para el diagnóstico y pronóstico del cáncer de colon mejores a los actuales, así como el desarrollo de máquinas que permitan rapidez y facilidad en las determinaciones. Además del cáncer de colon el grupo de enfermedades intestinales participa en el estudio de otras patologías.

## **GRUPO DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS**

El grupo trabaja en la valoración del ácido fólico y vitamina B12 en pacientes con hepatopatía alcohólica así como en la determinación de polimorfismos genéticos y factores ambientales asociados a un consumo excesivo de alcohol. Además investiga en el tratamiento de la hepatitis crónica por virus C y en la cuantificación de la fibrosis hepática mediante resonancia magnética con doble contraste.

Destacar la patente concedida en colaboración con el grupo de epidemiología clínica para cuantificar el hierro hepático mediante resonancia magnética

## **GRUPO DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES**

Este grupo participa en un gran número de Ensayos Clínicos relacionados tanto con la cardiopatía isquémica como con la insuficiencia cardíaca y arritmias como son el IMPROVE-IT, MERLIN (TIMI 36). Estudio Mobit y en muchos estudios clínicos: Verdad, Capta, Clara Avt, Vtality I y II, Native, etc.

También participan en distintos registros como el Registro sobre tratamiento en el IAM fibrinolisis y Angioplastia primaria, Registro sobre evolución y tratamiento de IAM en las mujeres frente a los hombres. REGISTRO MAMI sobre Marcapasos REGISTRO GENETICO SINDROME DE BRUGADA.

## **GRUPO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA DE ETIOLOGÍA HIPERTENSIVA**

Estudia uno de los mecanismos fisiopatológicos que conducen a la disfunción sistólica o identificar nuevas dianas en el tratamiento farmacológico de la IC.

Además pretende crear una infraestructura de investigación multicéntrica en la provincia de Guipúzcoa, en colaboración con el CIMA de Pamplona, de investigación en Insuficiencia Cardíaca de etiología hipertensiva, para investigar de forma prospectiva el valor pronóstico distintos marcadores séricos de daño estructural miocárdico en pacientes con IC

## **GRUPO DE ONCOHEMATOLOGÍA**

Este grupo posee una amplia experiencia en el campo de los ensayos clínicos. Los miembros del servicio de Oncología Médica son miembros activos de varios grupos cooperativos españoles como GEICAM (Grupo español para la investigación del cáncer de mama), TTD (Tratamiento de tumores digestivos), GEICO (Grupo español de cáncer ginecológico), GECP (Grupo español de Cáncer de Pulmón), GG (Grupo Germinal) y GEIS (Grupo español de investigación en Sarcomas), habiendo participado en ensayos fase III y fase II cooperativos de ámbito nacional e internacional, algunos de los cuales de gran relevancia y en la actualidad participa activamente en

varios ensayos en colaboración con los grupos mencionados así como en colaboración con la industria farmacéutica. Así mismo se ha instaurado una Unidad de Diagnóstico de Cáncer Familiar.

## **ÁREA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

### **GRUPO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA Y RESISTENCIA ANTIMICROBIANA**

Participa en numerosos proyectos de investigación que han obtenido financiación en convocatorias competitivas tanto a nivel autonómico como estatal y europeo. Entre ellos podemos destacar por su importancia.

La validación de un neumochip, que como resultado se ha obtenido una patente que se utiliza para identificar las cepas de bacterias de *Streptococcus pneumoniae* en una muestra.

Además participa en dos proyectos europeos (OPTOLABCARD y POSTFASTFLU) y en el CIBER (Centros de Investigación Biomédica en Red) de Enfermedades respiratorias. También tienen un subprograma de Resistencia Antimicrobiana.

### **GRUPO DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN**

El grupo trabaja en los siguientes campos:

- Evaluación de una nueva vacuna frente al Rotavirus
- Impacto de la vacunación con vacuna conjugada en la Enfermedad meningocócica invasora
- Prevención del carcinoma de cuello uterino
- Vigilancia de otras enfermedades emergentes y evaluación de programas de vacunación recientemente establecidos.

### **GRUPO DE SIDA E INFECCIONES VIH**

#### **Tratamiento Antirretroviral**

El grupo trabaja en el estudio de la efectividad del tratamiento antirretroviral en condiciones de práctica clínica así como investigando nuevas modalidades de atención que puedan ser más eficientes.

Además se presta especial atención en cohortes específicas como son pacientes embarazadas, adolescentes infectados por VIH, cohortes de pacientes en fracaso virológico. También participa en ensayos clínicos con antirretrovirales.

Durante 4 años el grupo ha colaborado además, con financiación de las redes, con la Red de Investigación de Sida (RETIC).





Bio banco ADN

### Coinfección por virus de hepatitis y VIH

- a) Historia natural de la hepatopatía en pacientes coinfectados:
  - Estudio de la situación de la cohorte en términos de fibrosis hepática y por tanto las necesidades terapéuticas con las pautas actuales (tratamiento farmacológico actual y futuro, previsiones de trasplante...)
  - Evaluación y modificación en lo posible de cofactores, fundamentalmente alcohol, tóxicos y uso de drogas.
  - Cuantificar la grasa hepática en las biopsias realizadas y evaluar su relevancia en la evolución de la hepatopatía en pacientes coinfectados.
- b) Alternativas a la biopsia hepática en el estudio de la fibrosis. Validación del fibroscan en pacientes coinfectados y establecer la sensibilidad, especificidad VPP y VPN así como los puntos de corte para fibrosis de grado 2 o mayor (escala METAVIR), grado 3 o mayor y cirrosis (grado 4), en colaboración con otros hospitales de la CAV.

El grupo participa en varios ensayos clínicos con interferones pegilados y ribavirina en pacientes coinfectados por VHC, en fase 3 y 4 en poblaciones especiales.

### ÁREA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA

#### GRUPO DE EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA

El grupo de EC-MBE tiene 3 subprogramas principales. En cada uno de ellos se contempla no sólo la investigación sino tareas de promoción de la investigación entre las cuales ocupa un papel central la docencia.

La misión propia de la Unidad de Epidemiología Clínica (UEC), que consiste en asesorar a otros profesionales sanitarios en su investigación sobre la práctica clínica, hace que no existan programas con líneas temáticas sobre entidades patológicas concretas o disciplinas clínicas, sino que adquiere un carácter más horizontal.

Los subprogramas son:

- Efectividad clínica
- Metodología de Investigación
- Medicina Basada en la Evidencia.

Como hemos dicho antes tienen concedida una patente en colaboración con el grupo de enfermedades hepáticas para cuantificar el hierro hepático mediante resonancia magnética.

## **GRUPO DE EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER Y OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS**

El grupo participa en el Proyecto EPIC "European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition" que es un estudio prospectivo europeo de cohorte sobre dieta, cáncer y salud cuyo objetivo principal es la investigación de la relación de la dieta, factores metabólicos y genéticos, con la aparición de cáncer y otras enfermedades crónicas. El EPIC representa la mayor fuente disponible a nivel mundial para el estudio etiológico del cáncer.

Del EPIC se derivan estudios específicos:

- 1) La relación de la dieta, factores metabólicos y genéticos, hábitos de vida como la actividad física, consumo de tabaco y alcohol con la aparición de cáncer.
- 2) Identificación de Marcadores de cancerígenos de la dieta,
- 3) Medir la asociación entre la adherencia al patrón de dieta mediterránea y la incidencia de infarto agudo de miocardio y otras formas de enfermedad isquémica del corazón.
- 4) Estudio de la incidencia y factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular en la cohorte EPIC-Gipuzkoa.
- 5) ITERACT: estudiar los factores que se asocian a la aparición de la Diabetes tipo2 (DM2), incluyéndose el estudio de los patrones dietéticos, la obesidad, la actividad física y los factores genéticos o susceptibilidad genética.
- 6) Analizar la interacción entre la presencia de polimorfismos en genes candidatos y la ingesta de alimentos, nutrientes o patrones de dieta sobre la incidencia de DM2.
- 7) Dieta y Enfermedades Neurodegenerativas: Proyecto NESTOR tiene como principal objetivo identificar patrones alimenticios que se asocian con el proceso que envejecimiento como objetivo para mejorar la salud y la calidad de la vida de la población que envejece.

Además trabaja en el Subprograma de Epidemiología Nutricional, cuyo objetivo principal del estudio ha sido conocer el estado de salud nutricional y sus determinantes en la población de 4 a 18 años de la CAPV, e identificar los principales grupos de riesgo además de conocer y evaluar los niveles medios de actividad física y su distribución.

## **GRUPO DE EPIDEMIOLOGÍA AMBIENTAL Y DESARROLLO INFANTIL**

Este grupo participa en el estudio INMA (INfancia y Medio Ambiente) que es un proyecto de investigación que nace con el objetivo de estudiar el papel de los contaminantes ambientales más importantes en el aire, agua y en la dieta

durante el embarazo e inicio de la vida, y sus efectos en el crecimiento y desarrollo infantil. Cuenta con 5 subprogramas.

## **ÁREA DE MEDICINA REGENERATIVA**

La estrategia se basa en todos los casos en la utilización de células madre (CM) humanas, procedentes de tejidos diversos, y la aplicación clínica de las mismas a patologías también diversas.

Participan tres grupos de investigación que trabajan con CM distintas según el tejido de procedencia o de aplicación. Así existen tres grupos:

1. GRUPO EN CÉLULAS MADRE MESENQUIMALES
2. GRUPO EN CÉLULAS MADRE DE PIEL HUMANA
3. GRUPO DE TERAPIA REGENERATIVA EN ENFERMEDAD DEL PARKINSON.

## **ÁREA DE BIOINGENIERÍA**

### **GRUPO E-SALUD**

Por extensión, e-Salud aparece como la promesa de las TICs para mejorar la eficacia de los sistemas de asistencia sanitaria, en un intento de abrir todo un abanico de nuevas posibilidades en este campo.

En la actualidad el grupo está trabajando en el proyecto SERENA - Sistema de Evaluación del Riesgo de Ruptura de Endoprótesis en Aneurismas de Aorta – que pretende proporcionar al equipo médico una herramienta de apoyo, que permite evaluar el riesgo individual de exclusión de la endoprótesis de un paciente y tomar la mejor decisión terapéutica en cada caso.

Además colaboran en varios proyectos con distintos Servicios del Hospital como la Cuantificación de la fibrosis hepática mediante Resonancia Magnética en colaboración con el Servicio de Digestivo y otros con cardiología, Medicina Intensiva, neurología.

Además de las áreas destacar que el Instituto de Investigación Biosanitaria Biodonostia participa en proyectos horizontales que dan soporte a todos los grupos de investigación que son:

CAIBER (Consorcio de apoyo a la Investigación Biomédica en Red) que da soporte fundamentalmente a los ensayos clínicos no comerciales.

RETIC de INNOVACIÓN.

RETIC de BIOBANCO.

Todos ellos concedidas por el Instituto de Salud Carlos III.





TRIBECA  
desde: 40.900 €



**SUBARU**

**VERTIZ**

CONCESIONARIO OFICIAL PARA GIPUZKOA

Pº Francia, 14 - Tfno. 943 29 22 66  
SAN SEBASTIAN

Pº Sarroeta, 13 - Tfno. 943 46 92 99  
MARTUTENE

Polígono Olaso, 27 - Tfno. 943 74 41 10  
ELGOIBAR



OUTBACK  
desde: 32.700 €



FORESTER  
desde: 24.900 €



Escápate de la ciudad y reencuéntrete con la naturaleza a bordo de la Gama Subaru. Descubre los más avanzados sistemas de seguridad activa, la legendaria tracción integral Symmetrical AWD y el nuevo motor Boxer diesel en sus modelos más representativos. Disfruta con Subaru una nueva experiencia en la conducción.

902 10 00 22 • [www.subaru.es](http://www.subaru.es)

PVP recomendado en Península y Baleares para Subaru Impreza. I.V.A., transporte e impuesto de matriculación incluidos. Outback Consumo mixto: 8,6L. Emisiones 204 g/km. Outback Diesel Consumo mixto: 5,8L. Emisiones 153 g/km. Forester Consumo mixto: 8,4L. Emisiones 198 g/km. Forester Diesel Consumo mixto: 6,3L. Emisiones 167 g/km. Tribeca Consumo mixto: 11,6L. Emisiones 275 g/km.

Naturaleza Subaru



# El cardo corredor o cardo setero

**H**ablar del cardo en general sería referirnos a una gran familia de plantas.

La variedad *Eryngium Campestre* es una preciosa planta silvestre, de adorno aunque comestible cuando joven solamente.

Tengo la imagen grabada de cuando pude observar en los Monegros, en zona desértica rodando una especie de bola formada por numerosos cardos, que se habían enganchado gracias a sus ramas espinosas y el viento los empujaba por la solitaria carretera.

Tiene hojas estrechas y punzantes que la defienden de los animales. Abundan en la región del río Ebro. Si es muy joven y tierno puede consumirse en

forma de ensalada, igual que la achicoria y la escarola de nuestras huertas. Por su amargor podemos incluirla entre los aperitivos. En su raíz y como siempre, en forma simbiótica, nace la seta *Pleurotus Eryngii* o seta de cardo “Karduziza”.

Se le considera como “buen comestible” que sin duda su búsqueda debe dirigirse siempre a tierras donde pastan las ovejas, y abunda el cardo setero. Tiene un sabor suave y puede participar en toda clase de salsas y la época adecuada para su recolección es el otoño algo lluvioso. No olvidemos que existe, para el profano en la materia de confundir con clitocibes blancos y la amanita pantherina que son tóxicas.

Las infusiones de estos cardos pueden ser útiles para afecciones cutáneas, como el acné juvenil (esos granitos tan impopulares en la adolescencia). Tienen acción beneficiosa como diurética (provocando aumento de emisión de orina).



## **ALTAS**

### **Diciembre 2009**

POLLAN MONTOYA, Daniel  
OLIVER GOICOELEA, Pablo  
ORMAZABAL OLAVE, Olatz  
DEL CAMPO PENA, M<sup>a</sup> Emma

### **Enero 2010**

GONZALEZ LOPEZ, Félix  
GONZALEZ MARTIN, M<sup>a</sup> Victoria  
REGALADO AVILA, Raúl  
BADMAEVA, Liudmila  
ERREZOLA SAIZAR, Manuel  
RODRIGUEZ CAICEDO, Claudia  
Milena  
SANCHEZ DANIEL, Oscar  
BASCARAN ALDAZABAL, Gerardo  
SANCHEZ BELTRAN, Ana M<sup>a</sup>  
ETCHEVERRY MUGICA, Miren  
Itsaso

### **Febrero 2010**

AGUIRRE ECHEVARRIA, Pablo  
MELILLO, Mario Osvaldo  
DE LA PUENTE AINZ, Elena

## **BAJAS**

### **Diciembre 2009**

MANGAS GONZALEZ, Miguel Angel  
MELE OLIVE, Mireira

### **Enero 2010**

UNZURRUNZAGA ALTUBE, Maite  
LUÑO GUZMAN, Mariano  
LOPEZ RODRIGUEZ, Mayra  
AKAITURRI BENGOTXEA, Gemma  
CANALES GEILER, Lidia Susana  
BIAIN PENA, Félix

### **Febrero 2010**

CUATINDIOY IMBACHI, Sandra  
Patricia  
SANCHEZ DANIEL, Oscar  
SOLANO ALVAREZ, M<sup>a</sup> Luisa  
OSEJO DIAGO, Emma

## **FALLECIDOS**

### **Diciembre 2009**

URIARTE SORIANO, Juan M<sup>a</sup>  
ORDEÑANA AGUIRRE, Miguel  
AZCARATE BALZA, Ricardo

### **Enero 2010**

ELORZA BERGARECHE, José Javier  
ALVAREZ LEGASA, Fernando

### **Febrero 2010**

CARRERA MACAZAGA, José A.



## **NECROLÓGICAS**



### **Dr. JUAN MARÍA URIARTE SORIANO**

*Compañeros del Instituto Oncológico*

Juan María Uriarte Soriano nació en San Sebastián el 11 de Abril de 1928. Fue hijo y hermano de médico y también padre y tío de médicos. Al no ser el deseo de su padre que siguiera su misma carrera profesional inició en Madrid los estudios Universitarios de Ingeniería de Caminos. Al fallecer éste, su gran vocación médica le hizo cambiar éstos por los de Medicina y Cirugía en la Facultad de San Carlos de la misma Universidad, terminando sus estudios en 1952. Completó su Especialidad de Obstetricia y Ginecología adscrito a la cátedra del Prof. García Orcóyen y posteriormente realizó su tesis doctoral en Valencia. En 1957 inició su ejercicio profesional independiente en la clínica Nuestra Señora de Aranzazu y en el Centro Médico Social de San Sebastián. Fue un brillante ginecólogo muy apreciado por sus pacientes a las que transmitía su seguridad y buen hacer y favoreció la incorporación de las nuevas estrategias de planificación familiar en su fase inicial. Una de sus grandes inquietudes fue el conocimiento de los avances en los diversos tratamientos oncológicos con la intención de implantarlos de una forma integrada para beneficio de los enfermos. Este objetivo lo pudo desarrollar al ser nombrado Director General (1966-1986) del entonces denominado Instituto Radio-Quirúrgico, Obra Social de la Caja de Ahorros Provincial de Guipúzcoa (CAP).

Como Director de dicho Instituto jerarquizó el hospital comprometiendo como Jefes de los Servicios a los mejores especialistas del entorno formando un cuadro profesional de alto nivel. Con el apoyo permanente de los Responsables de la CAP y de su propio equipo directivo contribuyó al crecimiento de su actividad y de sus instalaciones, incluida la ampliación del edificio en el año 1974 tomando el nombre de Instituto Oncológico. Lo más significativo de este periodo fue la innovación y dotación de los Servicios de Medicina Nuclear y de Radioterapia, así como la creación de un Servicio de Radio-Física de apoyo, con lo que fue capaz de ofertar unas técnicas oncológicas punteras, posicionando al hospital entre los de primera línea del Estado. También bajo su impulso se iniciaron las primeras campañas de diagnóstico precoz de cáncer de mama y útero, precursoras de las actuales, de las que tantas mujeres de Gipuzkoa se han beneficiado. Posteriormente ejerció como Director Médico de Policlínica Gipuzkoa (1992-1996). Juan Mari, desde su posición directiva, siempre procuró hacer la vida fácil y agradable a la gente bajo su responsabilidad, ilusionando con sus proyectos de innovación y progreso en la atención médica, por lo que siempre ha sido tan apreciado y reconocido por los que trabajaron con él. Firme en sus convicciones y siempre amable y elegante, Juan Mari fue un hombre de bien en su vida personal y profesional. **Descanse en paz.**  
**Goian bego!**

## **Dr. MIGUEL ORDEÑANA AGUIRRE**

Nació en Durango (Bizkaia) el 4 de Julio de 1950 y estudió la carrera de Medicina en Bilbao. Cursó Medicina General e hizo varios Master en Medicina de Familia. Trabajó como médico inspector en Donostia y durante mucho tiempo en Irún. Al Dr. Ordeñana no se le conocen unas aficiones determinadas, aunque le gustaba realizar pequeños recorridos en coche por los pueblos cercanos. Buen conversador y de carácter muy abierto, el Dr. Miguel Ordeñana fue un hombre de hondas creencias religiosas y buena persona. **Descanse en paz.**

## **Dr. RICARDO AZCARATE BALZA**

Nació en Solana de Béjar (Ávila) el 9 de Junio de 1.925 y estudió Medicina en Salamanca. Aunque fue Médico de Familia adquirió conocimientos de anestesista en la Clínica del Dr. Eizagirre. Trabajó en Ermua y la mayor parte de su vida profesional lo hizo en el Ambulatorio de Eibar. Al Dr. Azcarate le gustaba mucho pasear y la lectura. De carácter serio fue una persona muy humana. **Descanse en paz.**

## **Dr. JOSE JAVIER ELORZA BERGARECHE**

Nació en Legazpia el 23 de Octubre de 1947 y estudió Medicina en Valladolid. Especialista en Dermatología recorrió la provincia haciendo sustituciones hasta que recaló en la Clínica del Pilar; después de pasar por el Hospital de Aranzazu y la Clínica de San Cosme y San Damián. También trabajó durante bastante tiempo en el Centro Médico Tolosa. Fue, así mismo, Director de la aseguradora Aegon. El Dr. Elorza fue un deportista nato y aunque practicó todos los deportes, últimamente jugó al Golf por tener este un componente menos arriesgado. De forma de ser muy extrovertida el Dr. José Javier Elorza tuvo una gran vocación en la Medicina y sus pacientes le recordaban mucho. **Descanse en paz.**

## **Dr. FERNANDO ALVAREZ LEGASA**

*JUANA ALAGON PEINADO (Vda. de D. Fernando Alvarez)*

Nacido el 11 de enero de 1959 en Lesaka. Excelente persona, maravilloso, creativo en sus pensamientos; dulce y cariñoso. Respetuoso con sus pacientes, escuchándoles y dedicándoles tiempo. Se hacía querer por todos. Estudió medicina en Vitoria y en San Sebastián. Trabajó como oftalmólogo en el ambulatorio de Gros, Policlínica, Clínica del Pilar y La Asunción. Era culto, leía y le gustaba la historia griega, también la astronomía, amante de la naturaleza, esquivaba las olas del Paseo Nuevo. Tenía proyectos en su vida, y una sombra negra se lo llevó de nuestro lado al que tanto queríamos. Su muerte no ha sido en vano. Llegó a conocernos profundamente, demostrando lo humano que era. Siempre estará entre nosotros al que queremos recordándole para siempre, con sus gafas pequeñas mirando las estrellas en un mundo de bien. **Descanse en paz.**

## **Dr. JOSE A. CARRERA MACAZAGA**

Nació en Orio el 10 de Diciembre de 1950 y estudió la carrera de Medicina en Zaragoza con las especialidades de Medicina Interna y Geriátrica. Trabajó en el Instituto Oncológico al acabar la carrera, hizo el MIR en el Hospital de Aranzazu y ejerció en la Fundación Matía y en el Hospital Donostia en la Unidad de Hospitalización a Domicilio. El Dr. Carrera fue un gran aficionado a la montaña. Persona muy amable, el Dr. José A. Carrera era antes un amigo que un jefe como lo atestiguan sus compañeros de Servicio. **Descanse en paz.**