

MEDIKUEN AHOTSA GIPUZKOA MÉDICA

ELKARRIZKETA:

Elena Zubillaga dengeari buruz

ASESORIA JURIDICA:

La objeción de conciencia

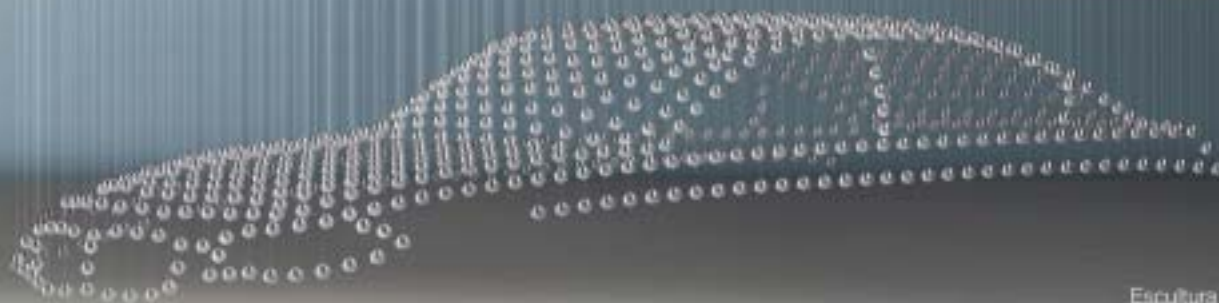
DE LA DONACIÓN AL TRASPLANTE

Nuevo BMW Serie 5

523i
528i
535i
550i
520d
525d
530d



¿Te gusta conducir?



Escultura Cinética BMW
Museo BMW / Munich, Alemania

LA INSPIRACIÓN NO SIEMPRE ES EFÍMERA

La inspiración puede llegar en cualquier momento y desaparecer tan rápido como vino. Es caprichosa, se presenta sin avisar y convierte un momento fortuito en un instante mágico. Como el escultor da forma a un momento de belleza, nuestros diseñadores han conseguido recoger toda esa belleza en cada detalle del nuevo BMW Serie 5. Una obra maestra de ingeniería que combina innovación y diseño. El Sistema Park Assist, que avisa si hay espacio suficiente para estacionar y aparca por sí mismo; o la Dirección Integral Activa, que asegura mayor estabilidad a mayor velocidad y más agilidad cuando el ritmo es menor, son tan sólo algunos detalles de lo que puede nacer de la inspiración. Con el nuevo BMW Serie 5, ahora la inspiración también se puede conducir.

NUEVO BMW SERIE 5. DISEÑADO PARA INSPIRAR

BMW EfficientDynamics
Menor consumo. Mejores prestaciones.



Lurauto

Ctra. N-I, km 470
(entrada por Pol. Ind. Lintzirin)
Tel.: 943 26 05 00
Oartzun

www.lurauto.bmw.es

Único Concesionario Oficial de la provincia



Sumario

Editoriala

- 2** La objeción de conciencia en el ámbito sanitario
- 5** De la donación al trasplante de órganos
- 14** Noticias/Berriak
- 20** Alimentación y cáncer
- 22** Jarduera fisikoaren eta kirolaren oinarritzko terminologia
- 26** Elena Zubillaga: Dengearen kontrako txertorik ez dagoenez, ziztada saihestu behar da
- 29** El teléfono móvil y la rehabilitación de pacientes con daño cerebral
- 32** La cecina en la alimentación

Portada:
Dr. Rafael Matesanz

261 haur Estatuko amaetxeetan lapurtuak eta ondoren modu iruzurtian, maula bidez, adopzioan emanak izan zitezkeela zioen salaketa aurkeztu zuen Adopzio Irregularrrek Erasandakoen Batzorde nazionalak. Salaketa aztertu ostean garai haietan Gipuzkoan gerta zitezkeen kasuak ikertzeko agindua eman dio Estatuko Fiskaltza nagusiak Gipuzkoako Fiskaltzari.

Egunez egun kasu gehiagoren berri ari gara jakiten. Arestian aipatutako batzordeak argitaratutako datuen arabera, oso litekeena da 50eko eta 90eko hamarkaden artean gutxienez hogeit bat haurtxo izatea Gipuzkoan eta 80 bat inguru Euskadi osoan jaioberrian lapurtu zituztenak. Eta umeen trafikoz lazgarri horretan nahasiak egongo liratekeen artean medikuak, emaginak eta funtzionarioak zeudela zabaldu da.

Hainbat komunikabidetatik gaiaren inguruko gure iritzia eskatu zaigu. Zuhurtiaz jokatu behar dugu, jakina, eta bidezkoa da gure aldetik fiskaltzak bere ikerketa burutu arte itxarotea. Hala ere, irmotasun eta sendotasun osoarekin gaitzetsi eta deitoratzen ditugu gisa horretako jardunak, edozein kode etikoa eta profesionaletatik oso urrun baitaude.

Ez dago haurtxo jaioberriak beren amei lapurtu eta hil egin direla esatea, diruaren truke baliabidez aberatsak diren familiei entregatzeko ondoren, bezalako izugarrikeria kalifikatuko duen hitzik. Horregatik, gure erabateko arbuioa eta kondenarik sendoa aldarrikatzen dugu editorial honetatik, zalantza-izpirik gabe, eta errudunen gain, horrelakorik balego, zigorrak handiena erortzea izango litzateke gure nahia.

Tras la denuncia conjunta realizada por la Asociación Nacional de Afectados por Adopciones Irregulares de que 261 niños pudieron ser robados en las maternidades y dados fraudulentamente en adopción, la Fiscalía General del Estado ha ordenado a la Fiscalía de Gipuzkoa que investigue los casos que pudieron ocurrir en Gipuzkoa.

Día a día se va sabiendo de más casos. Según los datos facilitados por dicha asociación, entre los años 50 y 90 pudieron ser robados, como mínimo, una veintena de bebés recién nacidos en Gipuzkoa y unos 80 en Euskadi. Entre las personas que pudieran estar involucradas se señala a médicos, matronas y funcionarios.

Desde distintos medios se nos ha pedido nuestra opinión al respecto. Debemos ser prudentes y esperar a que la fiscalía lleve a cabo su investigación. No obstante, condenamos contundentemente prácticas de este tipo, alejadas de cualquier código ético y profesional.

No hay palabras para calificar hechos tan terribles como robar bebés recién nacidos a sus madres y decirles que éstos han muerto, para después entregarlos a familias pudientes a cambio de dinero. Sin duda, desde aquí, mostramos nuestra más absoluta condena y deseamos que caiga sobre los culpables, si los hay, la mayor de las condenas.

Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofizialeko aldizkaria Revista del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa



Frantzia pasealekua 12 - 20012 Donostia
Tel.: 943 27 63 00 - www.gisep.org

MEDIKUEN AHOTSA
GIPUZKOA MÉDICA

Argitaratze batzordea / Comité editorial
Gobernu Batzordea / Junta de Gobierno
Erredakzio batzordea / Consejo de redacción
Komunikazio saila / Área de comunicación

Harremanetarako / Contacto
Lupe Calvo Elizazu (prensa@gisep.org)

Diseinua eta maketazioa / Diseño y maquetación
Fotomecánica Garber

Argazkiak / Fotografías
Juanxo Egaña, Pedro Etxebeste, Ander de Bernedo

Lege gordailua / Depósito legal
SS-1025/94

JON PELLEJERO ARAMENDIA

Letrado Asesor del Colegio de Médicos de Gipuzkoa



La objeción de conciencia en el ámbito sanitario

La objeción de conciencia en el ámbito médico viene definiéndose como la negativa del profesional médico, por motivos de conciencia, a realizar una conducta o acto que, en principio, jurídicamente sería exigible, que conlleve la obligación de una norma jurídica, de un contrato, de un mandato judicial o una resolución administrativa.

La objeción de conciencia constituye un rechazo moral a participar en ciertos actos debido a la incompatibilidad de los valores de una persona con los de la mayoría de los ciudadanos, que en nuestro ordenamiento jurídico suele estar reflejado en las leyes aprobadas por el parlamento. Hay que diferenciar la objeción de conciencia "secundum legem" de la objeción de conciencia "contra legem". En la primera, la Ley dispensa al médico para la acción y le ofrece una alternativa, como es el supuesto del aborto. La segunda consiste en actuaciones que contravienen la norma legal, forzadas por la propia conciencia, pero sin respaldo normativa como en la primera.

Se debe diferenciar entre la objeción de conciencia y La desobediencia civil. La primera es el incumplimiento de un deber jurídico motivado por la existencia de un dictamen de conciencia que se agota en la defensa de la moralidad individual y la segunda es una insumisión política al Derecho dirigida a presionar para que se adopte una decisión legislativa.

La objeción de conciencia implica un conflicto entre el deber moral y el deber jurídico. El conflicto se produce entre el ejercicio del derecho a la libertad de conciencia y el derecho de los ciudadanos a recibir las prestaciones legalmente establecidas. Una forma de solventar estos conflictos es que los poderes públicos arbitren mecanismos y sistemas que posibiliten, siempre que sea factible, el ejercicio de ambos derechos. En el ordenamiento jurídico, a nivel estatal, la objeción de conciencia sanitaria no cuenta con una regulación general pese a que, poco a poco, en el

ámbito de la salud va ocupando espacios y se ha instalado en el terreno inicial del aborto y su ámbito (planificación familiar, métodos anticonceptivos, preservativos, fabricación de anovulatorios, etc.), al tiempo que se ha comenzado a plantear en otros ámbitos de la medicina como es el consejo genético, biotecnología, manipulación genética, fecundación asistida, experimentación con embriones, cirugía transexual, trasplantes, clonación, etc.

No todos los casos son iguales, ni conceptual ni valorativamente, pero en tanto en cuanto no exista una regulación global nos hallamos con la dificultad de encontrar criterios claros y objetivos en su regulación. Es importante resaltar, a tal efecto, que la objeción de conciencia no está recogida en ninguno de los instrumentos internacionales de derechos humanos, aunque sí existen declaraciones y recomendaciones de organismos internacionales y asociaciones profesionales internacionales que reconocen a los médicos la posibilidad de negarse a realizar determinadas prestaciones contrarias a su conciencia,

no obstante éstas carecen de rango de normativa legal. En la Unión Europea el reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia viene afianzándose, progresivamente. Así, la Resolución del Parlamento Europeo de 8 de abril de 1997 sobre el respeto de los derechos humanos en el ámbito de la Unión Europea declaró que "la objeción de conciencia a formas concretas de prácticas sanitarias y determinadas formas de investigación científica forman parte de la libertad de pensamiento, conciencia y religión". El Tratado de Lisboa ha reconocido expresamente el derecho a la objeción de conciencia; y el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas en algunas de sus resoluciones ya lo viene reconociendo.

En nuestro ordenamiento jurídico la objeción de conciencia se ha reconocido por primera vez en la L.O. 2/2010 de 3 de marzo sobre salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo. En relación a la Objeción de Conciencia, en el Tribunal Constitucional no existe una doctrina clara, aunque en una de sus resoluciones en relación al

"El médico, por razones de conciencia, tiene derecho a negarse a aconsejar algunos métodos de regulación y asistencia a la reproducción, a practicar la esterilización o a interrumpir el embarazo, pudiendo comunicar al Colegio su condición de objetor de conciencia a los efectos pertinentes"

“El Tribunal Constitucional ha reconocido que los Códigos Deontológicos no solo constituyen tratados de deberes morales sino que también contienen obligaciones de necesario cumplimiento para los médicos colegiados”

aborto -del año 1985- afirmó que el derecho de objeción de conciencia existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no una ley reguladora al admitir que la objeción forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa, reconocida en el artículo 16.1 de la Constitución Española, que es aplicable en materia de derechos fundamentales. De conformidad a esta sentencia y en relación al aborto, la objeción de conciencia del médico puede ejercerse directamente cuando el médico, u otro profesional de la sanidad, se enfrenta con cuestiones que afectan al inicio y fin de la vida.

El Tribunal Constitucional -fuera del supuesto de reconocer la objeción de conciencia al servicio militar frente a la exigencia del cumplimiento de un deber público- ha admitido el derecho a objetar por motivos de conciencia de los médicos y personal sanitario que va a

intervenir en la práctica de un aborto. De conformidad con lo establecido por el Tribunal Constitucional que interpreta la aplicación del art. 9.1 de la Constitución que establece que "los ciudadanos y los poderes públicos están sujetos a la Constitución y al resto del ordenamiento jurídico", podemos concluir que el reconocimiento de un derecho de objeción de conciencia de carácter general no es posible ya que, en la práctica, equivaldría a que la eficacia de las normas jurídicas dependiera de la conformidad con cada conciencia individual.

En este mismo sentido, concluimos que la objeción de conciencia en los casos de interrupción del embarazo es un supuesto límite para esta situación concreta y que del mismo no se puede extraer un principio general ni de aplicación a otros supuestos. El Código de Ética y Deontología Médica (art. 26) recoge que el médico, por razones de concien-

cia, tiene derecho a negarse a aconsejar algunos de los métodos de regulación y asistencia a la reproducción, a practicar la esterilización o a interrumpir el embarazo, pudiendo comunicar al Colegio su condición de objetor de conciencia a los efectos pertinentes. En estos casos, el Colegio debe ofrecer el asesoramiento y la ayuda necesaria.

La Ley 44/2003 de Ordenación de las profesiones sanitarias en su artículo 4.7, establece que "el ejercicio de las mismas se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta Ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico".

Esta referencia a los principios y valores deontológicos otorga al Código Deontológico fuerza legal por la referencia que al mismo hace la Ley 44/2003; además de que el Tribunal Constitucional reconoce que los Códigos Deontológicos son tratados de deberes morales que contienen obligaciones que los médicos deben cumplir. Dado que los colegios tienen potestades públicas delegadas por ley, entendemos y defendemos que el art. 26 del Código de Ética y Deontología Médica es suficiente base legal para excepcionar el derecho de objeción de conciencia en los supuestos recogidos en dicho Código.

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.

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

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





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

Rafael Matesanz:

"Es muy difícil contar con índices de donación mayores que los registrados en el País Vasco"

Aunque el pasado año en el Estado los índices de donación descendieron, en la Comunidad Autónoma del País Vasco el índice de donaciones aumentó hasta sobrepasar los 40 donantes por millón de habitantes. Tal y como explicó el director de la Organización Nacional de Trasplantes, Rafael Matesanz, en su comparecencia ante los medios de comunicación "es muy difícil tener índices de donación mayores, porque la donación depende del número de personas que fallecen en una situación muy especial, es decir, de muerte encefálica".

4



La menor siniestralidad vial de los últimos años conlleva un descenso de donaciones. Por ello, en la actualidad, los donantes son personas mayores que fallecen como consecuencia de una hemorragia cerebral.

Según cifras ofrecidas por el doctor Matesanz, si a principios de la década de los 90 los donantes por accidente de tráfico representaban el 45% de todos los donantes, el pasado año significaron únicamente el 5%.

Los índices de donación tan altos en el País Vasco se deben -en palabras del doctor Matesanz- a que Euskadi cuenta con un sistema muy eficaz, una población muy concienciada, que muy pocas veces niega la donación, y una determinada epidemiología general (una población más envejecida donde los accidentes cerebro-vasculares son más frecuentes).

La conjunción de estas tres variables hace del País Vasco uno de los lugares del mundo con mayor índice de donación. El director de la Organización Nacional de Trasplantes y Premio Príncipe de Asturias de Cooperación Internacional 2010, acudió a San Sebastián invitado por el Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa y el Rotary Club donde impartió la conferencia "De la donación al trasplante de órganos" publicada íntegramente a continuación.

De la donación al trasplante de órganos*

RAFAEL MATESANZ

*Transcripción de la conferencia ofrecida en el Colegio de Médicos de Gipuzkoa el 18 de enero de 2011

Según datos del observatorio internacional de trasplantes gestionado por la ONT por delegación de la OMS, en el mundo, se hacen al año en torno a 100.000 trasplantes de órganos sólidos: riñón, hígado, corazón, pulmón, intestino, páncreas. Las dos terceras partes, 70.000, son trasplantes renales, 20.000 de hígado, 5.000 de corazón, 3.000 de pulmón, y más de 2.000 de páncreas.

Hay personas que llevan 45 años con un riñón trasplantado; 38 con un hígado; 33 con un trasplante de médula; 29 con un trasplante cardíaco. Esto significa que los trasplantes no son procedimientos para sobrevivir unos cuantos años, sino que son para toda la vida.

Y dado que hoy disponemos de mejor cirugía, mejores medicinas, y mejor "todo", los trasplantes que se están haciendo van a tener una supervivencia incluso muy superior a la indicada. En España, según las últimas cifras disponibles, hasta el 1 de enero de 2011, se han hecho cerca de 50.000 trasplantes de riñón, 18.000 de hígado, más de

6.000 de corazón, unos 2.500 de pulmón, 1.200 de páncreas y 80 de intestino. Lo cual significa que, hasta principios de este año, más de 77.000 personas en nuestro país han recibido un órgano.

A estas cifras hay que añadir los 300.000 trasplantes de tejidos (córneas, huesos, ligamentos, válvulas cardíacas, injertos vasculares, etc.). Lo cual significa que en España cerca de 400.000 personas han recibido algún tipo de trasplante. No estamos, por tanto, ante una medicina exótica, sino ante una terapéutica que forma parte del día a día de la medicina y la sanidad españolas.

El problema fundamental de los trasplantes es la escasez de donantes, ya que no hay ni suficientes órganos ni suficientes tejidos para todo aquel que lo necesita. Aunque es difícil hacer una estimación de las personas pendientes de un trasplante en el mundo -ya que no existe una lista de espera internacional-, si se toma como referencia la lista de espera española y se extrapola a la población mun-

dial, podría decirse que un millón de personas podrían beneficiarse de un trasplante de órganos si hubiera bastantes hospitales, órganos, cirujanos, etc. Según los datos relativos a 2009, la cifra de donantes correspondiente a España se sitúa en 34,4 donantes por millón, muy por encima de la UE y de EEUU.

En los años 80, sin embargo, España, con 14 donantes por millón de habitantes, estaba a la cola de Europa. Las cosas comenzaron a cambiar a finales de los 80 con la puesta en marcha de la Organización Nacional de Trasplantes. Desde entonces, la cifra de donantes ha ido subiendo hasta situarse en la actualidad entre 32 y 35 donantes por millón.

Hoy en día España sigue a la cabeza del mundo con una media de 32 donantes por millón, a pesar de que el pasado año -como consecuencia de un importante descenso en la siniestralidad vial- hubo una bajada significativa de donantes. En el País Vasco, sin

UNIDAD DE VÉRTIGO Y ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO

HOSPITAL QUIRON DONOSTIA
Parque Alkolea, 7 / Tels.: 943 32 26 46 - 943 43 71 00
20012 SAN SEBASTIAN

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

DR. FERMIN MATELLANES
OTORRINOLARINGOLOGIA

Aux: N. ALKIZA
Aux: G. GARMENDIA

**CRANEOCORPOGRAFIA DE CLAUSSEN
VIDEONISTAGMOGRAFIA COMPUTERIZADA
POSTUROGRAFIA
POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL
OTOEMISIONES ACUSTICAS**



■ Enrique Telleria, presidente del Colegio de Médicos de Gipuzkoa, y Carmela García, presidenta del Rotary Club de San Sebastián, atienden la conferencia impartida por el doctor Matesanz

embargo, la donación no sólo no descendió, sino que subió. La razón es que el País Vasco tiene un sistema de organización realmente bueno.

De hecho, cuando se comenzó a desarrollar el modelo español de donación se tomó como referencia la organización de coordinación que Osakidetza estableció a mediados de los 80 y que ha permitido que Euskadi haya tenido tasas de donación en torno a 40 donantes por millón de habitantes, o por encima, y unos índices de negativa familiar por debajo del resto del país. Es muy difícil tener índices de donación mayores que los aquí registrados, porque la donación depende del número de personas que fallecen en una situación muy especial, es decir, de muerte encefálica.

En España -un país que representa el 0,6% de la población mundial- se hacen más de cuatro mil trasplantes al año. Uno de cada veinte trasplantes de hígado del mundo, por ejemplo, se hace en España. Pero no se trata sólo de cantidad, sino también de calidad.

Y es que, según un estudio sobre la supervivencia de los trasplantes realizado en Estados Unidos y España, transcurridos 10 años la

supervivencia arroja una ventaja de 20 puntos para España. La explicación más plausible de esta supervivencia a largo plazo es que los pacientes reciben del sistema nacional de salud español un seguimiento mucho más perfeccionado, con medicinas sufragadas por el sistema. Algo que no ocurre en EEUU.

El proceso de la donación comienza en una UVI cuando la persona, desde el punto de vista científico, legal y ético, ya está muerta, aunque sigue conectada a un respiradero de forma artificial y su corazón todavía late. Es ahí donde alguien tiene que pensar que esa persona fallecida puede ser donante.

En este proceso hay que mantener la hemodinámica para que no se produzca la parada cardíaca, dar todos los pasos para establecer el diagnóstico de muerte cerebral, solicitar la autorización a la familia, consultar a los familiares sobre la voluntad de la persona fallecida, organizar la extracción de órganos, proceder a la misma y, si todo sale bien, hasta seis personas pueden recibir un órgano, y bastantes más tejidos, de una persona fallecida. El punto clave para que haya un alto nivel de donaciones es que los coordinadores estén dentro de los hospitales. Y es

que los responsables de que en los hospitales haya donantes son los coordinadores, médicos intensivistas en un 80%. Esto también diferencia lo que ocurre en España de lo que ocurre en otros países donde es frecuente que el coordinador esté fuera del hospital esperando a que le llamen. Aquí, generalmente, ese papel lo ocupa el intensivista, que es quien detecta al posible donante. Se trata de una profesión francamente dura que, en un hospital grande, conlleva tener que contactar cada año con 50-60 familias y explicarles que su familiar ha fallecido, así como que es necesario donar.

El 12% de quienes mueren en la UVI muere de muerte encefálica. De éstos, pueden ser donantes un 54%. Si en un hospital no se dan estos porcentajes sabemos que algo está pasando, por lo que, para detectar dónde está el problema y ofrecer propuestas de mejora, se realiza una evaluación externa por parte de intensivistas de otra comunidad.

El sistema español cuenta con una oficina central, en Madrid, que recoge el listado de todos los pacientes en espera, así como los criterios de distribución acordados a principios de año. Así, cada vez que hay un donante -diariamente entre cuatro y cinco-

se llama a la ONT. De este modo, el órgano se atribuye a quien le toca. Si todo va bien, hasta cinco o seis enfermos se pueden beneficiar de esa donación, lo que conlleva que, como mínimo, cien personas se vean involucradas (personal del hospital donante, de los distintos hospitales trasplantadores, aeropuertos, ONT...).

Otro punto fundamental del modelo español es la formación. Desde que surgió la organización, se ha formado a más de 11.000 profesionales con cursos de todo tipo: cómo detectar un donante, cómo hacer el mantenimiento, cómo hacer la entrevista familiar... De entrada, se forma a todos los residentes de intensivos -quienes hacen las guardias- para detectar donantes. Algo que también se hace con los residentes de urgencias, neurólogos...

Para que el sistema funcione es importante que los donantes no representen una sobrecarga económica para el hospital en el que fallecen. Por eso, en los años 90, la ONT estableció un procedimiento por el cual el hospital que hacía una extracción recibía una cantidad económica equivalente a lo que tenía que gastar en personal, material, abrir un quirófano, etc.

No se trata de que el hospital haga negocio con los trasplantes, sino de que no pierda dinero. Esto es importante porque en España de los hospitales grandes se saca el 60% de las donaciones, pero de los hospitales pequeños el 40%. Países como Reino Unido o Alemania cuentan con una tasa de donación de 13 donantes por millón. En España, sólo en los hospitales pequeños, hay tantos donantes como en todos los hospitales de Reino Unido y Alemania.

Asimismo, la ONT dedica mucho tiempo a explicar el mensaje de la donación en los medios de comunicación, pues a través de los medios -la radio y la televisión, fundamentalmente- se llega más fácilmente a la gente.

La gente todavía puede tener la idea de que el donante de órganos es un motorista joven que va sin casco. Algo que era verdad hace 25 años, ahora es rigurosamente falso. Con la entrada en vigor de la nueva ley de seguridad vial y el carné por puntos, los donantes por accidentes de tráfico se han reducido a la tercera parte. En la actualidad el donante de órganos es una persona mayor que fallece como consecuencia de un accidente cerebro vascular: una hemorragia cerebral, una trombosis, o cualquier otro tipo de accidente cerebro vascular.

Si en 1992 sólo un 10% de los donantes tenían más de 60 años, en 2010 casi la

mitad, el 45%, tiene más de 60 años. Es decir, el perfil del donante ha cambiado de forma radical. No hay edad para la donación. Lo que hay que hacer es una valoración individualizada de cada donante, ver cómo está.

En la cadena de la donación hay dos eslabones delicados, que son cómo detectar al donante (darnos cuenta de quién es un donante potencial) y pedir permiso a la familia. El factor clave es que haya una buena organización que detecte los donantes, que hable con la familia, que lo ponga en marcha y que haga que los donantes donen de verdad y no sólo de forma teórica.

Por eso, hacemos hincapié en los cursos de formación de coordinadores y de comunicación de malas noticias, porque somos conscientes de que, al final, de eso va a depender que la familia diga sí o diga no. Y es que la concienciación de la población no es el factor clave.

El porcentaje de negativas familiares en España se encuentra en el 18%. Navarra y el País Vasco marcan la diferencia con un nivel de negativa familiar siempre por debajo del 10%. Muchos años, incluso todas las familias, cuando se les han solicitado los órganos, han dicho sí. Galicia, por ejemplo, en el extremo contrario, registra negativas en torno al 30%. Es muy importante qué y cómo se le dice a la familia, pues según cómo se haga puede que no done.

Hay un porcentaje muy alto de los inmigrantes que está donando exactamente igual que los ciudadanos españoles. Incluso hay cosas curiosas que ponen de manifiesto la importancia que tiene el coordinador.

A pesar de que en Gran Bretaña la negativa familiar ronda el 40%, hay más de 200 británicos donantes fallecidos en España y el porcentaje de negativas familiares de los británicos residentes en nuestro país es del 9%.

La ONT está potenciando la donación en vivo -menos desarrollada en España que en otros países-, necesaria para los receptores jóvenes si se quiere implantarles los órganos más adecuados. El año pasado, en España, se realizaron 240 trasplantes de riñón de donantes vivos, casi un 11% de todas las donaciones. La media de la Unión Europea es del 18% y del 36% en EEUU.

El trasplante renal es uno de los pocos casos en medicina donde la terapéutica más barata proporciona más supervivencia y mejor calidad de vida. No es un programa caro, sino una forma eficiente de utilizar los recursos. El trasplante, además de ahorrar, salva vidas y mejora la calidad de vida de los pacientes. Éste es el único objetivo del sistema sanitario.

El coste del trasplante se amortiza en uno o dos años, dependiendo del país. Una persona con insuficiencia renal tratada con diálisis, en Europa occidental, dependiendo de su grado de complejidad, cuesta entre 40.000 y 50.000 euros al año. El primer año del trasplante cuesta un poco más.

Pero su coste cae inmediatamente y acaba por costar la medicación y las complicaciones que puedan surgir. La supervivencia es superior en la persona trasplantada a la sometida a diálisis. Y la calidad de vida, simplemente, no se puede comparar.

Los trasplantes en cifras

Al año en el mundo se hacen **100.000** trasplantes de órganos sólidos: **70.000** renales; **20.000** de hígado; **5.000** de corazón, **3.000** de pulmón y algo más de **2.000** de páncreas.

En España, hasta principios de este año, más de **77.000** personas han recibido un órgano.

De ellas, **50.000** han sido trasplantadas de riñón; **18.000** de hígado; más de **6.000** de corazón; en torno a **2.500** de pulmón; **1.200** de páncreas y **80** de intestino. A lo que hay que añadir **300.000** trasplantes de tejidos: córneas, huesos, ligamentos, válvulas cardiacas, injertos vasculares, etc.

En total, en España, cerca de **400.000** pacientes han recibido algún tipo de trasplante.

Esos trasplantes se han podido realizar porque en España hay **34,4** donantes por cada millón de habitantes (datos de 2009). El número de donantes en Euskadi sobrepasa los **40** donantes por millón.

Hay personas que llevan **45** años con un riñón trasplantado; **38** con un hígado; **33** con un trasplante de médula; o **29** con un trasplante cardíaco. Y una última cifra, sólo **1** de cada **10** personas que necesita un trasplante lo consigue.

PABLO SANZ JACA

Jefe del Servicio de Urología del Hospital Universitario Donostia:

"El Hospital Donostia puede llegar a hacer trasplantes"



"El Hospital Donostia, a pesar de que a día de hoy no hace trasplantes, es todo un referente. Y lo es, tal y como ha comentado el doctor Rafael Matesanz, gracias a la generosidad de la población guipuzcoana. Gracias a esta población que cuando se le pide que done lo hace. Pero también gracias a la labor del equipo de coordinación formado por Pilar Olaizola y el doctor Gabriel Txoperena, dentro de la Unidad de Intensivos en la que la doctora Pilar Marco es jefa del Servicio. Ella, desde hace muchos años, al igual que otros muchos en el Hospital Donostia, está totalmente

implicada con la donación. Discrepo con el doctor Matesanz cuando dice que el Hospital Donostia es un hospital pequeño. El nuestro, en absoluto, es un hospital pequeño. El Hospital Donostia es un gran hospital que puede llegar a hacer trasplantes si la organización de trasplantes del País Vasco lo considerara oportuno. El hospital, tanto la estructura, como las personas, estamos en ello. Pues dentro del Hospital Donostia existe todo un entramado de profesionales convencido en lo que hace".

FERNANDO VIDAUR

Jefe del Servicio de Nefrología del Hospital Universitario Donostia:

"La media de edad de los donantes de riñón está en torno a los 75-77 años"



"El paciente en diálisis está sujeto a unos horarios y debe estar un tiempo conectado a una máquina. El paciente trasplantado que va bien -un porcentaje muy alto de los trasplantados- hace una vida prácticamente normal, aunque sujeto a una medicación que hay que controlar de por vida. Podría decirse que la vida de la persona que pasa de la diálisis al trasplante es totalmente opuesta". "Hasta hace no mucho, se consideraba que los 70 años era el límite de edad en los donantes de riñón. Esa edad se ha ido prolongando y actualmente la media de edad de la persona que dona

se sitúa en torno a los 75-77 años. Aunque es verdad que se pueden dar casos puntuales por encima de esa edad. Hoy en día también se admite el donante de edad que da los riñones en bloque. Esto significa que, al tratarse de personas cuyos riñones tienen cierto déficit de funcionamiento por la edad, al receptor -generalmente también una persona mayor- se le implantan los dos riñones en bloque con el trozo de arteria que los une. En estos casos, la suma de los dos riñones permite al receptor un funcionamiento renal más adecuado que si se le implanta uno solo".

PILAR OLAIZOLA

Coordinadora de trasplantes de Gipuzkoa:

"En la donación participa absolutamente todo el hospital"



"En Euskadi, igual que en el resto del Estado, el trabajo, como ha dicho el doctor Matesanz, es un conjunto, un todo, en el que hay que tener en cuenta la organización, el modelo de gestión, la información ofrecida a la población, la relación con la prensa... Yo llevo diecisiete años como coordinadora de trasplantes y lo que tengo que destacar es la participación de todo el hospital. No hay ningún estamento que se quede sin participar. Es una colaboración absoluta. En nuestro

caso, vamos por los servicios diciendo: Venimos para antes de ayer. Y todo el mundo nos apoya. ¿Por qué digo que venimos para antes de ayer? Porque tú no puedes elegir el momento en el que tienes un donante. Esto es algo que lo entiende todo el mundo perfectamente. El donante viene y lo hace en ese momento. Ni lo puedes elegir, ni lo puedes dejar para luego. Y como todo el mundo entiende eso, participa y colabora".

PILAR MARCO
Jefa del Servicio de Intensivos del Hospital Universitario Donostia:

"En Gipuzkoa se hacen casi el 50% de las donaciones del País Vasco"

"En el servicio de Intensivos se encuentran aquellos pacientes en una situación crítica por un accidente, una intervención quirúrgica que se ha complicado, un infarto, una trombosis pulmonar... Aunque están en una situación grave, no son pacientes terminales, pues tienen posibilidad de salir adelante. En el servicio estamos en permanente contacto con la familia, le explicamos cómo va el paciente, su evolución, el porvenir, si pensamos que se puede agravar... Llegado el momento les pedimos que donen los órganos".

"En Gipuzkoa la gente es muy generosa y las familias donan con bastante facilidad. De esa tasa, que es muy elevada en el conjunto del País Vasco, si desglosamos por territorios, Gipuzkoa está casi en el 50%. Cada año en el servicio de Intensivos 32 pacientes son donantes de órganos. El éxito se debe al permanente contacto. En Intensivos, muchas personas con una hemorragia general masiva, por ejemplo, con un buen mantenimiento, pueden ser donantes y dar la vida a otras personas".







"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







RESECCIÓN PUBLICIDAD EMERGENCIAS LP 14/08

Defendió la necesidad de la colegiación universal de todos los profesionales sanitarios

El presidente de la OMC visita el Colegio de Médicos de Gipuzkoa

Esta visita tenía como objetivo informar tanto a la Junta de Gobierno como a la Comisión deontológica del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa sobre el compromiso asumido por la profesión médica con el Pacto de Estado para la Sanidad.

En el transcurso de su visita, el pasado 22 de febrero, el presidente de la OMC, Juan José Rodríguez Sendín, expuso la necesidad de que las organizaciones colegiales de médicos ejerzan su papel como órgano regulador de la profesión médica. Asimismo, dio cuenta

del proyecto de ley sobre la colegiación profesional y, a este respecto, defendió la necesidad de la colegiación universal de todos los profesionales sanitarios, independientemente de que trabajen en la sanidad pública o la privada. Y es que los colegios

profesionales son los órganos que regulan las profesiones, que deciden cuáles son las buenas prácticas profesionales y determinan donde están los límites, poniendo siempre la seguridad del paciente por delante de los intereses del propio profesional.



■ Juan José Rodríguez Sendín y Enrique Telleria junto a miembros de la Junta de Gobierno y la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Gipuzkoa antes de comenzar la reunión

ELKARGOAK ETA ELHUYAR FUNDAZIOAK HITZARMENA SINATU DUTE

Elhuyar aldizkaria % 25 merkeago elkargokideentzat

Elhuyar Fundazioak eta Sendagileen Elkargoak sinatu berri duten hitzarmenari esker, Elhuyar aldizkariako harpidedun egiten diren elkargokideek % 25eko deskontua izango dute harpidetza sarian. Hitzarmena pasa den urtarilaren 1ean sartu zen indarrean. Beraz, Elhuyar zientzia eta teknologia aldizkariako harpidedun egin nahi duten elkargokideek % 25eko deskontua dute orduz geroztik.

Elhuyar aldizkariako harpideek urtean aldizkariaren 11 ale jasotzen dituzte paperean. Horrez gain, aldizkariaren edizio digitalera sarbidea ere badute harpidetzaren truke.

Urtebeteko harpidetzaren prezio arrunta 49,5€ da lehenengo urtean eta 42€ bigarrenengan. Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofizialak eta Elhuyar Fundazioak sinatutako akordioaren arabera, elkargokideek lehenengo urtean 37,125€ eta 31,5€ bigarrenengan ordainduko dute. Esan bezala, % 25a gutxiago.

% 25eko deskontua dagoeneko Elhuyar aldizkariako harpide diren elkargokideek ere jasoko dute. Deskontua izan nahi duenak Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofizialeko elkargokide dela adierazi behar du Elhuyarren.



Altas y bajas

Altas

DICIEMBRE 2010

Iglesias Aguirre, Utsune
Guijarro Cebalos, Rafael
Maruri Elizalde, Maite
Pérez Rodríguez, Catalina
Azurmendi Arin, Igor
Trueba Sierra, M^a Mercedes
Porres Barrio, Yolanda
Arostegi Kareaga, Nere
Ruiz Manzabal, Iñaki
Vergara Micheletorena, Itziar

ENERO 2011

Farrington Brenda, Jean
Banak Jules Bertin, Irun
Amiano Echezarreta, M^a Isabel
Pérez López, Javier
Guimón Olaizola, Elena
Lakkis Lakkis, Hani

Caballero Martínez, M^a Cristina
Hernández Lorge, Amaia
Ikazuriaga Armaolea, Alaitz
Gutiérrez Delgado, David

FEBRERO 2011

Romero Iturrioz, Olatz
Vigilio Suárez, Edwin
Serns Díez, Iratxe
Alarcón Duque, José Antonio
Díez Padierna, Ana Belén

Bajas

DICIEMBRE 2010

Valladores Velásquez,
Luis Alberto
Achurra González, Ana
Olabarri Payueta, José Ignacio
Aguirreburualde Pérez,
Raquel M^a

ENERO 2011

Fernández Fernández,
Fco. Javier
Quintana Uriarte, Marta
Maleta Maso, Miriam
Mendioroz Iriarte, Maite
Galán Hijarte, M^a Victoria
Ibarruri Martínez, Eneko
Carbajo Martínez, Salvador Iván
Díaz Basterra, Goiztidi
Barrenetxea Asue, Julen
Bastardo González, Ana M^a

FEBRERO 2011

Asurabarrena Iraola, Carmen
González Santo Tomás, Ruth
Osorio Osorio, Edgardo
Osorio Osorio, José Gregorio
Díaz Aristizabal, Urko
Zambrano Paz, Alberto Isauro
Varona Granco, M^a Camino

Ansorena Ros, Roberto
Garcandia Mugica, Cristina

Fallecidos

DICIEMBRE 2010

Rey Otero, Angel Ramón
Llamas Lombardía,
Ceferino Angel
Garmendia Emperador, Marta

ENERO 2011

Guerra Linarez, José R.
Ponce De León Montalvo,
Ricardo
San Vicente Leza, M^a Teresa

FEBRERO 2011

Albistur Tomé, Juan José

In Memoriam

Ángel Llamas



Ha muerto el Dr. Ángel Llamas, jefe de Servicio de Cardiología de Policlínica de Gipuzkoa y del Hospital Donostia. Ha muerto acompañado de su mujer. En silencio. Sin aspavientos. Discreetamente, como siempre hizo las cosas.

40 años dedicados a sus enfermos y estudiantes, tanto de medicina como de enfermería y, cómo no, a sus residentes.

A todos nos diste algún buen consejo (aunque poco caso te hicimos). Nos enseñaste cardiología, pero de la de verdad. Siempre insististe en la importancia de escuchar al paciente, de buscar los problemas entre las palabras y de explorar al paciente detalladamente.

Sin olvidar nunca la cardiología tradicional, mucha historia clínica y mucho fonendo. Sin embargo, nunca te resististe al avance de la tecnología y, como buen profesional, supiste adaptarte a un tiempo de cambios continuos y así consagrarte como un gran médico y profesor. Contigo vimos la primera estenosis mitral en el ECO, hicimos los primeros diagnósticos con las primeras tecnologías y hoy, gracias a ti, nos parece que existieron desde siempre.

Fuiste el médico y amigo de todos sin ninguna ambición personal. Fuiste nuestra referencia, un apoyo, siempre dispuesto a quedarte para que los demás disfrutáramos. Tu gran dedicación a los demás supuso un importante sacrificio personal y, en tus últimos años, soñabas con el momento de la jubilación para poder devolver el tiempo que les robaste a Maite, Aitor y Olatz. Sin embargo, apenas pudiste disfrutar de tu tiempo, de tu momento.

Tu recuerdo permanecerá en todos de por vida, médico, profesor y por encima de todo amigo y gran compañero. Un abrazo para siempre de tu servicio de Cardiología.

Ángel Rey Otero



Nacido en Santiago el 20 de diciembre de 1948, cursó sus estudios de Medicina en la Universidad de Santiago.

Fue médico residente especializado en Pediatría en el Hospital de Cruces, y médico adjunto y Jefe de Sección de Neonatología del Hospital Nuestra Señora de Aranzazu, hoy Hospital Donostia.

Médico entrañable. Persona afable, responsable, cercana y buen compañero. Sonriente y serio. Gallego y vasco. Creaste una gran familia: en tu casa y en el trabajo.

Con tu humanidad y buen hacer profesional, entregando siempre tu inteligencia y corazón, conseguiste que los padres, los niños y tus compañeros del día a día te considerasen su amigo.

Todos notaremos tu falta, especialmente en Pediatría y en la Unidad de Neonatología en la que tantas ilusiones depositaste. Nos dejas un gran hueco que lo supliremos con lo que tú sembraste: amistad y profesionalidad. Nos consuela el orgullo y la satisfacción de haber sido tus compañeros y amigos. Siempre ocuparás un lugar importante en nuestro recuerdo. Adiós Ángel.

Servicio de Pediatría. Hospital Donostia

PRETENDE DAR VOZ AL COLECTIVO MÉDICO DE GIPUZKOA

La revista del Colegio se renueva

Tras un tiempo de análisis y reflexión el Colegio ha decidido dar un giro a su revista tanto en su diseño como en sus contenidos. Como se puede comprobar, ésta ahora cuenta con más información ligada a la actividad colegial.

A lo largo de su historia, Medikuen Ahotsa-Gipuzkoa Médica ha pasado por distintas etapas. La primera, entre 1911 y 1936, coincidió con una época en la que Gipuzkoa -tanto por sus servicios e instalaciones como por sus políticas sanitarias- era un referente. Valga recordar instituciones pioneras como la Gota de Leche, la casa cuna de Fraisoro o

los centros antituberculosos tomados, en muchos casos, como un ejemplo a seguir. En aquella época la revista ejercía como portavoz de la Academia Médico-Quirúrgica, de la Asociación de Médicos Titulares de Gipuzkoa, del Comité local antituberculoso y del Dispensario antituberculoso de Donostia y contaba con la colaboración de prestigiosos médicos guipuzcoanos.

Gipuzkoa Médica dejó de salir por primera vez con la guerra de 1936. Pasaron 18 años hasta que, en 1954, volvió a ver la luz. Esta segunda etapa duró hasta 1975, en que la revista nuevamente dejó de publicarse.

Tras casi 30 años de paréntesis, en 1994 el Colegio vio la necesidad de retomar la publicación para dar a conocer su actividad y ser, al mismo tiempo, foro de debate de las cuestiones que preocupan al colectivo médico.

Coincidiendo con esta renovación, recordamos que la revista está abierta a las sugerencias y colaboraciones de quienes forman parte del Colegio.

Si quieres enviar alguna colaboración, puedes contactar con el departamento de Comunicación del Colegio (prensa@gisep.org).



SAAB experience

www.saabexperience.com



Cuando la inspiración te llega a 3.000 metros de altura, los demás coches se ven muy pequeños.

Puede que sea por su herencia aeronáutica o porque trae de serie lo más avanzado en seguridad. O, simplemente, porque es un Saab. Pero, cuando lo pruebas, sientes que estás en otro nivel. Y cuando ves su precio entiendes que nadie más sabe volar tan alto sin dejar de tener los pies en la tierra.

Nuevo Saab 9-5 desde 35.500€.



4 años de garantía
años de asistencia
en carretera

SAAB
PERFORMANCE
PROGRAM



SAAB
move your mind™

Saab Performance Program de serie. Promoción válida PyB para el Nuevo Saab 9-5 Sedan Linear 2.0 TiD 160CV Manual. Ahora desde 35.500€. Gastos de matriculación no incluidos. El modelo mostrado no corresponde al visualizado. Consumo mixto desde 5,3l/100 km. Emisiones de CO₂ desde 139 gr/Km.

POR SU LABOR EN LA RECUPERACIÓN DE LA MEMORIA HISTÓRICA

Francisco Etxeberria recibe la Medalla al Mérito Ciudadano de San Sebastián

Francisco Etxeberria, profesor de Medicina Legal y Forense en la UPV/EHU y presidente de la Sociedad de Ciencias Aranzadi, ha recibido la Medalla al Mérito Ciudadano de San Sebastián por impulsar la recuperación de la memoria histórica. La Medalla al Mérito Ciudadano distingue a las personas o colectivos donostiarros que prestan servicios de carácter extraordinario a la ciudad.

Desde el año 2000, Francisco Etxeberria -al frente de un equipo integrado por historiadores, antropólogos, forenses, arqueólogos, psicólogos y voluntarios- ha participado en la exhumación de fosas de personas asesinadas durante la Guerra Civil.

Etxeberria añade este reconocimiento a los premios de Derechos Humanos del Gobierno Vasco y de la Diputación de Gipuzkoa recibidos con anterioridad.

Al recibir el galardón, destacó al equipo que le rodea, sin el que, según él, su labor hubiera sido imposible. Quienes conocen a Paco Etxeberria destacan que ha luchado por la exhumación de fosas de la Guerra Civil sin buscar culpables. Hasta el momento, Etxe-



■ Paco Etxeberria junto al alcalde donostiarra Odón Elorza, tras recibir el galardón

berria ha colaborado en más de un centenar de exhumaciones en España. Asimismo, es miembro de la comisión de expertos de la

Comisión de Derechos Humanos del Gobierno de Chile creada para investigar los desaparecidos durante la dictadura de Pinochet.

EL 20 DE OCTUBRE SE CELEBRARÁ UN CURSO PARA RESIDENTES Y MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

San Sebastián acogerá el XXX Congreso de patología mamaria

El XXX Congreso de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria se va a celebrar en el parque Tecnológico de Miramón coincidiendo con el día internacional del cáncer de mama. Organizado por la Unidad de mama de Onkologikoa, el congreso tendrá lugar los días, 20, 21 y 22 de octubre.

El día 20 se celebrará un curso para residentes y médicos de Atención Primaria en el que, entre otras cuestiones, se tratará sobre novedades en oncología médica; programas

de diagnóstico precoz en mujeres menores de 50 años; la actitud ante la patología mamaria; la reconstrucción mamaria; así como las unidades de mama. Si bien las inscripciones podrán hacerse hasta el 10 de octubre, el 19 de septiembre finaliza el plazo para presentar comunicaciones. Para más información se puede consultar la página del Congreso: www.congresosespm2011.com. Tal y como indica el doctor Alberro, presidente del comité organizador, "la idea central de esta edición es resaltar la importancia de las

Unidades de Mama y su papel en conseguir que los planteamientos terapéuticos locales sean cada vez menos agresivos y los sistémicos cada vez más dirigidos e individualizados".

Con anterioridad al congreso, el día 19 de octubre -día internacional del cáncer de mama- asociaciones de mujeres afectadas de cáncer de mama y autoridades participarán en el acto institucional que tendrá lugar en la sede de Onkologikoa.

EL PRÓXIMO 8 DE ABRIL EN EL COLEGIO DE MÉDICOS DE GIPUZKOA

Reunión científica de la Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría

La sexta reunión científica de la Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría se celebrará el viernes 8 de abril en el salón de actos del Colegio de Médicos de Gipuzkoa. En el transcurso de la jornada además de glorificar la figura del profesor Rodríguez Soriano –la sesión se hará en su memoria– se celebrará una mesa redonda sobre la hematuria en la edad pediátrica en la que participarán las doctoras Mertxe Ubetagoiena, Mireia Agirre y Gema Arizeta, moderadas por el doctor Doroteo

Arruebarrena. Las doctoras Leonor Arranz y M^a José Reguilón, por su parte, moderarán las comunicaciones libres que se presenten. Asimismo, el doctor Eduardo González Pérez-Yarza ofrecerá una conferencia sobre inflamación y asma. Los premios a las mejores comunicaciones presentadas se entregarán en el acto de clausura. La Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría aprovechará esta reunión para celebrar su asamblea general, y elección del nuevo presidente.

PARA DESMITIFICAR LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA QUIMIOTERAPIA

Presentada la campaña ¡Siéntete bien! dirigida a pacientes oncológicos

Con el objetivo de informar y concienciar a los pacientes de que las náuseas y los vómitos durante la quimioterapia se pueden prevenir, la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), y la Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA), han puesto en marcha la campaña de comunicación y sensibilización ¡Siéntete bien!, dirigida a pacientes oncológicos y sus familias.

No hay que olvidar que la quimioterapia, por sus efectos secundarios, es el tratamiento médico que más asusta a los pacientes con cáncer.

Así, esta campaña, recientemente presentada en el Colegio de Médicos de Gipuzkoa, trata de desmitificar los efectos secundarios de la quimioterapia, para lo que –según explicó la doctora Isabel Álvarez del Servicio de Oncología Médica del Hospital Donostia– es muy importante contar con la información adecuada. "La quimioterapia no es ninguna broma, tiene efectos secundarios que, cuando aparecen, se pueden controlar o tratar. Y, prácticamente en la mayoría de los casos, hoy en día, se pueden prevenir".

Asimismo, la doctora Álvarez insistió en la necesidad de transmitir que el paciente debe preguntar al médico sobre todo aquello que le inquiete, pues para afrontar el tratamiento lo mejor es contar con la información adecuada. "El enfermo tiene que exigir informa-



■ La doctora Isabel Álvarez, médico del Servicio de Oncología Médica del Hospital Donostia, junto a Txaro Beobide, presidenta de Katxalin, asociación de mujeres afectadas de cáncer de mama y ginecológico de Gipuzkoa

ción y los médicos estamos obligados a dársela" dijo la doctora Álvarez. La Sociedad Española de Oncología Médica –que en la actualidad integra a más de 1.300 médicos especialistas en oncología– ha editado un manual escrito por tres prestigiosas oncólogas que recoge las cuestiones más frecuen-

tes sobre náuseas y vómitos tras la quimioterapia. Asimismo, ha editado otro manual sobre los mitos y las realidades de la quimioterapia; en este caso escrito por una superviviente de cáncer y adaptado al castellano por dos doctoras. Estas guías están disponibles en las consultas.

EN 2010 EN GIPUZKOA TRES MÉDICOS FUERON AGREDIDOS

Condenado a más de dos años de cárcel por agredir al médico

El pasado mes de febrero, dos juzgados de lo penal –uno de Pamplona y otro de Jerez– condenaron a sendas personas por agredir al médico en el centro de salud en el que atendían. En ambos casos, la justicia ha incoado expedientes por delitos de atentado contra funcionarios públicos en el ejercicio de sus funciones.

Según la sentencia del Juzgado de lo Penal nº 4 de Pamplona, se ha condenado a un hombre a dos años y tres meses de cárcel por un delito de atentado contra funcionario público. Los hechos ocurrieron, en julio de 2009, en el Hospital Reina Sofía de Tudela, cuando el ahora condenado agredió al médico que examinó a su mujer por considerar que el reconocimiento médico realizado no era "el adecuado". El juez, por su parte, indica en la sentencia que, según los testigos y el informe forense, la atención fue "correcta" y entraba dentro de los protocolos normales.

El 23 de julio de 2009 el procesado y su mujer acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital de Tudela debido a que ella no se encontraba bien y sufría un dolor en la zona

abdominal. Dado que solicitaron que les asistieran con rapidez, "fueron atendidos por el médico de Urgencias para evitar problemas por su insistencia", según recalca el juez como hechos probados.

Cuando el médico comenzó su exploración, la persona ahora condenada comenzó a gritar contra el médico y le propinó un puñetazo que motivó que el médico cayera al suelo. El doctor sufrió contusiones en pecho y hombro, así como una erosión en el cuello. El juez ha reconocido en estos hechos un delito de atentado contra funcionario público.

El Juzgado de lo Penal nº 2 de Jerez, por su parte, también ha apreciado delito de atentado contra funcionario público en el ejercicio de su función en la agresión sufrida por un médico del centro de salud de Ubrique (Cádiz). En este caso la agresora ha sido condenada a un año de cárcel y a su internamiento en un centro psiquiátrico. Según el Colegio de Médicos de Cádiz, la sentencia declara probado que la paciente entró en la consulta del médico solicitando unas pastillas tranquilizantes. Ante la negativa del facul-

tativo a volver a recetarle una medicación que ya le había prescrito dos días antes, la paciente le propinó un manotazo en la cara, le insultó gravemente y le amenazó de muerte. Como consecuencia de la agresión, el médico desarrolló un cuadro de ansiedad.

En Gipuzkoa, por su parte, el pasado año 2010 se presentaron tres denuncias por agresiones a médicos y hay todavía pendiente de juicio otros tres casos de denuncias presentadas con anterioridad. Asimismo, en 2010 se celebraron otros tres juicios también por agresiones a médicos. En dos de los casos el juez dictó sentencia favorable al médico y en el tercero el juez dictaminó que la persona agresora no era consciente de sus actos.

La Asesoría Jurídica del Colegio estima que el protocolo seguido en estos casos ha sido correcto y un paso adelante en defensa de los médicos. Es más, en los casos que se han resuelto con condenas el agresor no ha sido nuevamente denunciado y en dos casos los denunciados han pedido perdón al médico.

ATENDIÓ A TRECE NUEVOS PACIENTES, CINCO DE GIPUZKOA

Presentada la memoria de gestión del PAIME correspondiente al 2010

Durante el pasado año el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo de la Comunidad Autónoma del País Vasco –iniciativa del Consejo Médico del País Vasco en colaboración con el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco que trata de ofrecer asistencia gratuita a los médicos con problemas psíquicos o conductas adictivas– atendió trece nuevos casos, de los cuales cinco son médicos colegiados de Gipuzkoa. El perfil del nuevo paciente atendido el pasado año por el PAIME es el de un hombre que trabaja en la sanidad pública que tiene problemas con el abuso de sustancias. Y es que en el 77%

de los casos los enfermos eran hombres que, casi en su totalidad (12 casos), ejercían la medicina en la Sanidad pública. En lo que al diagnóstico de entrada al programa se refiere, la mayoría de las veces la razón se debe al abuso de sustancias (7). En el resto de los casos -6 el pasado año 2010- el ingreso se debe a algún trastorno mental.

En la Comunidad Autónoma del País Vasco, desde octubre de 2004 –fecha en que se puso en marcha el Programa PAIME– hasta finales del año 2010, este programa ha prestado ayuda a un total de 104 médicos. Dado

que la mayoría de las patologías por las que se ha acudido al programa son de carácter crónico, a finales de 2010, 39 médicos seguían siendo atendidos.

El objetivo fundamental de este programa –que para este año 2011 cuenta con un presupuesto de algo más de 104.000 euros– es la recuperación del profesional enfermo y su vuelta al trabajo en las mejores condiciones. Esta iniciativa es totalmente confidencial y está basada en la solidaridad profesional, ya que se financia a través de las cuotas que aportan los médicos.

ORGANIZADAS POR EUSKO IKASKUNTZA TENDRÁN LUGAR LOS DÍAS 10 Y 11 DE JUNIO EN BILBAO Y BAYONA

Conferencias en homenaje al psiquiatra Julián de Ajuriaguerra

Coincidiendo con el centenario de su nacimiento y bajo el título "La actualidad del pensamiento de Ajuriaguerra: una visión global del paciente", Eusko Ikaskuntza – Sociedad de Estudios Vascos ha organizado un ciclo de conferencias que va a tener lugar los días 10 y 11 de junio en Bilbao y Bayona y va a servir de homenaje al doctor Julián de Ajuriaguerra nacido en Bilbao el 7 de enero de 1911 y fallecido en Villefranche (aldea próxima a Bayona, Francia) el 23 de marzo de 1993.

Julián de Ajuriaguerra estudió Medicina en París –donde se doctoró en 1936– formándose en Neurología y Psiquiatría en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Sainte-Anne. Allí comenzó su dilatada carrera profesional. En 1946 fue nombrado Profesor Agregado de Neurología y Psiquiatría y jefe de equipo de investigaciones y de reeducación de las alteraciones de la psicomotricidad y del lenguaje en el Hospital Henri Rouselle de París (centro de profilaxis mental del departamento del Sena), así como jefe del laboratorio de anatomía patológica de los Hospitales del Sena. En 1959 las universidades de Bruselas y Ginebra se lo disputaron para sus respectivas cátedras de Psiquiatría. Ajuriaguerra se decidió por Ginebra, donde además dirigió la Clínica Psiquiátrica Bel-Air y desarrolló una red ambulatoria con servicios de psicogeriatría, psiquiatría de adultos y psiquiatría infantil, convirtiendo Ginebra en uno de los centros de investigación y de progreso psiquiátrico más importante de Europa.



PROFESOR DEL COLLÈGE DE FRANCE

Tras jubilarse en 1975, fue nombrado. Institución de prestigio que selecciona a su profesorado entre los investigadores más avanzados de sus respectivas áreas, donde impartió cursos de neuropsicología del desarrollo y llevó a cabo su tarea investigadora hasta el año 1981. Tras la muerte de Franco, Ajuriaguerra fue reclamado, con frecuencia, desde este lado de la frontera.

Así, en 1980 la Real Academia Española de Medicina le nombró Miembro Correspondiente Extranjero. Poco después, dirigió la planificación asistencial de la Salud Mental en el País Vasco y, en 1982, fue nombrado profesor extraordinario de la Universidad del País

Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea. Al año siguiente fue investido Doctor "Honoris Causa" por la Universidad Central de Barcelona; y en 1986 fue nombrado "Miembro de Honor" de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPPNA). Autor de una extensa obra compuesta de libros, ponencias, colaboraciones, monografías y artículos que abordan un amplio campo temático, en su obra, entre otras cuestiones, hay que resaltar sus aportaciones al campo de las demencias, así como sus investigaciones sobre la escritura y otros aspectos del lenguaje.

Ponentes de prestigiosas universidades francesas van a tratar sobre su obra. Así, el viernes día 10, en la sala que la BBK tiene en la Gran Vía de Bilbao, intervendrán, entre otros, la psicóloga Drina Candilis de la Universidad de París; Marc Rodríguez, doctor en psicología en la Universidad de Dax; José Guimón, catedrático de psiquiatría en la UPV-EHU; José Miguel Aguirre, psiquiatra y colaborador de Ajuriaguerra; Ana González Pinto, presidenta de la Sociedad vasco-navarra de psiquiatría. El sábado 11 de junio, por su parte, las conferencias tendrán lugar en el Château Vieux de Bayona.

Entre los temas que se van a tratar hay que destacar la complejidad en la clínica infantil y la atención al paciente y la integración de niños con discapacidades en el entorno escolar. Todo ello de la mano de prestigiosos doctores de Lyon, Burdeos y Dijon.

EXCELENTE LOCAL Y DOS PISOS EXTERIORES CÉNTRICO EN RENTERIA

SITUADO EN LA CALLE VITERI, Nº 35-1º A, CON CINCO HUECOS, EXTERIOR EN ESQUINA Y ZONA PEATONAL DE FÁCIL ACCESO
DOTADO DE INSTALACIONES
EXCELENTES CONDICIONES FINANCIERAS
FACILIDADES DE ADQUISICIÓN
PREVISTO PARA CONSULTAS MÉDICAS

638 291 773-74



C/ Viteri, Nº 35-1º izda.
RENTERIA (Gipuzkoa)



EL 40% DE LOS CÁNCERES SE PUEDEN PREVENIR

La Asociación contra el Cáncer organiza talleres para personas afectadas de cáncer y sus familias



En la mayor parte de los países desarrollados el cáncer es la principal causa de mortalidad después de las enfermedades cardiovasculares. De hecho, según la Organización Mundial de la Salud, se prevé que, entre 2007 y 2030, la mortalidad por cáncer a nivel mundial aumente un 45%. El dato esperanzador es que el 40% de los cánceres se pueden prevenir evitando los principales factores de riesgo: el tabaco, el consumo excesivo de alcohol y la obesidad.

De hecho, el área de prevención de la Asociación Contra el Cáncer de Gipuzkoa, además de realizar campañas divulgativas de prevención, realiza cursos para dejar de fumar, programas de educación para la salud y talleres para personas afectadas de cáncer y sus familias. En estos talleres -de una hora de duración- se tratan temas muy variados que van desde la prevención y el tratamiento del linfedema, hasta la alimentación para una recuperación

óptima tras los tratamientos o el maquillaje para disimular cicatrices.

Para inscribirse a los talleres -que se realizan en los locales que la AECC tiene en Donostia (avenida de Zarautz 58), Irun (calle Fueros) y Tolosa (plaza Emeterio Arrese)- hay que llamar al teléfono 943 45 77 22. Asimismo, la Asociación contra el cáncer de Gipuzkoa va a contar con una nueva sede en Zarautz que dará servicio a la comarca de Urola Costa. La sede sita en la calle Balea nº 2 de Zarautz, abrirá sus puertas al público el próximo 8 de abril.

La delegación de la Asociación contra el cáncer de Gipuzkoa cuenta con 4.200 socios y 1.100 voluntarios y, además de la labor de prevención indicada, orienta a los pacientes y sus familias, presta material técnico ortopédico y ofrece atención psicológica tanto a los enfermos como a los familiares en proceso de duelo. Todo de modo totalmente gratuito.

SE CELEBRA DESDE 1950, CADA 7 DE ABRIL

En el Día Mundial de la Salud la OMS alerta ante la resistencia a los antimicrobianos

El Día Mundial de la Salud, se celebra desde 1950 instituido por la Organización Mundial de la Salud y es el principal evento anual de los que organiza la OMS. En esta edición se recordará la necesidad de detener la propagación de la resistencia a los antimicrobianos, un problema ante el cual "si no se actúa hoy, no habrá cura mañana".

Según la OMS, son necesarias actuaciones urgentes y unificadas para evitar volver a la era preantibiótica. Por ello, pide un mayor compromiso mundial para salvaguardar estos medicamentos para las generaciones futuras; pues la resistencia a los antimicrobianos y su

propagación mundial ponen en peligro la persistencia de la eficacia de muchos medicamentos utilizados hoy en el tratamiento de las enfermedades infecciosas.

El fenómeno es muy preocupante porque las infecciones por microorganismos resistentes pueden causar la muerte, transmitirse a otras personas y generar grandes costos para los pacientes y para la sociedad. El uso inadecuado de los medicamentos como, cuando se toman dosis insuficientes o no se finalizan los tratamientos prescritos, facilita la resistencia a los antimicrobianos.



C5



Ibaeta Motor, S.A.
Concesionario CITROËN

IBAETA - DONOSTIA/SAN SEBASTIAN
 ☎ 943 31 60 20 - Fax: 943 21 84 57
www.ibaetamotor.citroen.es



Alimentación y cáncer:

Hay que volver a la dieta mediterránea

Alrededor de 11.200 casos nuevos de cáncer son diagnosticados al año en el País Vasco, siendo el cáncer de próstata con un 21,60% en los hombres y el cáncer de mama con un 26,80% en las mujeres, los más frecuentes.

Hombres

PRÓSTATA	21,60%
COLON-RECTO	15,30%
PULMÓN	14,70%
VEJIGA	7,06%
ESTÓMAGO	5,03%

Mujeres

MAMA	26,80%
COLON-RECTO	13,09%
CUERPO DE ÚTERO	6,21%
SISTEMA HEMATOPOYÉTICO	5,46%
PULMÓN	4,23%

Recientes investigaciones demuestran que el tabaco provoca el 80-90% de las muertes por cáncer de pulmón y aproximadamente el 30% de las muertes por cáncer por tumores de cavidad oral, laringe, esófago, páncreas, estómago, vejiga, riñón.

La obesidad incrementa el riesgo de cáncer colorrectal, esófago, riñón, mama y endometrio. La radiación ultravioleta está relacionada con el incremento del riesgo de cáncer de piel. El consumo de alcohol incrementa el riesgo de cáncer de esófago e hígado. Y mantener relaciones sexuales con profiláctico reduce el riesgo de cáncer de cérvix.

Si tenemos en cuenta que más del 40% de los cánceres podrían prevenirse evitando el consumo de tabaco, con una dieta saludable (rica en frutas y verduras), con más actividad física y evitando determinadas infecciones (virus de la hepatitis B y Virus del Papiloma Humano (VPH)), desde la Asociación Contra

igual que en cáncer de colon. Es por esto por lo que los esfuerzos de la aecc se están centrando cada vez más en la mejora de la calidad de vida de las personas que han padecido esta enfermedad. Un ejemplo de ello son los talleres denominados "Una hora a la semana para ti" que celebramos semanalmente en nuestras instalaciones de Donostia y mensualmente en Irún y Tolosa. Así como el programa "Mucho por vivir" que se realiza a nivel de todo el Estado.

El 31 de marzo se celebra el día contra el cáncer colorrectal, el primero en incidencia si sumamos ambos sexos. El servicio Vasco de Salud (Osakidetza) está invirtiendo muchos esfuerzos en las pruebas de detección precoz estos últimos años.

Como asociación, queremos sumarnos a esta lucha incidiendo en la evidencia científica que existe entre alimentación y cáncer. Según la Organización Mundial de la Salud

"Las evidencias científicas demuestran que existe relación entre la alimentación y el desarrollo y/o prevención de un cáncer"

el Cáncer luchamos por informar y sensibilizar a la población vasca sobre su responsabilidad ante su salud física y mental.

El diagnóstico precoz, la prevención y los avances en la investigación son los tres pilares fundamentales que dan como resultado la cada vez mayor supervivencia de las personas diagnosticadas precozmente por cáncer. Por ejemplo, en el cáncer de mama ya se está hablando de un 90% de curación, al

(OMS) un consumo bajo de frutas y verduras causa 2,7 millones de muertes al año en el mundo. Un 20% de las mismas son debidas a cáncer gastrointestinal. El estudio realizado por el Observatorio del Cáncer aecc, "Conocimientos y creencias sobre alimentación y cáncer" deja ver un alto desconocimiento generalizado entre la sociedad sobre aquellos alimentos que pueden ayudarnos a prevenir un cáncer o por el contrario, aquellos que pueden actuar como promotores.



Algunas de las principales conclusiones de este estudio fueron:

- Es generalizada la opinión sobre la existencia de una relación entre la alimentación y la salud, una influencia que actúa tanto en positivo como en negativo. Sin embargo, es menos generalizada la influencia atribuida a cómo la alimentación puede actuar sobre el desarrollo de un cáncer.
- Las evidencias científicas demuestran que si existe una relación entre la alimentación y el estado de salud, igualmente, sobre la influencia en el desarrollo y/o prevención de un cáncer.



- A pesar de que creamos en esta relación, los españoles han mostrado un cambio en cuanto a sus hábitos de alimentación, alejándose de la dieta mediterránea y adquiriendo otros menos saludables.
- Existe un alto desconocimiento y creencias erróneas sobre los conocimientos entre alimentación y cáncer. Mientras en otras patologías como hipertensión, colesterol o en caso de obesidad, por ejemplo, sí se conocen qué alimentos están contraindicados o permitidos, el desconocimiento y creencias entre alimentación y cáncer son bajos y erróneos en muchos casos.
- Sólo un 29% de los entrevistados mencionan en espontáneo saber que el alcohol puede ser promotor de un cáncer, un 13% grasas y un 12% carnes rojas. La evidencia científica demuestra que estos alimentos/bebidas están relacionados con el cáncer, pero aún su conocimiento es bajo.
- Se observa un bajo consumo de frutas, verduras y hortalizas, de los cuales hay claras evidencias científicas de que son alimentos preventivos contra el cáncer.

"Más del 40% de los cánceres pueden prevenirse si se evita el consumo de tabaco, se sigue una dieta saludable rica en frutas y verduras, se hace más ejercicio y se evitan determinadas infecciones"

- Un 75% reconoce no realizar una actividad física de manera regular mientras los especialistas aconsejan la práctica de ejercicio a cualquier edad, siempre adaptada a cada caso concreto. El sedentarismo está estrechamente relacionado con el cáncer.
- Los entrevistados en el estudio de opinión realizado muestran una actitud positiva hacia un cambio a hábitos más saludables si se les facilitara más información sobre la relación dieta-cáncer.

Es en este último punto donde centraremos nuestros esfuerzos. De la misma manera que no existe evidencia científica de que haya alimentos que por sí mismos sean buenos o malos para el cáncer, el consumo excesivo o la ausencia de la misma, pueden incrementar

el riesgo o reducirlo. Por lo que queremos incidir en la importancia de volver a la dieta mediterránea: alimentación rica en frutas y verduras, hortalizas y productos integrales. Realizar actividad física de manera regular, no fumar y evitar el consumo de alcohol.

Recordar por último que reducir la incidencia del cáncer es una acción de todos y cada uno de nosotros. Responsabilizarnos de nuestra salud integrando unos hábitos saludables en nuestra vida desde la primera infancia es algo que nos atañe a todos.

MAIDER SIERRA ARANA
Psicóloga. GZ002717
Área de Prevención y Educación para la Salud
AECC Junta de Gipuzkoa

Terminología básica de la actividad física y el deporte

Ácido láctico Azido laktikoa
 Acclimatación al calor Berora egokitzea
 Actividad física Jarduera fisikoa
 Aerobic Aerobic-a
 Agujetas Agujetak
 Alcohol y ejercicio físico Alkohola eta ariketa fisikoa
 Alimentos recomendados para antes, durante y después de la actividad física Jarduera fisikoaren aurretik, bitartean eta ondoren gomendatutako janariak
 Anabolismo Anabolismoa
 Anabolizantes Anabolizatzaileak
 Anamnesis Anamnesia
 Anemia del deportista Kirolariaren anemia
 Anfetaminas Anfetaminak
 Antioxidantes y ejercicio físico Antioxidatzaileak eta ariketa fisikoa
 Artroscopia Artroskopia
 Artrosis Artrosia
 ATP ATPa
 Ayudas ergogénicas Laguntza ergogenikoak
 Bebida isotónica Edari isotonikoa
 Beneficios del deporte Kirolaren onurak
 Cafeína y ejercicio físico Kafeina eta ariketa fisikoa
 Calambre Kalanbrea; arranpa
 Calentamiento Berotzea
 Cáncer y ejercicio físico Minbizia eta ariketa fisikoa
 Capacidades físicas básicas (fuerza, resistencia, velocidad y flexibilidad) Oinarrizko gaitasun fisikoak (indarra, erresistentzia, abiadura, malgutasuna)
 CAR, Centro de Alto rendimiento EAZ, Errendimendu Altuko Zentroa
 Carbohidratos y ejercicio físico Karbohidratoak eta ariketa fisikoa
 Carga física Karga fisikoa
 Catabolismo Katabolismoa
 Cineantropometría Zineantropometria
 COI, Comité Olímpico Internacional NBO, Nazioarteko Batzorde Olinpiarra
 Condición física Sasoi fisikoa; egoera fisikoa
 Contracción muscular Uzkuadura muskularra
 Coordinación Koordinazioa
 Coquilla de protección Babes-maskorra; babes-kokilla
 CPI, Comité Paralímpico Internacional NBP, Nazioarteko Batzorde Paralinpikoa
 Creatina Kreatina
 Deporte Kirola
 Descanso Atsedena
 Deshidratación y rendimiento deportivo Deshidratazioa eta kirol-errendimendua
 Diabetes y ejercicio físico Diabetesa eta ariketa fisikoa
 Dieta escandinava Dieta eskandinaviarra



Dieta mediterránea Dieta mediterranea
 Dislipemia y ejercicio físico Dislipemia eta ariketa fisikoa
 Dopaje/doping Dopina
 Ecocardiograma Ekokardiograma
 Ejercicio físico Ariketa fisikoa
 Ejercicio aeróbico y anaeróbico Ariketa aerobikoa eta anaerobikoa
 Ejercicio dinámico y estático Ariketa dinamikoa eta estatikoa
 Electrocardiograma en reposo Atsedeneko elektrokardiograma
 Electrolitos Elektrolitoak
 Enfermedad cerebrovascular y ejercicio físico Gaixotasun zerebroaskularra eta ariketa fisikoa
 Entrenamiento (continuo y por intervalos) Entrenamendua (jarraitua eta txandakakoa)
 Entrenamiento mental Entrenamendu mentala
 EPO (eritropoyetina) EPOa (eritropoietina)
 Ergómetro Ergometroa
 Esclerosis múltiple y ejercicio físico Esklerosi anizkoitza eta ariketa fisikoa
 Esguince Zaintirautua; bihurtutua
 Espirometría Espirometria
 Estiramientos Luzatzeak; tiramenduak
 Fases del ejercicio físico Ariketa fisikoaren faseak
 Fat burners Fat burnerrak; Koipe-erretzaileak
 Fibra muscular Zuntz muskularra
 Fisiología del deporte Kirolaren fisiologia
 Fisiología del esfuerzo Esfortzuaaren fisiologia
 Flato Betetzea; "barea"
 Gasto cardíaco Gastu kardiakoa; bihotz-gastua
 Gasto energético total Gastu energetiko totala
 Glucógeno Glukogenoa
 Glucosa Glukosa
 Golpe de calor Bero-kolpea
 Hematoma Hematoma

Higiene en el deporte.....	Higienea kirolean	Prueba de esfuerzo.....	Esfortzuko proba
Hipertrofia muscular.....	Muskuluen hipertrofia	¿Qué deporte escoger?.....	Zein kirol aukeratu?
Hipertensión arterial y ejercicio físico.....	Hipertentsio arteriala eta ariketa fisikoa	Recomendaciones en la práctica deportiva.....	Kirola egiteko gomendioak
IMC, Índice de Masa Corporal.....	GMI, Gorputz Masaren Indizea	Reconocimiento.....	Kiroleko azterketa medikoa
Importancia de la concentración en el deporte.....	Kontzentrazioaren garrantzia kirolean	médico-deportivo.....	Kiroleko azterketa medikoa
Índice glucémico (IG).....	Indize glukemikoa (IG)	Respiración en el deporte.....	Arnasketa kirolean
Índice de hematocrito.....	Hematokrito indizea	Rotura fibrilar.....	Zuntz-haustura
Infiltraciones.....	Infiltrazioak	Sedentarismo.....	Sedentariismoa
L-carnitina.....	L-karnitina	Síndrome del corazón del deportista.....	Kirolari bihotzaren sindromea
Lesión medular y ejercicio físico.....	Orno-muineko lesioa eta ariketa fisikoa	Sistemas energéticos durante el ejercicio.....	Sistema energetikoak ariketa egiten den bitartean
Luxación.....	Lokadura	Sobreenentrenamiento.....	Gainentrenamendua
MET (Metabolic Equivalent of Task).....	MET (Metabolic Equivalent of Task)	Somatoscarta.....	Gorputz-map; somatograma
Minerales y ejercicio físico.....	Mineralak eta ariketa fisikoa	Somatotipo.....	Somatotipoa
Muerte súbita.....	Bat-bateko heriotza	Spinning o cicloindoor.....	Spinning edo ziklo-indoorra
Obesidad y ejercicio físico.....	Obesitatea eta ariketa fisikoa	Sudoración.....	Izterditzia
Pájara.....	Akidura (Flakia)	Supercompensación de glucógeno.....	Glukogeno-gainkonpentsazioa
Piel de gallina.....	Oilo-ipurdia	Suplementos nutricionales.....	Gehigarri nutrizionalak
Plan de entrenamiento.....	Entrenamendu-plana	Tabaquismo y ejercicio físico.....	Tabakismoa eta ariketa fisikoa
Pliegues cutáneos.....	Azaleko tolesak	Tendinitis.....	Tendinitisa
¿Por qué me canso?.....	Zergatik nekatzen naiz?	Tercera edad y ejercicio físico.....	Hirugarren adina eta ariketa fisikoa
¿Qué es la fatiga?.....	Zer da nekea?	Tirón.....	Tirakada
Potencia (fuerza-velocidad).....	Potentzia (indarra / abiadura)	Triada de la atleta femenina.....	Emakume kirolariaren triada
Principios generales del entrenamiento.....	Entrenamenduaren printzipio orokorrak	Umbral aeróbico.....	Atalase aerobikoa
Proteínas y ejercicio físico.....	Proteinak eta ariketa fisikoa	Umbral anaeróbico.....	Atalase anaerobikoa
		Valoración del estado nutricional.....	Egoera nutrizionalaren balorazioa
		Vitaminas y ejercicio físico.....	Bitaminak eta ariketa fisikoa
		VOMax (Volumen Máximo de Oxígeno).....	VOmax (Oxigeno-bolumen maximoa)

Jarduera fisikoaren eta kirolaren oinarritzko terminologia

Aerobic-a.....	Aerobic	Artroskopia.....	Artroskopia
Agujetas.....	Agujetas	Atalase aerobikoa.....	Umbral aeróbico
Akidura (Flakia).....	Pájara	Atalase anaerobikoa.....	Umbral anaeróbico
Alkohol eta ariketa fisikoa.....	Alcohol y ejercicio físico	ATPa.....	ATP
Anabolismoa.....	Anabolismo	Atsedena.....	Descanso
Anabolizatzailak.....	Anabolizantes	Atsedeneko elektrokardiograma.....	Electrokardiograma en reposo
Anamnesia.....	Anamnesis	Azaleko tolesak.....	Pliegues cutáneos
Anfetaminak.....	Anfetaminas	Azido laktikoa.....	Acido láctico
Antioxidatzaileak eta ariketa fisikoa.....	Antioxidantes y ejercicio físico	Babes-maskorra (babes-kokilla).....	Coquilla de protección
Ariketa aerobikoa eta anaerobikoa.....	Ejercicio aeróbico y anaeróbico	Bat-bateko heriotza.....	Muerte súbita
Ariketa dinamikoa eta estatikoa.....	Ejercicio dinámico y estático	Bero-kolpea.....	Golpe de calor
Ariketa fisikoa.....	Ejercicio físico	Berora egokitzea.....	Aclimatación al calor
Ariketa fisikoaren faseak.....	Fases del ejercicio físico	Berotzea.....	Calentamiento
Arnasketa kirolean.....	Respiración en el deporte	Betetzea ("barea").....	Flato
Artrosia.....	Artrosis	Gastu kardiakoa (bihotz-gastua).....	Gasto cardiaco
		Zaintiratua (bihuritua).....	Esguince
		Bitaminak eta ariketa fisikoa.....	Vitaminas y ejercicio físico

Deshidratazioa eta		Karga fisikoa	Carga física
kirol-errendimendua	Deshidratación y rendimiento deportivo	Katabolismoa	Catabolismo
Diabetesa eta ariketa fisikoa	Diabetes y ejercicio físico	Kirola	Deporte
Dieta eskandinaviarra	Dieta escandinava	Kirola egiteko gomendioak	Recomendaciones en la práctica deportiva
Dieta mediterranea	Dieta mediterránea	Kirolaren fisiologia	Fisiología del deporte
Dislipemia eta ariketa fisikoa	Dislipemia y ejercicio físico	Kirolaren onurak	Beneficios del deporte
Dopina	Dopaje/doping	Kirolari bihotzaren sindromea	Síndrome del corazón del deportista
EAZ, Errendimendu Altuko		Kirolariaren anemia	Anemia del deportista
Zentroa	CAR, Centro de Alto rendimiento	Kiroleko azterketa medikoa	Reconocimiento médico-deportivo
Edari isotonikoa	Bebida isotónica	Kontzentrazioaren garrantzia	
Sasoi fisikoa (egoera fisikoa)	Condición física	kirolean. Entrenamendu mentala	Importancia de la concentración en el deporte.
Egoera nutrizionalaren			Entrenamiento mental
balorazioa	Valoración del estado nutricional	Koordinazioa	Coordinación
Ekokardiograma	Ecocardiograma	Kreatina	Creatina
Elektrolitoak	Electrolitos	Laguntza ergogenikoak	Ayudas ergogénicas
Emakume kirolariaren triada	Triada de la atleta femenina	L-karnitina / Fat burnerrak	
Entrenamendua (jarraitua eta txandakakoa)	Entrenamiento (continuo y por intervalos)	(koipe-erretzaileak)	L-carnitina / Fat burners
Entrenamenduaren printzipio orokorrak	Principios generales del entrenamiento	Lokadura	Luxación
Entrenamendu-plana	Plan de entrenamiento	Luzatzeak; tiramenduak	Estiramientos
EPOa (eritropoietina)	EPO (eritropoyetina)	MET (Metabolic Equivalent of Task)	MET (Metabolic Equivalent of Task)
Ergometroa	Ergómetro	Minbizia eta ariketa fisikoa	Cáncer y ejercicio físico
Esfortzuaren fisiologia	Fisiología del esfuerzo	Mineralak eta ariketa fisikoa	Minerales y ejercicio físico
Esfortzuko proba	Prueba de esfuerzo	Muskuluen hipertrofia	Hipertrofia muscular
Esklerosi anizkoitza eta		Uzkurdura muskularra	Contracción muscular
ariketa fisikoa	Esclerosis múltiple y ejercicio físico	NBO, Nazioarteko Batzorde	
Espiometria	Espirometría	Olinpiarra	COI, Comité Olímpico Internacional
Gainentrenamendua	Sobreentrenamiento	NBP, Nazioarteko Batzorde	
Gaixotasun zerebroaskularra eta ariketa fisikoa	Enfermedad cerebrovascular y ejercicio físico	Paralinpikoa	CPI, Comité Paralímpico Internacional
Gastu energetiko totala	Gasto energético total	Obesitatea eta ariketa fisikoa	Obesidad y ejercicio físico
Gehigarri nutrizionalak	Suplementos nutricionales	Oinarrizko gaitasun fisikoak	
Glukogenoa	Glucógeno	(indarra, erresistentzia, abiadura, malgutasuna)	Capacidades físicas básicas (fuerza, resistencia, velocidad y flexibilidad)
Glukogeno-gainkonpentsazioa	Supercompensación de glucógeno	Oilo-ipurdia	Piel de gallina
Glukosa	Glucosa	Orno-muineko lesioa eta	
GMI, Gorputz Masaren Indizea	IMC, Índice de Masa Corporal	ariketa fisikoa	Lesión medular y ejercicio físico
Hematokrito indizea	Índice de hematocrito	Potentzia (indarra / abiadura)	Potencia (fuerza-velocidad)
Hematoma	Hematoma	Proteinak eta ariketa fisikoa	Proteínas y ejercicio físico
Higieena kirolean	Higiene en el deporte	Sedentarismoa	Sedentarismo
Hipertentsio arteriala eta		Sistema energetikoak ariketa	
ariketa fisikoa	Hipertensión arterial y ejercicio físico	egiten den bitartean	Sistemas energéticos durante el ejercicio
Hlugarren adina eta		Gorputz-mapa (somatomapa)	Somatocarta
ariketa fisikoa	Tercera edad y ejercicio físico	Spinning edo ziklo-indoorra	Spinning o cicloindoor
Indize glukemikoa (IG)	Índice glucémico (IG)	Tabakismoa eta ariketa fisikoa	Tabaquismo y ejercicio físico
Infiltrazioak	Infiltraciones	Tendinitisa	Tendinitis
Izerditzea	Sudoración	Tirakada	Tirón
Jarduera fisikoa	Actividad física	VOMax (Oxigeno-bolumen maximoa)	VOMax (Volumen Máximo de Oxígeno)
Jarduera fisikoaren aurretik, bitartean eta ondoren gomendatutako janariak	Alimentos recomendados para antes, durante y después de la actividad física	Zein kirol aukeratu?	¿Qué deporte escoger?
Kafeina eta ariketa fisikoa	Cafeína y ejercicio físico	Zergatik nekatzen naiz?	¿Por qué me canso?
Kalanbrea; arranpa	Calambre	Zer da nekea?	¿Qué es la fatiga?
Karbohidratoak eta		Zineantropometria	Cineantropometría
ariketa fisikoa	Carbohidratos y ejercicio físico	Zuntz muskularra	Fibra muscular
		Zuntz-haustura	Rotura fibrilar

HAY ALGO MÁS EN LA VIDA QUE VOLVO. BURLAR CADA ESQUINA CON SU TRACCIÓN TOTAL. PONER A PRUEBA LAS LEYES DE LA FÍSICA CON SU SISTEMA DSTC. Y DEJAR QUE EL SISTEMA DE DETECCIÓN DE PEATONES FRENE EN CASO DE QUE TÚ NO LO HAGAS. POR ESO CONDUCES EL VOLVO MÁS TRANSGRESOR.



NUEVO VOLVO S60 DESDE 32.340€.

NACIONTRANSGRESOR.VOLVOCARS.ES

Volvo S60 de 183 a 304 cv. Consumo ponderado (l/100 km) de 5,3 a 9,9. Emisiones CO₂ (g/km) de 139 a 231. PVP recomendado para Península y Baleares (IVA, impuesto de matriculación y transporte incluidos). IVA aplicado 18%. Plan 2000E aplicable según disponibilidad de Comunidad Autónoma. Línea Volvo 902 300 310.

Volvo. for life



Auto Suecia

Bº Jáuregui, 76

943 33 11 31. Hernani

www.autosuecia.com

EL GALARDÓN DE LA ÚLTIMA EDICIÓN DEL PREMIO JOSÉ DE BEGIRISTAIN HA SIDO OTORGADO AL TRABAJO SOBRE EL DENGUE IMPORTADO REALIZADO POR LOS DOCTORES JOSE ANTONIO IRIBARREN, FRANCISCO RODRIGUEZ, HARKAITZ AZKUNE, MILA MONTES Y ELENA ZUBILLAGA.

Elena Zubillaga:

"Dengearen kontrako txertorik ez dagoenez, eltxoaren ziztada saihestu behar da"

En la actualidad el dengue -transmitido a los humanos por el mosquito Aedes- es, después de la malaria, la segunda enfermedad más común de las transmitidas por mosquitos. Dado que no hay vacuna para tratar la enfermedad, de momento, sólo se pueden tratar los síntomas. Según indica la doctora Zubillaga (Donostia, 1980) esta es una enfermedad cuya incidencia se va incrementando en Gipuzkoa.

26

Nolatan sortu zen denge inportatuari buruzko lan hau?

Sendagile egoiliar nintzenean, Bidasoako ospitalean nengoela, denge kasu bat ikusteko aukera izan nuen. Dengea mutil gazte bati diagnostikatu zitzaion. Azalean erupzio han-

dia zeukan, sukarra, eta gripearen antzeko sintomak. Serologiaren bidez antzeman zen dengeak jota zegoela. Tropikoko gaixotasuna izanik, interesa piztu zidan.

Txandakatzen hasi nintzen eta Donostia Ospitaleko infekzioso zerbitzuan ere egon

nintzen eta dengeko kasuak nora bideratzen zituzten, zenbat kasu zituzten, eta abar, jakin nahi izan nuen. Nire interesa hortik sortu zen.

Begiristain sarira aurkeztu duzuen lana egiten zenbat denbora eman duzue?

Lana, berez, hilabete batzuetan egindakoa da, aurreko hiru urtetan izandako kasu guztiak errebisatzen eman dugu denbora gehien.

Batzuek eta besteek komunean zer zuten, zein ezberdintasun zeuden, non egon ziren dengearekin kutsatu zirenean, ze sintomatologia zuten... Denbora hori guztia aztertzen eman genuen. Kasu guztietako ezaugarriak bildu eta aztertu egin behar izan genuen.

Zeintzuk ziren gaixo guztiek zituzten ezaugarriak?

Oso antzeko tokitan ibiliak ziren guztiak: Zentro Ameriketan edota Hego Ameriketan ibiliak ziren ia guztiak. Indian egondakoa ba zen baten bat, baina gehienak, esan bezala Zentro Ameriketan -Kuban, Dominikar errepublikan, Mexikon- izandakoak ziren edota Hego Ameriketan.

Gehienak berrogei urteren bueltan zeuden eta ez zen kasu larririk.



■ Elena Zubillagak Enrique Telleria Elkargoko presidentearen eskutik saria jaso zuen unean



Gaixotasuna nola kutsatzen da?

Aipatutako herrialdeetara joandako jendearen kasuak izan ziren guk aztertutakoak. Hara iritsi eta, askotan, konturatu gabe eltxoren baten ziztada sufritu.

Eltxoak, dengearen birusa zeramanez, ziztadarekin batera birusa sartu zien eta birusak denge klasikoa esaten dena eragin zien. Artikulaziotako mina, sukarra eta, askotan, azaleko erupzioa izaten dira gaixotasunaren sintomak. Horrez gain, defentsak eta plaketak jaitsi ditzake. Kasu larritan, aldiz, shocka deritzon gaitza eratu dezake eta hiltzeko arriskua izanik.

Gaixotasun honek urtero hildakoak eragiten ditu...

Bai, hala da. Baina, ziztada sufritu duenak beste gaixotasunik baldin badu sortzen da arriskurik handiena. Gainera, birus mota ezberdinak daude.

Denge gaitza nola ekidin daiteke?

Momentuz, nahiz eta ikerketan egon, birusaren kontrako txertorik ez dagoenez, birusik ez jasotzeko eltxoaren ziztada saihestu behar da. Han zaudela, eltxoak uxatzeko produktuak erabili behar dira (DEET; N,N-diethyl-toluamida). Horretaz gain, intsektizidaz

trataturako arropa erabili behar da. Guk antzemandako kasu guztiak larriak ez izan arren, dengea larriagoa da bigarren aldiz dengearen infekzioa sufrituz gero. Errazagoa da lehenengo ziztada sufritzen denean denge klasikoa izatea. Bigarren aldian, ordean, konplikazioak sortzeko arrisku handia dago beste denge birus mota baten ziztada izaten baduzu. Horregatik, ahalegin handia egin behar da bigarren aldiz dengea saihesteko.

Gipuzkoan zenbat kasu antzeman zentzuztuzten?

Gipuzkoan, zazpi kasu topatu genituen. Kontuan izanik Gipuzkoa ez dela inmigratio handiko gune bat, hiru urtetan, zazpi denge kasu antzematea aipatzeko modukoa da. Horrez gain, geroz eta inmigratio gehiago dagoenez, geroz eta kasu gehiago ikusten da.

Denge kasu guztiak inmigranteen artean eman al dira?

Ezin esan gaixo guztiak inmigranteak direnik. Izan ere, gure artean hamar bat urte egin duen jendea da, gurean dagoena, eta gaixotasuna hartu dute familia bisitatzeraren berrira joan direnean.

Oporretan joandako jendea ere izan da dengea hartu duena, baina gehienak familia bisitatzerara joan direnean. Izan ere, familia

bisitatzerakoan, han denbora dezente egiten dute, gutxienez hilabete bat, eta han dengea endemikoa denez, leku askotan dagoenez, erraza da birusa jasotzea.

Gezurra badirudi ere, dengea asko ugartzen ari den gaixotasuna da.

Bai, dengea Ertamerikan eta Hegoamerikan oso zabalduta dago, adibidez, pneumatikoak, kupelak eta abar kanpoan botata uztea ez baita ez ohikoa eta euria egiten duenean hor ura gelditzen da.

Gelditutako ur horretan arrautzak jartzen ditu denge birusa transmititzen duen eltxoak, beraz hango giroan eltxo hori nahiko ugaria da. Gainera, hango tenperaturek dengearen eltxoa hedatzea errazten dute.

Arestian aipatu duzu gaixotasun honen kontrako txertorik ez dagoela.

Hala da, txertorik ez dago. Horregatik, birusa nolabait mozteko, eltxoaren hedapena mugatzen saiatzen ari dira. Nola? Bertako pneumatikoak eta abar kanpoan botata ez direla utzi behar kontzientziazten; hutsak dauden botilak zakarrontzira bota behar direla; eta abar. Egia da, Bill eta Melinda Gates fundazioak dengearen txertoa ikertzeko dirua jarri duela, malariarekin batera tropikoetan dagoen gaixotasun garrantzitsuen baita.

Nola antzematen da dengea?

Tropikoetako herrialde batetik etorrita lehenengo bi astetan, gaixoak sukarra badu eta azalean rash deritzon lesioa ateratzen bazaio, pentsatu behar da dengea edota malariaren aurrean izan gaitzkeela.

Pasa den urtean Frantzia ez inportatutako denge kasu bat antzeman zen, honek hainbat alarma piztu zituen.

Bai, Europan ere iraganean denge epidemiak egon izan dira. Horregatik, saiatu behar da ahalik eta neurririk egokienak hartzen.

Lehenago aipatu duguna, ur geldoak jasoko duten pneumatikoak eta botilak ekiditen saiatu behar dugu, batez ere, eltxoaren hedapena saihestu ahal izateko.

Ezin bada ekidin, nola sendatu? Zein da dengeak duen tratamendua?

Herrialde tropikaletik, hau da, Ertamerika, Hegoamerika edota Indiatik, esate baterako, etorri eta sukarra duen pertsonaren kasuan, gripearen antzeko sintomak (buruko mina, giharretako eta artikulazioetako mina) edota



azaleko erupzioak sumatzen badugu, medikuarengana jo behar da, dengerik edota malariarik ez duela ziurtatzeko analisiak egin behar baitira.

Malariak zein dengeak defentsak jaitsi egiten dituztelako eta hemorragia arazoak sor daitzkeelako, analisisa egitea komenigarria da. Horrezaz gain, dengea sufritzen duenak ur asko edatea oso inportantea da, sukarraren ondorioz dehidratazio arriskua baitago. Nahiz eta kasu gehienak gripe baten antzekoak izan, bigarren aldiz kutsatzea saihestu behar da, hori benetan larria baita.

Aipatu duguna, 2010ean aurkeztu eta saritutako lana, besterik esku artean bala duzu?

Nik ikerketa munduarekin lotuta segitzen dut, kardiologia sailean. Izan ere, doktoratutzako tesia kardiologia atalean egin nuen, eta orain Biodonostian, Kerejeta, De la Cuesta eta lantaldeko beste kideekin kardiologiako ikerkuntzan ari naiz. Hor gabiltza.

Ea lan interesgarriak ateratzen diren eta osasuna hobetzerik dugun!

El dengue es la segunda enfermedad más común de las transmitidas por mosquitos

Cada año entre cincuenta y cien millones de personas se ven afectadas por esta enfermedad que causa fiebre y dolores de cabeza y articulaciones y que puede provocar hemorragias severas. Medio millón requiere atención hospitalaria por peligrar su vida. Al año alrededor de 12.500 personas fallecen como consecuencia del dengue.

Aunque predominante en áreas tropicales y subtropicales, desde la primera década de este siglo, se han registrado casos epidémicos en regiones de Norteamérica y Europa. Y es que los turistas de las zonas tropicales, si no se les diagnostica correctamente en el apogeo de su enfermedad, pueden transmitir la enfermedad en sus países de origen. Esto es lo que se conoce como dengue importado.

El pasado mes de septiembre las autoridades sanitarias francesas anunciaron la detección del primer caso de un paciente infectado de dengue no importado al continente. La persona, residente en la zona de Niza, no había viajado al exterior y contrajo el mal, lo que demuestra que los mosquitos de esa zona también portan la enfermedad.



■ Imagen del mosquito *Aedes sp.* causante del dengue

El teléfono móvil, aliado en la rehabilitación de pacientes con daño cerebral adquirido

Ignacio Quemada, psiquiatra y jefe del Servicio de Daño Cerebral del Hospital Aita Menni, alerta acerca de las potencialidades de las nuevas tecnologías como aliadas en la rehabilitación del daño cerebral adquirido, de forma que un dispositivo tan sencillo, habitual y económico como un teléfono móvil se ha revelado como una gran ayuda a la hora de mejorar las capacidades cognitivas de pacientes con estas lesiones.

Los servicios sanitarios consiguen salvar cada vez a más personas después de un traumatismo craneal, un accidente cerebrovascular, un tumor cerebral o una encefalitis. Ignacio Quemada, psiquiatra y jefe del Servicio de Daño Cerebral del Hospital Aita Menni, apunta que esta mayor supervivencia es la causa de que cada vez sea mayor la necesidad de implementar programas para la recuperación de lesiones cerebrales.

Quemada alerta de las grandes potencialidades del uso de las nuevas tecnologías en la rehabilitación del daño cerebral, de manera que un dispositivo tan sencillo, habitual y económico como un teléfono móvil se ha revelado como una importante ayuda a la hora de mejorar las capacidades cognitivas de estos pacientes, ya que entre sus funciones puede ayudar a la localización de una persona o funcionar como agenda, supliendo a la memoria del afectado.

Según la última Encuesta de Deficiencia, Discapacidades y Estado de Salud elaborada por el Instituto Nacional de Estadística, en España se identificaron 210.636 personas con daño cerebral adquirido. De éstas un 83,2% a consecuencia de enfermedades cerebro-vasculares, un 19,5% de origen traumático y un 2,6% de ambas.

El 30% de los casos se trata de menores de 65 años y el número de varones duplica al de mujeres. "Nos encontramos dos grandes causas en el daño cerebral adquirido: el traumatismo cráneo-encefálico y el ictus. Los primeros con origen en accidentes de tráfico, laborales, deportivos o caídas casuales, aunque los siniestros en carretera han bajado sustancialmente. En el caso de los ictus, aunque puede parecer que es una patología

de gente mayor, el 25% corresponde a menores de 65 años. Otras causas son tumores cerebrales e infecciones (encefalitis) o infartos de miocardio que dan lugar a anxias cerebrales con cuadros amnésicos muy severos. Sin embargo, los resultados son muy diferentes según las personas", explica el médico.

ESTRATEGIAS DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

La rehabilitación neuropsicológica lleva a cabo tres tipos diferentes de estrategias: por

un lado restauración. "En este caso, se ha perdido una capacidad, por ejemplo la atención, y la ejercitamos para recuperarla. Sin embargo, ésta no siempre es recuperable, aunque tenemos estrategias para mejorar en autonomía, objetivo último de la rehabilitación".

De esta forma, si las estrategias de restauración no son posibles acudimos a la compensación. "Es decir utilizamos ayudas externas para hacer cosas que antes podíamos hacer por nuestros propios medios. Prótesis, silla de ruedas...". La tercera estrategia se refiere



■ El psiquiatra Ignacio Quemada en un momento de la entrevista



UTILIDADES

Entre sus utilidades mejora la seguridad del paciente (el móvil puede ayudar a una persona en caso de perderse y permite la instalación de sistemas de localización GPS); ayuda a recordar compromisos ("algo que todos utilizamos y que en caso de lesiones cerebrales puede utilizarse para recordar todas las tareas del día"); como registro de actividades; o como almacén de información (identidad, dirección, a quién llamar...), entre otras potencialidades.

Asimismo, otra de las características del teléfono móvil es que permite personalizar su uso: "personas con déficits sensoriales como la agudeza visual o la precisión motora pueden instalar números de mayor tamaño o teclas y también pueden ser adaptados a mínimos recursos de memoria como habilitar una sola tecla de prellamada", explica Quemada.

Las formas de aviso son también muy versátiles de manera que en caso de problemas auditivos, puede optarse por avisos visuales o vibración. "Todo esto lo convierte en una gran ayuda externa que el terapeuta debe tener muy en cuenta adaptándolo a las capacidades del paciente y a los objetivos que persigue", reconoce el doctor.

El Servicio de Daño Cerebral del Hospital Aita Menni, que el doctor Quemada dirige, lleva varios años utilizando teléfonos móviles en la rehabilitación cognitiva "con muy buenos resultados". Además, cada año estos aparatos desarrollan más utilidades, debido también a que las compañías de telefonía son conscientes de que cada vez más usuarios tienen necesidades especiales que van incorporando a los teléfonos. "El móvil puede funcionar como una muleta y convertirse en una herramienta muy sencilla que cubra dos o tres necesidades de la persona en rehabilitación".

Por el complejo carácter del daño cerebral adquirido, los programas de rehabilitación neuropsicológica son largos en el tiempo y precisan de la coordinación de equipos en los que intervienen, además de psiquiatras y psicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, logopedas, asistentes sociales y enfermeros, entre otros profesionales.

El teléfono móvil, una tecnología al alcance de todos, se ha descubierto como una herramienta de enorme utilidad para las personas con algún tipo de discapacidad y que el doctor Quemada señala como "una tecnología muy útil en la rehabilitación cognitiva de personas con daño cerebral que les permitirá realizar actividades que antes no podían llevar a cabo".

a la modificación del entorno, como por ejemplo "mediante códigos de colores, indicadores en el suelo... destinados a ayudar a personas con muchas dificultades para orientarse", describe Quemada.

El uso del teléfono móvil lo enmarcamos en la estrategia de compensación, de manera que utilizamos una asistencia externa más allá de sus funciones habituales, destinada a ayudar a una persona a realizar una serie de actividades que no puede llevar a cabo al padecer una discapacidad intelectual.

"La diferencia entre estrategias de restauración y compensación se ve claramente respecto a las capacidades motoras, pero en el ámbito de lo cognitivo es más difícil de apreciar. A veces, intuitivamente, los profesionales le indican a un paciente que practique como si siempre fuese a funcionar. En cuadros amnésicos muy severos por mucho que se ejercite la memoria, ésta no mejorará y, por lo tanto, más vale utilizar una ayuda

externa", relata el médico. El teléfono móvil se revela como una ayuda externa muy ventajosa de precio económico y enorme difusión. "Determinadas ayudas externas te señalan como una persona con discapacidad; el móvil en cambio no lo hace. Nos encontramos ante una ayuda externa no estigmatizada muy bien aceptada, versátil y que, además, podemos adaptar en función de nuestras necesidades", asegura.



IMPENZA
desde: 21.800 €



SUBARU

VERTIZ

CONCESIONARIO OFICIAL PARA GIPUZKOA

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

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

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

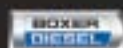
OUTBACK
desde: 31.900 €



FORESTER
desde: 23.500 €



Naturaleza Subaru



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

PDF recomendado en Petróleo y Bienes de Consumo. Salvo errores. IVA 4%. Transporte e instalación de vehículos. Outback Consumo mixto: 8,6L/100km, Emisiones: 204 g/km. Outback Diesel Consumo mixto: 5,8L/100km, Emisiones: 151 g/km. Forester Consumo mixto: 6,4L/100km, Emisiones: 170 g/km. Forester Diesel Consumo mixto: 6,8L/100km, Emisiones: 181 g/km. Tracción Consumo mixto: 8,6L/100km, Emisiones: 204 g/km.

JULIÁN BERECIARTUA

Médico colegiado nº 202001217



La cecina en la alimentación

La cecina es un alimento de importancia, aunque estoy seguro de que muchos jóvenes no la han probado. Es más de tierra adentro que de pueblos costeros. Recurso, en el pasado, de cocinas humildes, hoy es un lujo o capricho gastronómico. Todos sabemos que un pueblo que come bien, es un pueblo civilizado y la cecina de algunos pueblos es una verdadera obra de arte, aunque va perdiendo actualidad por las dificultades de su obtención.

Observo que la costumbre de comidas ahumadas, saladas o condimentadas con pimentón –ya sea dulce o picante– es superior a la nuestra en Extremadura, Andalucía y Levante. Y la verdad es que son verdaderos artistas en su elaboración.

Bien es verdad que el clima benigno y húmedo de nuestro entorno no es el más adecuado para ello. Un poco tarde me he percatado de que fuera de nuestra muga existen otras culturas y costumbres gastronómicas que merecen conocerse. La técnica para su elaboración es casi artesanal. En el País Vasco se hace, casi siempre, con carne de oveja. En otras tierras, como el Bierzo, en León, o la comarca de Els Ports, en el interior de la comunidad valenciana, es más frecuente

hacerla con carne de muslo de vaca o ternero. Aunque me gusta mucho, la evito porque contiene mucha sal procedente de su preparación, pues tengo un respeto profundo a la hipertensión arterial y a sus consecuencias. Y es que muchas hemorragias cerebrales e insuficiencias cardíacas de nuestro entorno se deben a ella. Por la forma de fabricación y por las dificultades que para su secado hay en nuestro territorio, yo siempre la he consumido cocida, pero en otros lugares la toman en crudo, como si fuera jamón, mojama o algo similar.

Si está en buenas condiciones para ser consumida cruda, es un alimento aromático, sobre todo si se sirve en lonchas como algunos embutidos. Para el curado perfecto son

imprescindibles las bajas temperaturas invernales. Tras permanecer cubiertas de sal entre dos y tres semanas, son bien lavadas y colgadas al frío. En ese proceso pierden, por lo menos, un 5% de su peso original.

Su sabor es característico: suave al mismo tiempo que salado. Esto último desaconseja su consumo en la cena, pues puede producir sed. Pobre en grasa y con un contenido en azúcares casi nulo, por la concentración de sólidos que produce el secado es entre dos y tres veces más rica en proteínas que la carne fresca. Su digestión es bastante lenta y deben evitar su consumo quienes no disfrutan de buena salud, sobre todo del aparato digestivo. Y los demás, ¿por qué no disfrutar de la cecina?



Nuestros deseos para **2011** ya son realidad



Nueva sede A.M.A Seguros

Más de 11.000 m² para dar
un mejor servicio a
todos nuestros mutualistas

Vía de los Poblados, 3. Parque Empresarial Cristalia, edificio 4. Madrid

Más de 500.000 profesionales confían en A.M.A.

SEGUROS PERSONALES

- > Automóvil, Motos y Ciclomotores
- > Multirriesgo Hogar
- > Responsabilidad Civil General
- > Multirriesgo Viajes
- > Multirriesgo Accidentes
- > Multirriesgo Embarcaciones

SEGUROS PROFESIONALES

- > Responsabilidad Civil Profesional
- > Multirriesgo Farmacia
- > Responsabilidad Civil de Instalaciones Radiactivas
- > Multirriesgo Establecimientos Sanitarios
- > Responsabilidad Civil de Sociedades Sanitarias
- > Defensa y Protección por Agresión
- > Multirriesgo PYME

Infórmate sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE GIPUZKOA • Tel.: 943 27 63 00

Paseo de Francia, 12 / 20012 SAN SEBASTIAN / info@gisep.org



Más información en:

Teléfono Central de Madrid **91 343 47 - 902 30 30 10**

A través de internet: www.amaseguros.com

A.M.A. San Sebastián 943 42 43 09

Paseo de la Concha 17, bajo CP 20007

sansebastian@amaseguros.com



Sus pacientes satisfechos. Nosotros también

Disponer de la última tecnología en equipamiento para el diagnóstico y contar con los mejores profesionales tienen su razón de ser cuando obtenemos una sonrisa de sus pacientes.

Transmitirles confianza, tranquilidad, seguridad, que se sientan a gusto.

Así conseguimos la mayor satisfacción de sus pacientes, y la nuestra propia.

Análisis clínicos
Radiología
Scanner TAC
Ecografías
Densitometría ósea
Cardiología
Chequeos médicos



Urbietia, 58 • 20006 San Sebastián
Tfno.: 943 47 01 44 • Fax: 943 47 01 75
cmu@centrourbietia.com • www.centrourbietia.com