

Donostia

Hospital Universitario Donostia • Donostia Unibertsitate Ospitalea

X. urtea • 32 zk. • 2012ko apirila



Año X • Núm 32 • Abril 2012



Eraikuntza-lanak

Nueva área
de oncología
en Biodonostia



Campaña para
minimizar la infección
nosocomial



Lan-osasuna/
Prebentzioko
Oinarrizko Unitatea



la brújula

lehenengo eskutik

In memorian	Pág. 4
Psikiatriako Instalazio berriak inauguratu zituen sailburuak	Pág. 5
Curso de cirugía artroscópica	Pág. 6
Biodonostiak bularreko minbizia eta garuneko tumoreak ikertuko ditu	Pág. 7
Lectura de tesis doctorales	Pág. 8
Libro sobre enfermería en el trasplante de progenitores hematopoyéticos	Pág. 9
Paciente-jasotzaile diren zeladorak	Pág. 10
Paciente BIZIAren programaren lehenengo parte-hartzaileei omenaldia	Pág. 11
Nueva distribución del espacio en la biblioteca	Pág. 12
El Director General ofreció un balance del 2011	Pág. 13
Un simple gesto puede salvar una vida	Pág. 14
Eraikuntza-lanak	Pág. 15



elkarritzeta

Nerea Larrañaga, Servicio de Epidemiología de la Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa	Pág. 16
--	---------



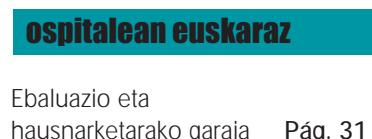
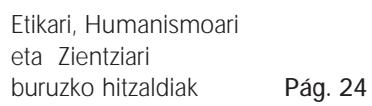
erreportaia

Unidad Básica de Prevención/Salud laboral	Pág. 18
Un estudio certifica el éxito de pruebas no invasivas en la detección del cáncer colorrectal	Pág. 21



entrevista

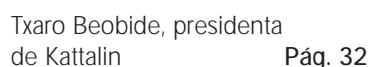
Charles H. Lawrie, Director de Investigación Oncológica de Biodonostia	Pág. 22
--	---------



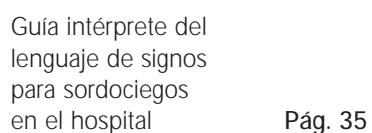
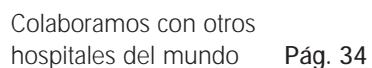
ospitalean euskaraz



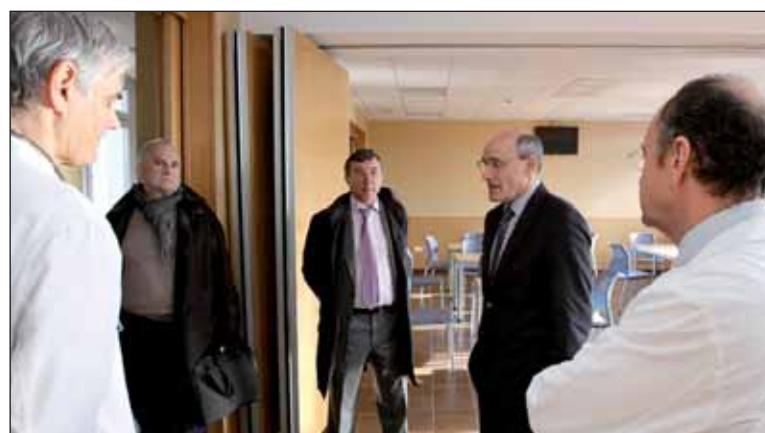
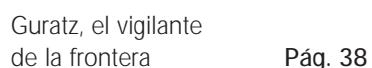
nos visitó



encuentros



berriak



Edita: Hospital Universitario Donostia
Coordinación y elaboración:
 Unidad de Comunicación
Dep. Legal: SS/904/2000





Gure aldizkariak gero eta lekuo gehiagoren berri ematen du. Ale honetan Donostia Unibertsitate Ospitaleko jarduera eta kanpaina gehiago aurkezten dizkizuegu, aurtengo gure zerbitzuen ekimen jorien berri izan dezazu.

Eta Psikiatriako Zerbitzu berrituardi Osasun eta Konsumo sailburuak egin zion bisita ere jaso dugu, baita aurreko aletik hona, azken hiru hilabeteetan, gure ospitalean egin diren hitzaldi eta jardunaldi interesgarrienak ere.

Gogoan izan ditugu Etikari, Humanismoari eta Zientziarri buruzko Elkarrizketetan entzundako gauza interesgarrienak, eta memento honetan prestatzen ari diren bosgarren elkarritzetei opa nahi diegu aurreko edizioetako arrakasta bera. Biodonostiaren Area Onkologikoaren aurkezenaren harira egindako erreportaje zabalean jaso ditugu gure zentroko profesionalen kongresuetako partaidetzak eta parte-hartzeak izen handiko argitalpen atzerritarretan.

Erakutsiko dizkizuegu ere, gure bezeroak, gipuzkoar guztiak, gurean egotea suertatzen zaienean gogobetetrik senti daitezen, zentroan egin ditugun lanak zona komunetan, erosotasun-mailan aurrerapenak egin ahal izatea helburua dutenak.

Ospitalean izan ditugun bisita batzuk laburtuko ditugu: ikasleek erakusten duten interesa osasungintzari loturiko ikasketak egitearen ondorio direnak, kasu; edo Frantziako Hego-mendebaldeko ordezkarriak gure instalazioak bisitatzen etorri zirenekoak, biziki interesa baitzuten ezagutzeko hemen pazienteekin burutzen ditugun jarduera batzuk, sanitarioaz gaindi, are donostiar gizartera hurbiltzearekikoak ere, etorkizunean ekintza partekatuak egin ahal izateko.

Eta ospitaleko infekzioen kontrako kanpainaren aurrerapena ere aurkezten dizuegu.

Espero dut interesgarria topatuko duzuela.

Nueva revista y cada vez con más protagonistas de noticias. En este número se presentan nuevas acciones y campañas en el Hospital Universitario Donostia que durante este año 2012 tienen previsto realizarse desde los diferentes servicios.

Recogemos la visita que el Consejero hizo del rehabilitado Servicio de Psiquiatría, las charlas y jornadas más interesantes realizadas en nuestro centro en estos tres meses desde la edición anterior.

Recordaremos lo más interesante de la cuarta edición de Diálogos de Ética, humanismo y ciencia, en estos momentos ya estamos preparando la quinta edición que esperamos tenga el mismo éxito que la anterior. En un amplio reportaje con motivo de la presentación del Área Oncológica de Biodonostia, se recogen participaciones en congresos y reconocimientos en publicaciones extranjeras de gran prestigio de nuestros profesionales del centro.

También os mostraremos las obras que se han realizado en las zonas comunes del centro siempre enmarcadas en el deseo de que nuestros clientes, todos los guipuzcoanos, se sientan también satisfechos de nuestro nivel de confortabilidad.

Resumiremos algunas de las muchas visitas que hemos tenido en el hospital. Desde alumnos de colegios que muestran su interés por estudiar carreras relacionadas con nuestro ámbito sanitario a la representación de profesionales del mundo de la cultura y de la sanidad del sur de Francia que quisieron visitar nuestras instalaciones y conocer las actividades que el hospital realiza para sus pacientes dentro del centro y las de acercamiento a la sociedad donostiarra con el objetivo de programar futuras acciones conjuntas.

Y también os presentamos un avance de lo que será la nueva campaña de prevención de infecciones hospitalarias.

Espero que os resulte interesante

lehenengo eskuutik

Lola Arteché

Siempre es difícil resumir en unas pocas líneas la trayectoria vital y profesional de una persona, más cuando se hace desde el sentimiento de pérdida de una compañera y amiga.

La Dra. Arteché, Lola para todos nosotros, siempre ha representado entusiasmo y energía unidos a un gran rigor en el trabajo diario, características que la convertían en una gran profesional.



Es de destacar la gran actividad docente que ha desarrollado durante todos estos años contribuyendo con su paciencia y dedicación a la formación no sólo de las diferentes generaciones de radiólogos de los últimos 30 años sino también a la de los médicos de múltiples especialidades que se asomaban al mundo de la radiología.

Lola amaba su trabajo y supo transmitir ese amor a los que la rodeaban.

Lola, te vamos a echar mucho de menos, aunque estamos seguros, que tu recuerdo y tu energía va a permanecer durante mucho tiempo entre nosotros.

Tus compañeros del Servicio de Radiología

Itziar Arana

Itziar Arana Lasquibar comenzó a trabajar como secretaria en el Hospital Provincial de Gipuzkoa en noviembre de 1972. Estuvo destinada



en Quirófano, hasta la fusión de los hospitales, trabajando también en los quirófanos del Complejo Hospitalaria Donostia. En el año 2005 pasó al Ambulatorio de Gros. Hay que señalar que compaginó su trabajo con la actividad sindical y colaboró de forma altruista en una ONG.

Arantza Lekuona

Arantza Lekuona comenzó su andadura hospitalaria, en el Servicio de Farmacia, hace unos diez años, y tras trabajar en varios servicios (como Neonatos, cuarta cuarta 4º4º, primera verde-partos o quirófano de urgencias) se incorporó al equipo del 3ºb.

Todo el mundo coincide en que ha sido una mujer muy alegre, siempre contenta, y esa alegría la transmitía tanto al personal como al usuario; estaba siempre dispuesta a ayudar a sus compañeras en las distintas tareas profesionales, pero también dispuesta a cambiar de turno si alguien se lo pedía.

En cuanto a nivel profesional, era responsable, ordenada, conocecedora de los procedimientos y técnicas que le competían. Al mismo tiempo, empatizaba fácilmente con el paciente, manteniendo una buena relación basada en el respeto y el cariño.



Josu Santamaría

Dijimos adiós a un amigo y compañero. Un amigo enfermo hace algún tiempo,

Una amistad sincera,

Amistad forjada al calor de controversias, de efímeros debates de la vida diaria, del presente y del futuro, de lo terrenal y lo celestial.

Unas veces con lágrimas de orgullo y corazón quebrantado, otras de alegres momentos y tristes momentos, de consejos invaluables, inolvidables.

Tu partida fue muy pronta, te quedaba mucho camino por recorrer, muchos instantes que compartir. Fuiste un simple mortal, con defectos y virtudes, pero permanecerás por siempre en nuestra memoria y nuestros corazones.

Un amigo de convicciones firmes, de carácter recio, celoso de los suyos, Gruñón, alegre, amigo de sus amigos... ¡Ese era nuestro amigo y compañero Josu!

Una vez más, adiós amigo...

Tus compañeros



Iñaki Arrillaga y Mikel Renteria

No es fácil decir adiós a dos compañeros como Iñaki y Mikel por su calidez humana y disposición hacia los demás. Con ellos hemos compartido buenos y difíciles momentos, que nos han facilitado conocerles mejor y darles todo nuestro cariño. ¡Hasta otra, compañeros!

Campaña para minimizar la infección nosocomial

La Guía Práctica 'Prevención de las infecciones nosocomiales' de la OMS define la Infección nosocomial como "una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección".

Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del internado. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento".

El Hospital Universitario Donostia quiere hacer cada vez más patente su compromiso en minimizar esta circunstancia y para eso va a poner en marcha una serie de medidas en diferentes ámbitos comprendiendo reformas estructurales, sesiones de formación, actividades de sen-



sibilización, además de continuar con los sistemas estandarizados contenidos en el Programa de Vigilancia, Prevención y Control de la Infección Nosocomial. Esta campaña, que compromete a la Dirección Asistencial, estará orientada por el Servicio de Medicina Preventiva, tiene un ámbito temporal de cuatro años y se

realizará a lo largo de diferentes fases de duración variable.

La primera de las fases tendrá inicio a lo largo del segundo semestre del 2012 con una Sesión General que se celebrará en el Salón de Actos, dedicada a las buenas prácticas y conductas a evitar en los bloques quirúrgicos. Al inicio de esta sesión se presentarán las líneas generales del Plan.

En la contraportada de este número de la revista adelantamos una de las imágenes que ilustrarán la campaña que va a iniciar el hospital para minimizar la infección nosocomial.

Psikiatriako instalazio berriak inauguratu zituen sailburuak



Eusko Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo sailburua, Kalitate, Ikerkuntza eta Berri-kuntzako sailburuordea eta beste agintari batzuk egon dira Donostia Unibertsitate Ospitaleko Psikiatriako Zerbitzuan.

Psikiatriako eraikuntzako lanei esker barru eta kanpoko egiturak berritu dira, gunea hobeto aprobetxatu da eta etekin handiagoa ateratzen zaie elementuei.

Estatuko zerbitzu handiena da bihurtu da: 68 ohe ditu heldu akutuentzat eta 8 haurrentzat. Lehentasuna akutuen unitatearentzat da.

Eta dagoen pertsonala 11 mediku, 22 erizain, 31 erizain laguntzailek osatzen dute, 15 pertsonak lan egiten dutela bestelako zerbitzuetan.

Irabazleak 5.983.846,75 eurokoa izan da. Eraikinak 4.100 metro koadro ditu honela eta barruko jolasleku irekia du 678 metro koadroko azalera batean.

Konponketei esker gune osoaren distribuzio berria dago eta erabilera berriak ezarri ahal izan dira: egongela handiagoa eta jantokiak handiagoak dira horri guztiari esker.

Foro mihealth

Los próximos días 24 y 25 de mayo se va a celebrar en el Palacio de Congresos de Barcelona el Foro mihealth, que pretende reunir a los profesionales de la salud con gestores y consejeros delegados públicos y privados, en un formato innovador y participativo en el que los congresistas conocerán de primera mano todas las novedades, tendencias y diferentes iniciativas que se están desarrollando en el mundo de la gestión sanitaria y de la innovación clínica.

Euskadi está representada, entre otros, por la Dra. Olga Rivera, Viceconsejera de Calidad, Investigación e Innovación Sanitaria del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco y el Dr. Julio Arrizabalaga, Director Científico del Instituto de Investigación Sanitaria Biomedio, quienes participan junto con expertos de gran prestigio internacional en el Comité Científico del MIHealth Forum 2012.

Frogeetan Oinarritutako Medikuntzaren Cineforum-a

FOMeko egonaldi ertaineko unitateak antolatzen du tarteka forum hori, eta ospitaleko langile ororentzat, eta paziente eta familiartekoentzat sarrera librea da. Pelikularen ondoren eztabaidea egon ohi da ikusleen artean, aspektu etiko zein profesionales inguruan.

Azken emanaldiko filma "En un Mundo Mejor" izan zen, Susanne Bier zuzendariaren eskutik. Pelikula horrek duela bi urte Oscar saria lortu zuen, Atzerriko Pelikularik Onena sailean, eta hori ez zen sari askoren nagusiena besterik, besteak beste, Sevillan ere lortu baitzuen gidoi onenaren saria.

Gaia Afrikako errefuxiatu-zelai baten eta daniar hiri bateko egunerokotasunak gurutzatzen ditu.

Bi familiaren arteko harremana kontatuz, bakardadea, tristura eta biziaren hauskar-tasuna kontatzen ditu eta aipatutako harremanetik azkenean familiarteko-en arteko aliantza arriskutsu bat sortuko da ...

Curso de cirugía artroscópica



Cerca de 300 traumatólogos asistieron al II Curso de Cirugía Artroscópica básica y el III Curso de Cirugía Artroscópica Avanzada de Rodilla en el auditorio del parque tecnológico de San Sebastián sobre los últimos avances en artroscopia de rodilla y tres tipos de lesiones, las meniscales, las de cartílago y las de los ligamentos cruzados.

Estos cursos están organizados por el departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Do-

nostia, de San Sebastián, y presididos por el traumatólogo Ricardo Cuéllar junto con su Jefe del Servicio, Jaime Usabiaga. Policlínica Gipuzkoa, copatrocinador de la cita, fue sede de las sesiones quirúrgicas. Durante las jornadas, como novedad, se realizaron cirugías en espécimen de cadáver, para poder presentar los diferentes tipos de técnicas quirúrgicas. En ellos se abordaron tres clases de lesiones, las meniscales, las del cartílago y las de los ligamentos cruzados.

Gizentasun erigarriaren kirurgiaren marka hautsi du Donostia Unibertsitate Ospitaleak

Obesitate erigarri edo morbidoa duten pazienteentzako irtenbide nagusia eba-kunta da. Operazio-gelatik ekidin nahiar-en ondorioa porrota da kasuen % 95etan, gain-pisu mota honi gagozkiola-rik. Gure zentroa da interbentzio-mota hau egiten sareko bakarra. Iaz 54 opera-zio egin ziren, gehienak "by pass" gastriko teknika erabiliz. «Ospitaleko zifra horiek historia lakoak dira», baiez-tatu dute José Ignacio Asensio-k eta Santiago Larburuk, ospitaleko kirurgialari eta teknikaren ardu-radunek.

Kirurgia laparoskopikoko teknikek –gu-txiago inbibidatzaile eta interbentzio arin-tzaile– ahalbidetu dute 35 interbentzioko batez besteko batetik 54 operazioko bat-tera igarotzea, bi urtean, arrakasta hamarretik bederatzi batetako tasan kokaturik. Gain-pisuaren erdia galtzeaz gain, bizi-ka-litatearen hobekunta nabarmena lortu dela, pazienteengan, azpimarratzen dute kirurgialariek.

Baina itxaronzerrenda luzea da eta asko dago egiteko. Gipuzkoan daude 20tik 64 urterako 8.000 biztanle inguru gizentasun erigarri eta larriarekin, eta horietako erdientzat izan liteke komenigarria eba-kunta egitea. Zenbaki horiek ezin be-sarkatuzkoak dira, esan nahi baita, osasun sistema publikoak ezin diela denei eran-tzun, argitu zuen Enríquez-Navascués Do-nostia Unibertsitate Ospitaleko Kirurgia Orokorra eta Aparatu Digestibokoko zerbitzuburuak.

Gipuzkoan helduen hamarretik lauk dute gain-pisua, ehunetik hamabostek gizentasun arina eta berrehunetik batek gizentasun erigarria. Eta are larriagoa dena: "azken hogei urtean haur gizentasunaren intzidentzia hiru halako egin da", gaineratu du kirurgia mota honetako zerbitzuko buruak. Egun, haur euskaldunen herenak gizen daude edo gain-pisua dute. "Eta hori larria da, haur potoloa izango baita, heldu gaixo gizena, ziurtasun dezentearekin".

Donostia Unibertsitate Ospitalean, kirurgia esofagogastrikoko atala da interben-tzio hauek burutzen dituena. Bertan egi-ten dira laparoskopien bidezko bi interbentzio-mota: 'sleeve gastrectomy' eta 'bypass gastriko'. Lehenengoan ur-daireko makurdura handia erauzten da, eta bigarrena, usuena den arren, arrisku-tsuna ere bada: gordailua bat sortzen da eta zirkuitu-laburte bat, heste meharreko lehenengo zentimetroak ekidinez, gantz gutxiago xurgatzen baita horrela.

Bi prozeduren ustezko mekanismoak anato-miko hustzat jo izan badira ere, gaur egun, badakigu azalpena askoz korapila-tsua goa dela. Entzefaloaren eta digestio-hodiaren alderdi endokrinoaren arteko el-karreragina frogatutzat jotzen da, egun. Sleeve delakorekin, kasu, goseari lotzen zaion ghrelina izeneko hormona ez da as-ka-tzen eta horrek eragiten du gose-sen-satzioan.

Biodonostiak bularreko minbizia eta garuneko tumoreak ikertuko ditu



Hilkortasuna gutxiagotzeko tratamendua hobetzea eta diagnostiko goiztiar gehiago egin ahal izatea izango dira Biodonostia ikerketa institutuaren helburuetako bi. Institutuak haren onkologiako area berria aurkeztu zuen. Bertan Julio Arrizabalaga zuzendari zientifikoak adierazi zuen minbizien inguruan zegoen hutsunea bete nahi dela. Donostia Unibertsitate Ospitaleko zuzendari gerente Carlos Zuluetaek kitaldi berean adierazi zuen area berri hori mugarría izango dela ikerketa onkologien arloan.

Unitatea hiru taldean dago banaturik, minbizi-mota desberdinen arabera: hemato-onkologia, bularreko minbizia eta neuro-onkologia. Jarduera horiek koordinatzeko arduraduna Charles H. Lawrie ikerlari britainiarra da, Oxfordeko unibertsitatean ikasia eta Ikerbasquek kontrataturikoa. Gainera haren ardurapean dago hemato-onkologiako ikerketa-taldea. Bularreko minbizia zuzentzen duena Isabel Álvarez da, Donostia Unibertsitate Ospitaleko Onkologiako sailko doktore-ondokoa, eta neuro-onkologiakoa, berriz, Ander Matheu, biologian eta kimikan lizenzia-duna. Azken honek azaldu zuen haren ikerketa-taldeak jarraituko duen norabidea. Minbizi-mota horren ezaugari berezia da, bere hitzetan, intzidentzia adinaren arabera, askoz maizkoagoa baita nagusi eta haurrengan. Haren ikerketa ama-zelulatan zentratuko da, gaixotasunaren tratamenduari aurre egiten diote eta. Garuneko minbiziaren ikerketaren lerroak tumore-mota horren alterazioak aztertuko ditu. Horretarako, jakin nahi dute minbizi

horren markatzaileak zeintzuk diren, gai-xotasunaren diagnostikoan laguntzeko eta jakitera iristeko nola eboluzionatzen duen. Era horretan jakin ahal izango dugu zeintzuk izan daitezkeen tratamendu-gakoak, Matheuren arabera. Saiakuntza kliniko berriak garatu ahal izango dira, emaitzak aztertu ondoren ikerketan aurrera egitea posible egingo dutenak.

Titiko minbizia ere egongo da Biodonostiaaren jomugan. Tumore horrek bereziki emakumeak erasaten ditu, eta 45 eta 55 urte bitartean heriotza-arrazoi nagusi izaten jarraitzen du. Bularreko minbiziaren azpimultzoetan zentratu eta saiakuntza klinikoen garapena ahalbidetuko dute. Horretarako, ikerketa-ardatzetako bat izango da "ahalik eta gehien jakitea mamografietan atzematen ez den minbizi-motari buruz, baina urte batzuen buruan agertzen dena", argitu zuen Isabel Alvarez. Donostia Unibertsitate Ospitaleko pazienteen datuak ikerketa-taldearen esku

jarriko dira, hori guztia gauzatu ahal izateko. Zentroaren langile-kopurua handitzea espero dute, eta minbiziaren joera, zifren aldetik, gutxiagoaraztea espero dute etorkizunean.

Lawrie azpimarratu zuen, bere txandan, ikerketa-lerro berriaren helburua dela, Donostia Unibertsitate Ospitalearekiko zein zentro pribatu batzuekiko, Onkologikoa kasu, elkartidetza estuan lan egin ahal izatea. Institutuaren kokapen estrategikoa ere azpimarratu zuen. "kokapen hobezina dugu, merkatutik eta pazienteengandik gertukoa.

Talde honen lehenengo egitasmoa leuzemien eta linfomen diagnostikoan zentratuko da, modu gutxiago-inbaditzailean eta merkeagoan odol-testean oinarrituko dena, biopsiaren ordez. Halaber, odol-minbizi sarriena den linfomaren tratamenduari buruz ikertu nahi dute, atzemanez zein den medicamentuarekiko erresistentea den genea.

El Instituto Biodonostia presentó recientemente su nueva área de oncología, con la que según del Director Científico del instituto, Julio Arrizabalaga se pretende «llenar un hueco en la investigación del cáncer». El instituto se propone dos metas con este nueva área: Contribuir a un diagnóstico precoz y mejorar los tratamientos para reducir la mortalidad de los tumores

Por su parte, Carlos Zulueta, Director Gerente del Hospital Universitario Donostia, este nuevo campo de trabajo supondrá «un hito» en los estudios oncológicos.

La unidad está dividida en tres grupos de investigación de diferentes tipos de cáncer: hemato-oncología, cáncer de mama y neuro-oncología

El primero de los proyectos en los que trabaja el grupo se centra en desarrollar una técnica de diagnóstico de leucemias y linfomas, menos invasiva y cara que la biopsia a través de un test de sangre. Asimismo, quieren indagar en la mejora del tratamiento del cáncer de sangre más común, el linfoma, identificando qué gen resiste al medicamento.

Kudeaketa sanitario osotuaren II. Jardunaldia

EAeko, Errioxako, Nafarroako eta Kantabriako osasun zuzendari eta gerenteak el-kartu ziren eta sektoreko 80 profesional inguru egon ziren Hondarribian. Jardunaldian esperientzia-trukea oinarrituk maila asistentzialetako kudeaketa integralen inguruko esperientziak komunean jarri ziren, batez ere lehen mailako arretako eta espezializatutakoa bateratzeko asmoz. Foroak balio izan du erkidego desberdinetan burututako integrazio-modeloen lehen emaitzak analizatzeko.

Sistemaren eraginkortasuna eta jarraitutasun asistentziala hobetzen duten osasun-kudeaketa modeloak bultzatzearen garrantzia azpimarratu zen jardunaldian. Donostia Unibertsitateko Ospitalearen zuzendari mediko José M. Ladrón de Guevarak moderatu zuen eztabaidea-maietako bat, hain zuzen ere, besteak beste, Bidasoako Erakunde Sanitario Integratuan esperientzia berria landu zuena. Jardunaldiko koordinatzaile eta Lehen Mailako Arretako Zuzendarien Elkarteko kidea den Iñaki Lapuente Heppe-ren hitzetan, "topaketak ahalbidetu du esperientzia desberdinak komunean jartzea eta kudeaketa-modeloen ezaupide zabalagoa izatea, autonomia-erkidegoen artean esperientziak partekatuz, eta aztertuz nola emanen ari den maila asistentzialen integrazio-prozesua kudeaketa-modu berri hauen funtzionamenduaren ebaluazioaren esperientzia desberdinak ezagututa".

Nuevos protocolos

En los últimos se han publicado nuevos protocolos en nuestro hospital. El número 44 se refiere al "Manejo de los pacientes en tratamiento anticoagulante o antiagregante que van a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos". Ha sido elaborado de forma multidisciplinar por los servicios de Hematología/Hemoterapia, Anestesia, Cardiología, Neurología, Ginecología/Obstetricia, Cirugía General, Traumatología, Urología, ORL, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Torácica, Neurocirugía, Cirugía vascular, Cirugía Plástica y Oftalmología.

El protocolo recoge tanto el manejo para el hospital como las pautas profilácticas en

Lectura de tesis doctorales



A la izquierda, la Dra. Esther Tamayo en la lectura de tesis. A la derecha, la Dra. I. Martínez Soroa, junto a los Dres. Javier Mendicute y Juan Durán de la Colina, directores de su tesis

Esther Tamayo, doctoranda del Servicio de microbiología del Hospital Universitario Donostia - Instituto Biodonostia obtuvo la calificación de Sobresaliente *Cum laude* por su tesis "Epidemiología de la infección por *Streptococcus pyogenes* en Gipuzkoa: clones circulantes y resistencia antimicrobiana (2005 - 2010)" que leyó en el salón de actos de nuestro hospital.

La tesis fue dirigida por el Profesor Emilio Pérez-Trallero, Jefe del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Donostia y Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad del País Vasco y la Doctora Milagrosa Montes Ros, Servicio de Microbiología.

Por su parte I. Martínez Soroa, facultativa especialista del Área de Oftalmología del Hospital Donostia defendió su tesis doctoral recientemente.

La tesis llevaba por título "Viabilidad de lenticulo intracorneal de hidrogel copolimerizado con β -lactama en ojo de conejo" y ha sido dirigida por el Dr. Javier Mendicute, Jefe del Servicio de Oftalmología, y el Profesor Juan Durán de la Colina, Catedrático de Oftalmología de la Universidad del País Vasco.

Esta tesis forma parte de un proyecto colaborativo entre el Servicio de Oftalmología del Hospital Donostia e Inasmet (Grupo Tecnalia) y está financiada por el Ministerio de Educación y Ciencia.

Mereció la calificación de Sobresaliente *Cum Laude* por unanimidad del tribunal que estuvo presidido por el Prof. José Manuel Benítez del Castillo de la Universidad Complutense de Madrid.



los anexos. Se ha editado en euskera y castellano y se tiene acceso al mismo en la dirección:

El número 45 de la colección de protocolos publicados en papel es el de "Manejo multidisciplinario de la hemorragia obstétrica masiva" y ha sido elaborado por A. Adell y A. Araujo, del Servicio de Anestesiología.

Y el último en publicarse ha sido el de "Cáncer pulmonar no célula pequeña" que ha redactado el Comité de Tumores Pulmonares de nuestro hospital coordinado por el Dr. Carlos Hernández, jefe del Servicio de Cirugía Torácica.

Libro sobre enfermería en el trasplante de progenitores hematopoyéticos



El trasplante de progenitores hematopoyéticos es uno de los métodos terapéuticos que más ha contribuido a la curación de los pacientes con diversas enfermedades onco-hematológicas, según explica en el prólogo del libro el Dr. Julián Marín González, Jefe de Servicio de Hematología Clínica.

Es un procedimiento complejo y arriesgado para el paciente, que pasa por períodos de intensa páncticopenia y marcada inmunosupresión. Durante dichos períodos debe de ingresar en unidades de aislamiento en los que la prevención y tratamiento de las complicaciones tienen una influencia decisiva en el pronóstico.

La formación de equipos sanitarios es

donde la enfermería tiene un papel fundamental: tanto en el momento del trasplante como durante su seguimiento, es fundamental para la mejora continua de los resultados.

Es en esta línea en la que María Jesús Vidal, Marlene González, José Javier Ferreira y Aitziber Alkorta han hecho un esfuerzo para estudiar e impartir un curso en el que recogen aquellos aspectos del trasplante que debe dominar la enfermería especializada en este tema, trabajo en el que se basa este libro. Según el Dr. Julián Marín, "Estamos convencidos que estos conocimientos van a mejorar la competencia y la seguridad de los enfermeras implicadas en este difícil trabajo".

El bus de Medicina Intensiva en el Boulevard

El bus que recorre toda España mostrando cómo funcionan los servicios de medicina intensiva, recaló en el Boulevard donostiarra para acercar a los ciudadanos la labor que se desarrolla en este tipo de servicios.

Se da la circunstancia de que el vídeo que muestra escenas reales fue grabado en el Hospital Universitario Donostia y que ya ha sido expuesto en varias ciudades.

El autobús muestra, además, un box de UCI, la importancia de la donación de órganos y demostraciones sobre Resucitación Cardiorespiratoria Básica para aquellos ciudadanos que lo deseen.

Charlas informativas

El Gerente del hospital, Doctor Carlos Zulueta, y el equipo directivo ha mantenido varios encuentros con los mandos intermedios para explicar las acciones llevadas a cabo por Osakidetza en estos dos últimos años y la repercusión de las mismas en nuestro centro.

También se analizaron las aportaciones que han realizado los profesionales a los documentos presentados sobre el tema.

IV Jornada de manejo interdisciplinar del cáncer esofago-gástrico

Se celebró en nuestro Hospital la IV Jornada de manejo interdisciplinar del cáncer esofago-gástrico, organizado por la Sección Esófago-Gástrica de Cirugía General y el Comité de Tumores. La jornada se desarrolló en el salón de actos de nuestro hospital en sesiones de mañana y tarde. Asistieron cerca de 150 profesionales, siendo cirujanos, oncólogos y radioterapeutas las especialidades más representadas. Además de expertos de nuestra comunidad autónoma también asistieron invitados de Zaragoza, Salamanca, Valladolid, Burgos, Logroño y Santander.

Se debatieron temas relacionados con el cáncer de esófago y estómago y se repasaron los principales protocolos diagnósticos y terapéuticos que se manejan en la

actualidad. Uno de los objetivos que se planteó en esta reunión fue unificar criterios de actuación entre los diferentes hospitales participantes.

Las mesas redondas resultaron muy participativas, girando las dos primeras en torno a la preparación quirúrgica del paciente con cáncer de esófago que ha recibido previamente un tratamiento con quimioterapia y radioterapia, y a la prevención de las complicaciones quirúrgicas. Resultó también muy interesante la tercera, donde se pudieron apreciar los diferentes puntos de vista sobre los distintos tratamientos quimioterápicos y radioterapéuticos del cáncer de estómago.

Se organizaron también cuatro conferencias que fueron impartidas por el Dr. Ismael

Diez del Val del Hospital de Basurto, quien habló de la aportación de la robótica al cáncer de esófago; el Dr. Javier Ibañez, jefe de Servicio del Hospital de Galdakao, quien compartió su gran experiencia en el tratamiento quirúrgico por laparoscopia del cáncer de estómago; las doctoras Maddi Garmendia, del Servicio de Anatomía Patológica y Sara Arévalo del Servicio de Oncología, ambas de nuestro hospital, que plantearon los factores pronósticos del cáncer de esófago y sobre el tratamiento paliativo con quimioterápicos del cáncer esofago-gástrico.

Paziente-jasotzaile diren zeladorak



Gero eta erosoagoa da ospitaleko hainbat langileren lana, arian-arian, modu mekanizatuan egiten baitira asko. Badira, halarrak ere, oraindik makinek egin ezin ditzaketen lanak eta langileen guztizko esfortzu fisikoa eskatzen dutenak. Hori da jasotzaileen kasua, zeladore-talde bat, zeinaren lana baita, besteak beste, mugikortasun murriztua duten pazienteak ohetik altxatzen eta oheratzen laguntza.

Duela gutxi Gipuzkoako mailako hedabide batean erreportaje zabala eskaini zaie ospitalean lan hori egiten duten lau zeladoreri. Egunkari horrek jaso zuen, osasunlangile ez izen arren, ospitaleko hirugarren, laugarren eta bosgarren solairuetako paziente ia guztiak ezagutzen dituztela, haitako batzuk egunero behin baino gehiagotan ere bisitatu behar izaten dituzte eta. Lan handia dagoen urte sa-soian, neguan kasu, astegun zuri batean 50 pazienterekin baino gehiagorekin egon daitezke. Zeladoreak diren arren ia mundu guztiak jasotzaile edo "levantador" gisa ezagutzen ditu profesional hauek. Erreportajearen beraietako birekin mintzatu ziren: Raúl Domínguez Ramos eta Patricia Rojo Etxebarria, Arantzazuko eraikineko lau jasotzaile bikoteetako bat osatzen dutenak. Rojok kontatu zien egunkarikoei: "guri deitzen digute pazienteak mugitu behar duen bakoitzean, are komunera joan behar duenean ere."

Egia esan, lan hori zeladore guztien egin-kizunen artean sartzen da, baina talde hauen berezitasuna da lan horretan guztiz berezitua daudela, eta ez dute ohiko beste zeladore lanik egiten. Ospitale guztietan ez ohi da egoten figura edo lan bezei hori sailkaturik. Domínguez hamabi

urtean egon zen lanean Bartzelonako ospitale ezagun handi batean eta ez zuen han ezagutu antzekorik. Han zeladoreek denetik egin behar izaten zuten. Rojok ere ez zuen orain baino lehen lan honen baliokide izan daitekeenik inon ezagutu. Profesional hauen lanak pazienteekiko harreman zuzena ahalbidetzen du eta haeik ondo ezagutzeraino iristen dira. "Gela batera lehenengo aldiz sartzen garenan, harritzen dira denak, eta guk arabelean idatzitako pazientearen izena irakurri eta haren izenez deituz hasten dugu harremana, elkarritzetaren hasieramodu bat da."

Calendario de sesiones generales de la Comisión de Tumores

La Comisión de Tumores ha dado a conocer el calendario de sesiones generales de este año. En febrero se han celebrado ya dos de ellas sobre "El Cáncer en Gipuzkoa", que ofreció Nerea Larrañaga y "Manejo del Cáncer Renal diseminado", que presentó el jefe del servicio de Urología, Juan Pablo Sanz Jaka y en la que intervinieron Adolfo Cátedra, Laura Basterretxea y Naiara Sagastibeltza. Las sesiones tienen lugar salón de actos del hospital de 13:30 a 15:00 h.

El 28 de marzo se desarrolló la de Comisión de Cílon y Recto, "Carcinomatosis Peritoneal del Cáncer Colorrectal", en la que intervinieron los doctores J. M. R. Navascués y A. La Casta.

Avanzamos las sesiones previstas para los próximos meses y posteriormente daremos a conocer las sesiones que se desa-

V Curso de Gestión en los servicios de urgencias

Con asistencia de más de 60 profesionales de los Servicios de Urgencias, los días 7, 8 y 9 de Marzo se celebró con éxito en Donostia, el "V Curso de Gestión en los Servicios de Urgencias", dirigido por Pablo Busca y organizado por nuestro hospital. Destacaron entre otras las ponencias presentadas por el Dr. Juan Jorge González Armengol, del Hospital Clínico y presidente de SEMES Madrid, con la exposición de las "Razones para la Especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias: la Razón legal"; el Dr. Miquel Sánchez, Director del Servicio de Urgencias del Clínic de Barcelona y presidente de SEMES Cataluña con, "Rediseño de un Servicio de Urgencias de un Hospital Terciario"; el Dr. Fernando Ayuso, presidente de SEMES Andalucía, "Un nuevo modelo de Urgencias impulsado desde la Sociedad Científica"; el Dr. Javier Povar, Jefe de Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, "Saturación de los Servicios de Urgencias: definición, indicadores y medidas para evitarla"; la presentada por el Dr. Óscar Miró, editor de la revista Emergencias, "Investigación en Medicina de Urgencias y Emergencias" y Arantza Aranzabal, supervisora del Servicio de Urgencias, "La Comunicación en un Servicio, pieza clave de su funcionamiento".

rrollarán a partir de junio.

25 de abril

Comisión de Cabeza y Cuello

"Tratamiento conservador en el cáncer de Cabeza y Cuello localmente avanzado"

Laura Basterretxea y Naiara Sagastibeltza (Oncología Médica)

16 de mayo

Comisión de Tumores Ginecológicos

"Diagnóstico y tratamiento del cáncer de ovario en estadio I y II"

Presentado por Paloma Cobas

30 de mayo

Comisión de Neuro-Oncología

"Actualización del tratamiento antiangiogénico en gliomas"

Presentado por M. Arrazola.

Ponentes: L Egaña, J Villanúa, M Egiguren y C Barrena.



Paciente BIZIAren programaren lehenengo parte-hartzaileei omenaldia

Osakidetza homenajeó en nuestro hospital a los seis primeros pacientes que estrenaron el programa 'paciente activo', en el que enfermos enseñan a otros a autogestionar una dolencia crónica. Osakidetza inició el programa en 2010 y desde entonces se han organizado 40 cursos, a los que han asistido 463 pacientes, de ellos 279 guipuzcoanos, con una edad media de 61 años. Asistió al acto la viceconsejera del departamento Sanidad, Olga Rivera.

Osakidetza Donostia Unibertsitate Ospitalean omenaldia egin zien Paziente Bizi programan parte hartutako lehenengo pazienteei, zeinek erakutsi diente beste pazienteei haien gaixotasunaren autogestioa egiten... 2010ean hasi zen egitasmoa eta orain arte 40 ikastaro egin dira, 463 paciente joan direnak, 279 gipuzkoar, 61 urteko batez besteko adinaren zama bizkarreturik.

Iaz ezarri zen programa Euskadiko hainbat zerbitzu-erakundetan. Planaren ezaugarri nagusia hurrengoa da: pazienteak beraiek dira beste paziente batzuen esku jartzen direnak, bigarrenek irakats diezaieten nola egin gaixotasunaren kudeaketa hobe eta osasuntsuago bat. Lan hori voluntario gisa egiten dute.

Eta azken hori da Osakidetza eraman duena uste izatera garrantzitsua zela paziente horien lana saritza omenaldi baten bidez.

Uste da urtero Osakidetza 8.000 paciente kroniko berri artatu behar izaten diuela. Euskadiren osasun galdelegian, gi-

zonen % 41,5ek eta emakumeen % 46,3k gaitz kronikoa dutela aitortu dute. Patología-mota horiek eragiten dituzte Larrialdi-Zerbitzuetarako bisiten herenak eta ospitaleratzeen % 60. Eta horrek guztiak berekin dakar kostu ekonomikoa gehiagotuz doa bizi-itxaropena luzatzen den neurrian.

Autozainketak

Profesionalak ez diren pertsonak gidatutako autozainketen hezkuntza-programa Stanfordeko Unibertsitateak (AEB) diseinatutakoa da. Eta AEBetan eta hamaika herrialde gehiagotan ipini zen martxan, euren artean Erresuma Batua, Australia eta Kanada daude.

Programa hau Osasun eta Kontsumo Sailaren Kronikotasunari aurre egiteko estrategiaren barnean kokatuta dago Autozainketa eta pazienteari hezkuntza proiektuan eta Gipuzkoa Ekialdeko, Ezkerraldea-Enkarterriko eta Arabako eskualdeetan pilotatu da, denbora honetan. Programaaren helburua ez da osasun-

profesionalen lana ordezkatzea, baizik eta lan horren osagarri izatea. Horretarako baldintza kronikoa eta horrek gaixoen bizi zituzten eta inguruarekiko erlazioan daukan eragina hobeto kontrolatzeko ezauguera ipini nahi izan du gaixoen eskuetan. Paziente Biziak duen desberdintasuna ondokoa da: trebakuntza gaixotasuna pairatzen duten pertsonak ematen dutela. Ikastaroa jasotzen duten zenbait paziente, behin trebatuta eta aholkatuta daudela, beste paziente talde batzuk gidatzeko kapazak direla erakutsi da gurean ere. Pazienteek hizkera bera darabilte, eta horrek ulerkuntza errazten du haien artean.

Programaren hastapenetan beharrezkoa izan zen jakintsu atzerritarrekin harremanetan jarri ahal izatea, jakiteko nola ezarri horrelako programa bat. Orduan elkartu ziren hogeita bi profesional eta esperientzian lehenak izan ziren paziente batzuk ere.

Orain arte egindakoaren labur-bilduma honako hau da: 40 ikastaro, horietatik 31 diabetesaren maneiua pertsonala irakasteko, 463 paciente, 366 diabetesari buruzkoan. Pazienteek batez besteko adina bizitzako seigarren hamarkadan hasi berrian kokatuko zuen paziente tipikoa. Ikastaroa jaso duten pazienteen % 50,84 gizonak eta % 48,54 emakumeak izan dira. Programako lider moduan hamabi paziente hezi dira, eta haietako sei oraindik heziketa-aldian daude.



Nueva distribución del espacio en la biblioteca

La Biblioteca ha reestructurado su espacio con el fin de prestar un mejor servicio a sus usuarios. Se distinguen tres áreas orientadas a tres funciones distintas:

- **Sala de entrada a la biblioteca:** en la que se encuentran los despachos del personal de la biblioteca y una zona dedicada a trabajos en grupo.
- **Sala de estudio y Hemeroteca:** esta sala queda cerrada y separada del resto de la biblioteca para crear un espacio tranquilo y silencioso para poder estudiar. Este espacio alberga los últimos números de las revistas recibidas en papel.
- **Sala de informática:** tras la obra realizada mucho más espaciosa. Como actividad añadida a su funcionamiento habitual de consulta, esta sala ha sido

acondicionada y equipada con 11 ordenadores, cañón y pantalla para impartir cursos. Para confirmar la disponibilidad y reserva del aula llamar a biblioteca. (3021, 7256,7576)

Tanto el espacio para el trabajo en grupo como la sala de informática permanecerán accesibles para el usuario a partir de las 3 de la tarde. Para acceder a este espacio es necesario llamar a seguridad para que abran la puerta principal. (884863)

Acceso remoto a las fuentes de información

Para cubrir la necesidad de consultar las colecciones de revistas y bases de datos desde terminales externos a Osakidetza, se ha procedido a la contratación de la

Plataforma Athens.

Cuenta con los recursos suscritos de forma consorciada con el resto de bibliotecas de Osakidetza. Es imprescindible que el usuario se registre desde un ordenador de Osakidetza para la autentificación de su procedencia.

CAMBIOS EN LA RENOVACIÓN PARA EL 2012

Formato	Nº Revistas
Papel	85
Online	23
Altas	8
Bajas	77
Cambio de papel a online	41

ALTAS

Título	Servicio	Formato
Elhuyar. Zientzia eta Teknika	Euskera	Online
European Journal of Echocardiography (European Heart Journal-Cardiovascular Imaging)	Cardiología	Online
Expert Review of Endocrinology & Metabolism	Endocrinología	Online
Journal of Hand Surgery (European Volume)	Traumatología	Online
Journal of Thrombosis and Haemostasis	Hematología	Online
Kidney International	Nefrología	Online
Pediatric Allergy, Immunology, and Pulmonology	Pediatría	Online
Porturalia	Servicios Sociales	Papel

También participaron la Gerente de la Comarca Gipuzkoa y el Gerente del hospital

El Director General ofreció un balance del año 2011



El Director General de Osakidetza, Julián Pérez Gil; la Gerenta de la Comarca Gipuzkoa Dra. Marisa Merino, y el Gerente del hospital, Dr. Carlos Zulueta, ofrecieron un balance del 2011 en el salón de actos, destacando que el resultado del pasado ejercicio fue de 2.480.571.283, aumentando las inversiones en un 19,44% y 0,21 gastos frente al 9,9% de media histórica.

Pérez Gil agradeció a los profesionales de Osakidetza el esfuerzo y compromiso, que han servido para alcanzar los resultados obtenidos tanto asistenciales como económico y destacó que los ciudadanos valoran bastante bien, bien o muy bien en un 77% los servicios de Osakidetza en cuanto a la red de hospitales y en un 81% por ciento a los centros de salud y ambulatorios.

En palabras del Director General de Osakidetza, "la mejora de la productividad nos permite compensar el aumento creciente de la demanda en el sector". También resaltó que en cuanto al periodo de pago a proveedores, Euskadi estaba a la cabeza de las comunidades, junto a Na-

varra. A este respecto, informó de que la deuda sanitaria media estatal por habitante fue en 2011 de cerca de 250 euros, mientras que en la CAPV fue de apenas 40.

Entre las conclusiones destacó:

- Mayor productividad de Osakidetza: Atención a una demanda creciente contenido el gasto sanitario
- Uso racional del medicamento: Mayor uso de genéricos y PPA; reducción del gasto en Farmacia Hospitalaria
- Reducción del gasto en conciertos: especialmente en derivación de lista de espera
- Mejora de la solvencia en pagos a proveedores en periodo de crisis
- Estabilidad en el empleo público
- Avance en la aplicación del mapa de servicios prioritarios: Oncología, Hemodinámica, Paliativos y Prevención.

Por su parte, Marisa Merino, Gerenta de la Comarca Gipuzkoa habló de "El reto de la cronicidad a través de la integración asistencial", para que lo cual se diseñó un "modelo de asistencia sanitaria integrada que favoreciera la continuidad

asistencial, la relación con el entorno sociosanitario y que fuera sostenible".

La Dra. Merino explicó que en la metodología se han utilizado herramientas como la gestión de proyectos, gestión de procesos, así como técnicas para fomentar la creatividad y la innovación, grupos nominales, aprendizaje y desarrollo de competencias o estudios de investigación-acción.

Finalmente, el Gerente del hospital, Dr. Carlos Zulueta, repasó los principales datos del ejercicio 2011 en nuestro centro, que se publican en el avance de memoria que acompaña a esta revista.

También hizo énfasis en áreas como Docencia e Investigación y el relativo a la Gestión del Conocimiento e Innovación. Zulueta también destacó la acreditación de Biodonostia como primer instituto de investigación sanitaria de Euskadi y algunas de las nuevas unidades o servicios puestos en marcha como Hemodinámica, Reproducción Asistida, radioterapia de intensidad modulada, etc.

¡Un simple gesto puede salvar una vida!



Nuestro hospital comenzó hace unos años a profundizar sobre el tema de la Seguridad Clínica incluyéndolo como proceso estratégico. Una de las líneas de trabajo que se plantearon como objetivo fue evitar la identificación inadecuada de los pacientes, que es una causa importante de los problemas y complicaciones asociada a errores en la asistencia. La forma más habitual de identificación de los pacientes es el número de habitación o de cama, el diagnóstico, las características físicas o psicológicas o simplemente el hecho de que respondan a un nombre determinado.

Los problemas de identificación se asocian con frecuencia a las complicaciones producidas por errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y hemoderivados, etc. En el 2010 se puso en marcha en nuestro hospital el Programa de Identificación inequívoca de pacientes, con los siguientes objetivos:

- Conocer la identidad del paciente al que estamos prestando una atención sanitaria con el fin de reducir el riesgo potencial de error.
- Sensibilizar a todos los profesionales de la importancia de verificar la identidad de los pacientes antes de administrar la atención.
- Instaurar un protocolo único de identificación y verificación de identidad de pa-

cientes en el hospital.

- Educar a los pacientes sobre la importancia y la relevancia de su correcta identificación.
- Incrementar la cultura de seguridad en el hospital y en la sociedad.

Hasta el momento, los objetivos planteados se han conseguido de forma parcial, ya que contamos con un protocolo único de identificación y verificación de identidad de pacientes que consiste en colocar la pulsera de identificación a todos los pacientes que ingresan en el hospital, bien sea de forma programada o urgente. Además, podemos afirmar que a pesar de que en alguna ocasión se hayan producido incidencias como dermatitis, pulseras demasiado prietas, incomodidad para el personal al coger vías o procedimientos quirúrgicos, la colocación de las pulseras se ha llevado a cabo con éxito.

Tras año y medio de implantación del programa, en los próximos meses se va a realizar una evaluación de la utilización de las pulseras para lo que se solicitará nuevamente la colaboración de todos los profesionales y pacientes en encuestas que se están elaborando.

Sin embargo, todavía falta conseguir lo más importante, que todos los profesionales involucrados nos concienciamos de la importancia de verificar la identidad de los pacientes antes de proporcionar cualquier tipo de atención sanitaria: administrar la medicación, sacar analítica, realizar procedimientos, trasladar un paciente a radiología o a quirófanos, administrar una transfusión... lo que se

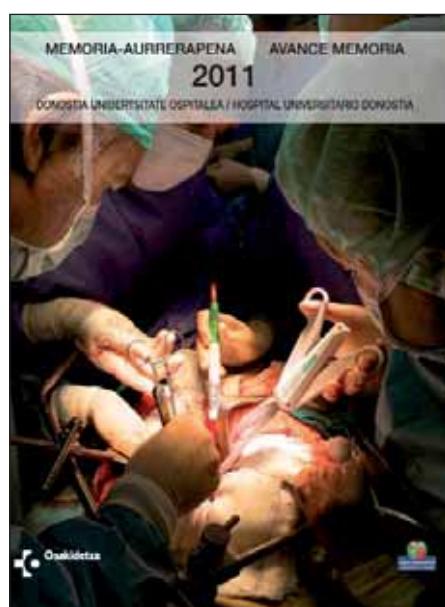


traduce en un simple gesto, "mirar la pulsera" para comprobar el nombre, apellidos, nº de historia, y fecha de nacimiento.

Recuerda que con un simple gesto puedes salvar una vida.

Avance de la memoria del hospital del 2011

Un año más, con este ejemplar de la revista os ofrecemos el avance de la memoria correspondiente al ejercicio del 2011. En este resumen, se pueden comprobar los principales datos de la actividad asistencial y estructural del pasado año, así como la información económica y de la actividad de las personas que trabajamos en el Hospital Universitario Donostia.





Eraikuntza-lanak

Ospitalearen instalazioak eta azpiegiturak etengabe hobetzeko politikari jarraituz, lanak bukatu berri dira pertsona asko dabilen ospitaleko bi zonatan.

Arantzazu eraikina eta haren ospitalizazio solairuak komunikatzen dituen korridorea, batetik, eta Ama-haurrentzako pasabidea, bestetik.

Era berean, pasabide goratua erabiliz behin Ama-haurren eraikinera sartuta da goen zonalde guztia erabat berritu da, solairuetako eskailerak eta igogailuak eskuragarriago gelditzen direlarik, obrak bukatu zirenez gerotzik. Zonalde garbi eta argitsuagoa lortu da, beste toki batzuetan lehen egin den moduan: PEAZeko bulegoetarako sarreran edo Profesionalaren arretarako unitatearen ondokoan, hain zuzen, edota oraindik lehenago ere, ekitaldi aretoko zonarekin egin zen moduan. Gainera, azken bolada honetan hiru irakaskuntza-gela eta informatikako beste bi egin dira.

Bukatzeko azpimarratu behar da zertzuk diren martxan dauden birmoldaketa-lanak: Anatomia Patologikoa, Arantzazuko ebakuntza gelak eta Oftalmologiako kanpo-kontsultetako gunearren zabaltze-lana.



Nerea Larrañaga, Servicio de Epidemiología de la Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa

“Cualquier reducción principal de cáncer vendrá de la prevención y no de la cura”

Larrañaga doktoreak tumoreen erregistroko datuak eman zituen, gure autonomia erkidegoari zein Gipuzkoari zegozkionak, eta patología-mota horren egoera aztertzeaz gain, azken urteotako aurrerakuntzen berri eman zuen. Gauza baten gainean oso argi mintzatu zen ospitaleko ekitaldi aretoan egin zen hitzaldian, preventzioa izango dela esan baitzuen minbizien tasa murriztenago modu nagusia, aipatuz, bereziki: janari osasuntsua eta tabakoari uztea.



La Dra. Nerea Larrañaga, del Servicio de Epidemiología de la Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa, ofreció una conferencia en nuestro hospital sobre “El cáncer: incidencia, mortalidad y supervivencia”. Una buena ocasión para conocer de primera mano la situación y evolución en torno a este tema en nuestro Territorio.

- El cáncer sigue siendo la segunda causa de muerte y discapacidad en el mundo, solamente superado por las patologías cardiovasculares y afecta especialmente a los países ricos con población “envejecida”. ¿De qué tasas hablamos?

- Prácticamente, una de cada ocho personas que fallecen en el mundo, lo hacen por esta causa y en la actualidad se estima que una de cada tres personas desarrollarán cáncer a lo largo de la vida. Se ha pasado de un modelo de mortalidad por causas infecciosas y elevada mortalidad infantil, hace no tantos años cuando las condiciones de vida eran más precarias, a un modelo de morbi-mortalidad por patología crónica (enfermedades cardíacas, cáncer, etc.), en parte debido al envejecimiento de la población, pero también a cambios en los hábitos de vida.

- Y además, las previsiones apuntan a un

aumento del riesgo en los próximos años.

- Efectivamente, estimaciones realizadas hace un par de años prevén que el riesgo de enfermedad de cáncer a lo largo de la vida será de una de cada dos personas para el año 2015. Posiblemente, este dato es muy alarmante y aunque nuestro territorio tiene unas tasas inferiores a las del norte de Europa, Australia o Norteamérica, teniendo en cuenta el incremento en el número de cánceres que estamos observando, aquí también aumentará dicho riesgo.

- El cáncer, como usted indicó en la conferencia pronunciada en nuestro hospital, es un reto global que tiene también una fuerte incidencia en nuestro Territorio.

- Sí. En Gipuzkoa estamos registrando alrededor de 4.000 nuevos casos de cáncer al año, lo que supone que uno de cada dos hombres y una de cada cuatro mujeres desarrollará cáncer, si se mantienen las tasas actuales.

- De todas maneras, también hay que decir que algunos de los tipos de cáncer tienen también tasas altas de supervivencia, que los conocimientos de la enfermedad y los esfuerzos que se hacen en todo el mundo tienen también respuestas a esta enfermedad.

- La evolución del sistema de salud en nuestra comunidad ha permitido una mejora en el diagnóstico y tratamiento del cáncer con una clara mejoría del pronóstico. La posibilidad de detección precoz de cáncer permiten detectar tumores en estadios más tempranos, es decir, cuando los tratamientos son más efectivos. Por otra parte, también se han producido mejoras en los tratamientos, que están siendo más eficaces y producen menos efectos secundarios.

De esta forma, durante las 2 últimas décadas ha mejorado la supervivencia en tumores de próstata, mama, colon y recto, tiroides, melanoma, leucemias y linfomas, etc. Sin embargo, existen algunos tumores que siguen teniendo mal pronóstico, como el cáncer de pulmón y algunos tumores relacionados con el tabaco. Por ello, no hay que olvidar que a pesar de cualquier avance que pueda desarrollar la alta tecnología, cualquier reducción principal de cáncer vendrá de la prevención y no de la cura.

- Uno de los ejes centrales de su charla fue el registro de tumores en la Comunidad Autónoma Vasca, herramienta imprescindible en la lucha contra esa patología. ¿Cómo funciona?

- En la CAV, existen registros de tumores hospitalarios que tienen una información clínica muy detallada y son de ámbito hospitalario. Uno depende de Osakidetza y el otro del Instituto Oncológico. Los datos que presenté en la conferencia eran del registro poblacional que intenta registrar todos los tumores malignos que se producen en residentes de la CAV. Se trata de un registro creado en 1986 y que de forma continua ha ido registrando y facilitando indicadores sobre la situación del cáncer en la Comunidad Autónoma, así como de los Territorios Históricos que la integran.

- ¿Qué centros e instituciones colaboran en el registro?

- El registro está gestionado por el Departamento de Sanidad del Gobiernos Vasco y sus Direcciones Territoriales y se mantiene gracias a la información y colaboración de los registros de Osakidetza y



Onkologikoa, así como de todos los centros públicos y privados donde se realiza cualquier intervención diagnóstica o terapéutica relacionada con el cáncer.

- **¿Qué aplicaciones tiene?**

- Los datos de incidencia permiten identificar prioridades para la prevención y planificación y la supervivencia nos da una idea de la efectividad del sistema de salud. Es un marco ideal para la investigación y permite la evaluación de estrategias de control de cáncer (programas de promoción o screening) puestas en marcha en nuestra comunidad.

- **¿Cómo ha evolucionado el cáncer en nuestra comunidad y en nuestro territorio?**

- Desde 1986, primer año de registro, hasta ahora, prácticamente ha duplicado en número de tumores diagnosticados anualmente en nuestro Territorio. Se ha producido un aumento en incidencia tanto en hombres como en mujeres, si bien en estas la incidencia es todavía muy inferior. Sin embargo, ha mejorado el pronóstico al aumentar la supervivencia; los hombres con cáncer han pasado de una supervivencia, a los 5 años del diagnóstico, del 33% al 50% en 2 décadas y las mujeres del 48% al 60%.

- **¿Cuáles son los tipos de cáncer de mayor incidencia en la población?**

- En hombres, el cáncer de próstata es el tumor más frecuente y el cáncer de mama en mujeres. Les sigue el cáncer de colon y recto en ambos grupos. Como tercer tumor más frecuente en hombres se halla el cáncer de pulmón, aunque parece que su incidencia se ha estabilizado,

mientras que en las mujeres este tumor va aumento en frecuencia, aunque sigue teniendo tasas muy inferiores a la de los hombres, y ocupa el quinto lugar en frecuencia en ellas. Los tumores malignos de útero son los que ocupan el tercer lugar en frecuencia en las mujeres.

Larrañaga doktoreak minbiziaren egoeran jarri zuen arreta, bereziki Gipuzkoan, "Gipuzkoan erregistratzen ari gara" azaldu zuen minbiziaren 4.000 kasu berri urteko. Horrek esan nahi du gizonezkoen erdiek eta lau emakumeetatik batek garatu lezaketela minbizia, "gaurko tasak mantentzen badira" etorkizunean. Adierazi ere zuen, gure osasun sistemanen eboluzioak ahalbidetu duela minbiziiko diagnostikoaren eta tratamenduaren hobekuntza, eta gaixotasunaren pronostikoek beste hainbeste egin dutela onera. Minbiziaren detekzio goiztiarrari esker tumoreak estadio ez-aurreratuetan atzematen dira gero eta gehiagotan, hots, tratamenduak efikazagoak direnean. Bestalde, "gertatu dira tratamenduetan beraietan hobekuntzak", eraginkorragoak izaten ari diren eta ze-

harkako efektu gutxiago sortzen dituztenak aplicatzen ari baitira". "Honela," gure aldizkariari azaldu zion Larrañagak: "azken 2 hamarkadetan zehar hobetu da prostata-tumoreek jottakoen bizi-iraupena, eta bularraldeko, kolon eta ondesteko, tiroideko eta melanoma, leuzemia eta linfomen kasuan berdin gertatu da. Hala ere, badaude eboluzio txarrago duten minbizi motak: birika-minbizia eta tabakoarekin erlazionatutako tumore batzuk, esate baterako, izaten jarraitzen dute pronostiko txarrekoak. Horregatik ez da ahaztu behar goi-teknologia gara dezakeen edozein aurrerapen gorabehera, minbiziaren edozein murriztapen nagusi prebentziotik etorriko dela, modu argia goan".

Unidad Básica de Prevención/Salud laboral



Este reportaje sobre la Unidad Básica de Prevención/Salud Laboral inicia una serie sobre unidades del hospital cuya actividad está al servicio de los trabajadores. Como indica la Dirección de Personal en esta misma página, esta unidad forma parte de actividades internas que se refieren al factor más importante y valioso en cualquier organización como son las personas que la conforman, los trabajadores.

Lan-osasuna/Prebentzioko Oinarrizko Unitatea koordinaturik lan egiten duten bi arlotan dago banatua: bata sanitarioa eta bestea teknikoa. Sanitarioan lau medikuk lan egiten dute –haietako bat koordinatzailea– eta hiru erizainek. Arlo teknikoan lan-arriskuen prebentzioko hiru espezialista daude. Idazkari baten egitekoa da talde osoaren administrazio-lana burutzea.

Prebentzioko Oinarrizko Unitatea du izena, Osakidetzako Lan-arriskuen Prebentziorako Zerbitzuaren barruan kokatzen baita.

Osasun-jarduerak

Alderdi sanitariotik hasita, taldearen lan funtsezkoa osasunaren zaintza da, eta araketa medikoak eginez burutzen du eginkizun hori. Hasteko, ospitalean lanean hasten den edozein langilek derrigorrez egin behar duen araketa medikoa egiten da bertan. Alderdi legala garrantzizkoan den arren, alde prebentiboak ere garrantzia du, lanpostua egokitu behar baita langilearen balizko mugetara. Langileen osasun-jarraipena ere egiten da, eta, horren barruan, guztiei eskaintzen zaie aldizkako mediku azterketa modu voluntarioan. Jose Calparsoro doktoreak, Prebentzio/Lan Osasuneko Unitatearen buruak, azaldu digu "oro har, borondatzekoak di-

rela azterketak", baina nahitaezkoak diren batzuk, lanpostu espezifikoan, badu dela, adierazi digu "dakartzaten arriskuentzat, eta araudiak jasotzen duelako, azterketa espezifikoak egin behar izaten dira". Esate baterako, medikamentu zitosatikoa, produktu kimimikoak –formalheidoa, etilen oxidoa– edo erradiazio ionizatzileekin lan egiten dutenen kasu litzateke mota horretakoa.

Lan-arriskuen unitatean artatzen dira, gainera, lanean gertaturiko istrípuak, baita biologikoak ere, hala nola, nahigabeko zistena edo fluido biologikoz zipriztintzea gertatzen denean. Horrelakoan protokolo konplexu bati ematen zaio hasiera, horren barruan daudela erauzketa-azterketa, iturri-pazienteari egin beharreko kontrolak, txertoen jarraipena, etab. Lan horretan erizainak inplikatzen dira nagusiki. Badago, bestetik, Calparsoro doktoreak azpimarratu nahi duen kontu garrantzitsu bat: batzuetan, unitatearen funtzioa nahasten da enpresa barruko familiako medikuntzako zerbitzutzat hartuta. "Gure funtzioa, azpimarratzen du, unitate-buruak, ez da lehen mailako arretaren medikuntza ordezkatzekoa". Eta jarraitzen du: "gure fokua arrisku laboralen prebentzioan jarrita dago, nahiz eta, gripearren txertaketarena bezalako kanpainak ere bu-

rutu, baina lan-arriskuak ebaluatzea da gure jomuga, arrisku horiek aurrez ikustea, eta aldi anhingo osasunaren zainketa neurriak proposatzea".

Profilaxiarekiko da unitatearen beste jarduera garrantzitsu bat. Prebentzio-jarduera guztiak dira garrantzitsuak, baita txertoekin egindako profilaxia ere, gripearren aurkakoaz gain. Egia da gripearren kontrako urteko kanpainen ardura hartzen dugula, argitzen digu Calparsoro doktoreak, "baina A eta B hepatitisen aurrezaintzaren ardura ere hartzen dugu, baita tetanosaren kontrakoarena, eta langileak harrapatu dezakeen beste zenbait patologienak ere". B hepatitisarenaz azpimarratu nahi du, "babes-maila handia lortu delako."

Arlo sanitarioa utzi gabe, unitatea osasun-arrazoek eragindako langileen toki-aldaketez ere arduratzen da. Hainbat langileri, gaixotasun bat harrapatu edo garatu dutelako, ohiko jarduera alde baterako utzi, bateraezintasun arrazoengatik, eta beste lanpostu bat bilatu behar zaie, ospitalean. Protokoloak daude horri buruz, eta osasun-balorazioaz gain, lantoki egokia aurkitzeko azterketak ere egin behar dira. "Uste dugu lan hori langileentzat oso onuragarria dela", esaten digu Calparsorok, "eta horrelakotzat dugu. Lanpostuen disponibilitatea, noski, kontuan izan behar da. Guk Ospitaleko Zuzendaritzara bideratzen dugu gure proposamena eta aukera desberdinak kontuan izaten ditugu".

Arlo teknikoa

Parte teknikoa ezezagunena da, nahiz eta garrantzia handia izan. Historikoki enpresa-medikuntza zerbitzuak bakarrik mediku eta erizainekin osatzen ziren, baina zorionez 95etik aldatu zen hori. Lan-arriskuen Prebentzioko Legearekin, eta geroago prebentzio-zerbitzuen araudian, prebentzio-zerbitzuetan alde teknikoa osatu zen eta ezarri zen egon behar dela baliabide nahikorik, zerbitzuan, funtzio-sail hori egiteko. Horren barruan dago lan-arriskuen balorazioa, zerbitzuz zerbitzu egiten dena, txosten bat egiteko lanpostu zehatz bakoitzaren arrisku-maila jasoz. Bertan jasotzen da zer neurri hartu behar diren arrisku horiek desagertzeko edota, kasurik txarrenean, gutxienez, txikiago tzeko. Prebentzio teknikoen arduretako bat da lan hori egitea.

Maiztasun erregularrez egiten diren txosten horiek zuzendaritzara eta zerbitzuekako arduradunengana bidertzen dira, eta

prebentzioaren planifikazioa egiten da datu horiekin. Hori egiteko epe bat mar-
katzen da, eta erabakitzentz da neurri ba-
besleen ezarpenaren arduraduna nor
izango den. Calparsorok dio, "Zuzenda-
ritzak koordinatu beharreko zerbitzu bat
da. Eta arduratu behar dugu gure lana efi-
kaza izan dadin eta erabilgarritasun praktikoa
izan dezan, lan-baldintzak hobetzeko".

Teknikariek beste lan batzuk ere egiten di-
tuzte: lan-istripuen ikerketa-lana, erizainen
laguntzarekin egiten dena; esate baterako
istripu biológico bat gertatu ondoren, ger-
tatu zeneko baldintzak aztertu behar dira,
berriro gerta ez dadineko neurriak hartu
ahal izateko.

Eginkizun horiei guztiei batu behar zaiz-
kie beste batzuk, prebentzio-gaiei buruzko
kontsultei erantzutea horietako bat dela-
rik, esate baterako, langileek beraiek edo
sindikatuek egiten dituzte prebentzioko
gaiei buruzko hainbat galdera. Balorazio

CURSO ON-LINE DE AUTOPROTECCIÓN

La Unidad Básica de Prevención/Salud
Laboral está compuesta por cuatro mé-
dicos, tres enfermeras, tres técnicos en
riesgos laborales y una secretaria.

Es especialmente conocida por los re-
conocimientos médicos obligatorios
para quienes se incorporan al hospital
y por las campañas de vacunación anti-
gripal.

Pero esta Unidad realiza otras muchas
funciones como reconocimientos a
profesionales expuestos a citostáticos
o a productos químicos como formalde-
hídos y en vacunaciones las referidas
a la hepatitis B.

La función principal de esta Unidad es
la prevención de riesgos relacionados
con las actividades de nuestro hospital,
pero también la de atender a quienes
han sufrido accidentes laborales, espe-

cialmente los biológicos.

También interviene para el traslado de
profesionales por motivo de salud, tra-
tando de reubicarlos en otros puestos.
Menos conocida es su tarea de la valo-
ración de los riesgos laborales.

Para ello se hace una evaluación servi-
cio por servicio y puesto por puesto
que se refleja en un informe a la di-
rección.

Otra función de la Unidad es el control
ambiental de contaminantes físicos o
químicos como el ruido o algunos pro-
ductos químicos como los citados an-
teriormente.

Entre los proyectos más ambiciosos
para este año 2012 es el de la auto-
protección por medio de un curso on-
line para unos 700 trabajadores.

La Dirección de Personal en el Hospital Universitario Donostia

Todos sabemos que la razón de ser del
Hospital Universitario Donostia es la
atención sanitaria a la población.

Esta declaración tan sencilla de enunciar
encierra una complejidad extraordinaria
que exige un permanente ejercicio de
organización interna.

La organización interna cuenta con una
serie ordenada de actividades en torno
al elemento que consideramos más va-
lioso para la consecución de los com-
promisos del H.U.D.:

Los trabajadores, las personas.

En el H.U.D. llamamos "Gestión de Per-
sonas" a ese conjunto de actividades en
las que el foco de atención está puesto
en los trabajadores, el conjunto del HUD
y las relaciones entre trabajador y em-
presa.

Aquí está la clave para entender la idea
fundamental de la gestión de personas:
En el gráfico, se reproduce esquemáti-
camente el mapa que describe las acti-
vidades que se realizan en el HUD en
torno a las personas.

"En el H.U.D. gestionamos necesidades
y expectativas de los trabajadores y su
adecuación a las necesidades y expec-
tativas de la organización para acer-
narnos a las necesidades y expectativas de
los ciudadanos"



eta txostenetan egiten da horrelakoan egindako aurkikuntzei eta hartu daitezkeen neurriei buruz.

Ekipamenduak eta tresnak ere ebaluatzenten dira, osasunean edo segurtasunean eduki dezaketen eragina aztertz.

Unitatea Osasun eta Segurtasun batzordean dago, zeina baita bitariko organo bat, Zuzendaritzaren eta sindikatuen arteko. Gure parte hartza teknikoa da

batzordearen funtzionamenduan lagunten dugularik.

Eta ez dira ahaztu behar formazio eta informazio jarduerak. Langile orok jakin behar du zein den betetzen duen lanpostuaren arrisku-maila. Oso lan garran-tzitsuada, prebentzio-gidekin egiten dena: arlo desberdinako arriskuen gaineko informazio zehatza dakarte, eta hartu beharrako neurriak ere jasotzen dituzte.

Bukatzeko, Calparsoro doktoreak gogoratzen du ikastaroak ere antolatzen dituztela, esate baterako, On-line ikastaro bat lantzen ari dira autobabesaz eta laster prest egotea espero dute; 700 langile ingururi eman nahi diente prestakuntza, suteen kontrako babes inguruan, ikastaro horrekin.

TE PUEDE PASAR A TÍ

Dejar objetos punzantes entre la ropa provoca accidentes biológicos

"Al recoger el uniforme limpio, metí las manos en uno de los bolsillos para comprobar que no había nada y me pinché con una aguja intravenosa que alguien había "olvidado" allí dentro".

Enero del 2012, enfermera.

"Trabajando en el puesto de clasificación de ropa, me pinché con una aguja intramuscular "abandonada" entre la ropa sucia".

Mayo de 2011, trabajadora de Lavandería.

Lo que desecharmos entre la ropa sucia llega a la Lavandería

El servicio de Lavandería recoge multitud de objetos entre la ropa sucia, tanto entre la que llega en sacos desde las plantas a través de la tolva, como en los uniformes que cada uno vamos desecharmos.

Algunos de estos objetos (bolígrafos, llaves...) se nos olvidan en los bolsillos y es algo que se debe evitar porque pueden causar accidentes o desperfectos en el sistema de limpieza. Pero hay otros objetos (agujas, catéteres, agujas de anestesia, trocares, pañales, vasos de cristal, medicación, sueros, restos orgánicos de intervenciones, etc.) que jamás deberían encontrarse entre la ropa sucia y, que habitualmente llegan a la Lavandería.

Por eso, es muy importante seguir los protocolos establecidos y revisar toda la ropa (la de los pacientes y nuestros uniformes) antes de echarla a lavar.

Si sufres un pinchazo

Si sufres un pinchazo o corte con un objeto manchado con sangre u otros fluidos biológicos, puedes sufrir una infección de los virus de hepatitis B, hepatitis C o sida.

Si tienes un accidente de este tipo, es fun-



Objetos recogidos en la lavandería entre la ropa sucia

damental que acudas cuanto antes a Salud Laboral (en horario de mañana de lunes a viernes) o a Urgencias Generales (en el resto del horario), para:

- Evitar la infección iniciando inmediatamente la profilaxis frente a los virus de hepatitis B y el VIH.
- Analizar el accidente con el fin de establecer medidas preventivas que eviten su repetición.
- Documentar legalmente el accidente

(esto sólo se puede hacer en Salud Laboral mediante el Parte de Accidente Laboral).

- Diagnosticar precozmente la enfermedad, caso de producirse, instaurando un tratamiento precoz de la misma.
- Evitar la transmisión a terceros.

Tú puedes evitarlo

AL LLENAR LOS SACOS con la ropa sucia:

- Comprueba que se han retirado pañales, medicación, agujas y otros materiales y equipos.
- Si el saco pesa más de lo normal o notas algo extraño, revisalo. No olvides ponerte guantes.
- No olvides que el saco llega a la Lavandería, donde los trabajadores lo abren, sacuden y clasifican la ropa. Si te has dejado algo dentro, lo más probable es que se produzca un accidente.

NO GUARDES EN LOS BOLSILLOS AGUJAS, catéteres u otros objetos cortantes.

- Utiliza una batea.
- Desecha los objetos cortantes directamente en un contenedor.

Es importante REVISAR LOS BOLSILLOS del uniforme antes de dejarlo en la Lavandería.

- Evitarás accidentes entre el personal de Lavandería que sacude la ropa antes de lavarla.
- Evitarás accidentes hacia la persona que coja el uniforme después de ti.
- Y también evitarás estropear el proceso de limpieza con la tinta de bolígrafos, restos orgánicos, etc.

Con la participación del Dr. Luis Bujanda

Un estudio certifica el éxito de pruebas no invasivas en la detección del cáncer colorrectal

El estudio "Colonoscopy versus fecal Immunochemical Testing in Colorectal-Cancer Screening", publicado por Según publica The New England Journal of Medicine, certifica que la prueba de sangre oculta en heces es tan efectiva como la colonoscopia en la detección del cáncer de colon y mucho menos agresiva para los pacientes. Es la primera vez en el mundo que se comparan ambos métodos. Para el Dr. Luis Bujanda, coordinador en el País Vasco, que ha participado en el trabajo, la publicación de este estudio en una revista de ese prestigio es ya un reconocimiento a un proyecto que además supone certificar la posibilidad de utilizar una técnica diagnóstica no invasiva en una patología de un gran impacto social, pues una de cada 20 personas tendrá un cáncer de colon o recto a lo largo de su vida.

En el estudio han participado un total de 60.000 personas de ocho comunidades autónomas españolas –además de de país vasco, Aragón, Canarias, Cataluña, Galicia, Madrid, Murcia y Valencia-, que ha contado con la financiación de la Asociación Española Contra el Cáncer (aecc) y del Instituto de Salud Carlos III.

Todos los fondos se han obtenido en convocatorias públicas y en el caso del País Vasco el presupuesto ha sido de 250.000 euros durante los aproximadamente cuatro años que ha durado hasta ahora (2007-2011). La financiación ha provenido de la UPV, Diputación Foral de Gipuzkoa, CIBER-digestivo, Ministerio Sanidad, Asociación Española contra el Cáncer, Obra Social de Kutxa, Instituto Onkologikoa, el programa Telemaratoia de EITB y el Instituto Biodonostia.

El trabajo en nuestro hospital

En nuestro hospital se seleccionó toda la población de Lasarte-Oria, con la inclusión en el estudio de 2.600 personas (1400 a sangre oculta en las heces y 1.100 colonoscopias) de las 4.700 invitadas. Este estudio fue uno de los impulsores del inicio del cribado poblacional en el País Vasco. En el cribado poblacional se han detectado a la fecha actual 500 individuos con cáncer de colon -dos terceras partes en fases ini-

The New England Journal of Medicine aldizkari zientifikoak munduan lehenengo aldiz argitaratu ditu koloneko minbiziaaren detekziorako bi estrategien arteko konparazio azterlanaren emaitzak. koloneko eta ondesteko minbizi-lesioak antzemateko estrategien eragina ebaluatu dira ikerketa batean. Donostia Ospitaleko Digestio Aparatuko Zerbitzuko kidea eta UPV/EHUko irakaslea den Luis Bujanda Fernández de Piérola doktoreak zuzendutako taldeak parte hartu du aipaturiko ikerketan.

ciales- y más de 3.000 personas con pólipos avanzados.

El Dr. Luis Bujanda explica que "el estudio indica un gran impacto en la población de Lasarte-Oria, donde se ha llevado a cabo. Se han detectado 27 personas con CCR -la mayoría en fases precoces- y más de 250 personas con pólipos en alto riesgo de degenerar a cáncer".

Por otro lado, en opinión del Dr. Bujanda, el trabajo ha impulsado con gran éxito el desarrollo del cribado de cáncer de colon en el País Vasco y en otras muchas comunidades autónomas. En lo que respecta a nuestra comunidad, Bujanda destaca el trabajo desarrollado por el doctor Juan Arenas, también de nuestro hospital, y de la Dra. Isabel Montalvo del Instituto Onkologikoa, y especialmente de la DUE Eva Laredo,

El proyecto finalizará en 2021

Sin embargo, en palabras del responsable del estudio en el País Vasco, la confirmación de la validez del estudio no acaba con las colonoscopias de cara al futuro en este ámbito, pues es la prueba de referencia para confirmar o descartar un resultado positivo de sangre oculta en las heces y para el seguimiento de las lesiones. En estos momentos, se está realizando cribado de cáncer de colon con sangre oculta en las heces cada 2 años a la población que tiene entre los 50 y 69 años. Esta población representa 500.000 personas en nuestra comunidad. "El grado de aceptación a la prueba, afirma el especialista, está alrededor del 60% y la tasa de positivos es del 8%. El 60% de las personas con el test positivo tienen pólipos en el colon. Estos datos hacen que el número de colonoscopias que debamos realizar sea muy grande y que se incremente de forma considerable en los próximos años".

Este proyecto finalizará en 2021, cuando se verá cuál de las dos pruebas reduce más la mortalidad. Además, nos cuenta el Dr. Bujanda, hay activos unos 10 subproyectos en este momento. Dos de ellos, enviados a revistas de gran impacto. También indica que "en el cáncer de colon se sigue trabajando de forma muy intensa en otros proyectos como el inicio para este año del proyecto EPICOLON III que nosotros coordinaremos junto a otros tres hospitales con el objetivo de buscar nuevos biomarcadores que mejoren los que actualmente existen para detectar lesiones avanzadas o cáncer de colon en fases iniciales.

KOLONEKO MINBIZIA ATZEMATEKO ESTRATEGIAN URRATS BAT AURRERAGO

2006an hasi zen ikerketa eta 2007an osasun-sailaren aurrean aurkeztu zen, osatu egin zen geroxeago Koloneko Minbizia Prebenitzeko Batzordea, Luis Bujanda doktorearen partaideztarekin. Antolamendu eta ekonomia-baliabide aldetik erronkan garrantzitsua izan da ikerketa. 300 mila euro lortu behar izan ziren, lagunza-deialdieta aurkeztuz, egin beharrekoak ziren 1.300 kolonoskopio finantzatu ahal izateko. Azpima-

rratu behar da ikerketa-lan guztia egin dela industria farmazeutikoaren finantzalaguntzarik batere gabe. Ikerketa guztia bederatzi urte barru bukatuko den arren, frogatu da dagoeneko "gorozkietako ezkutuko odola antzemateko egungo metodoak hain direla sentikorrik, non kolonoskopien bidez aurkituko liratekeen minbiziak eta aitzineko lesioen kopuru adierazkor bat proba bakar batekin detektatu daitezkeen".

Charles H. Lawrie, Director de Investigación Oncológica de Biodonostia

“Nuestra prioridad es establecer líneas de investigación relacionadas con los cánceres con mayor incidencia en la población”

Su objetivo general es comprender la biología que está detrás del cáncer a nivel molecular y a continuación "traducir" esa información a los pacientes a través del desarrollo de nuevas herramientas de diagnóstico y nuevas terapias. Su departamento tiene planes concretos para ampliar el área de oncología e incorporar nuevos grupos de investigación en el futuro. Su prioridad es establecer líneas de investigación relacionadas con los cánceres que más afectan a la población.

Licenciado Bioquímica, Charles Lawrie se doctoró doctoré en Ciencias Biológicas en el Trinity College de la Universidad de Oxford. En el 2004 se integró en el Departamento Nuffield de Ciencias de Laboratorio Clínico (NDCLS), que forma parte de la Universidad de Oxford con sede en el hospital John Radcliffe y como investigador principal del Grupo de Investigación de malignidad linfoide (LMRG). El año pasado obtuvo una xxxx como Profesor de Investigación Ikerbasque y como parte de este programa es Director de Investigación Oncológica en el Instituto Biodonostia. Sigue manteniendo la posición de Profesor de Investigación de la Universidad de Oxford y es miembro del Julian Starmer-Smith Lymphoma Research Trust.

- Usted es el responsable de la línea 7 de investigación de Biodonostia, que incluye hemato-oncología, cáncer de mama y neuro-oncología. ¿Nos podría hablar de las investigaciones más destacadas que están realizando en los tres ámbitos?

- El objetivo general de nuestra investigación en oncología es comprender la biología que está detrás del cáncer a nivel molecular y a continuación "traducir" esta información a los pacientes a través del desarrollo de nuevas herramientas de diagnóstico y nuevas terapias. Este objetivo solo puede lograrse mediante una estrecha cooperación con otras entidades como el Hospital Universitario Donostia y otros centros de tratamiento del cáncer, como Onkologikoa, así como muchos de los socios biotecnológicos que se encuentran convenientemente ubicados en el Parque Tecnológico de Miramón.



Curriculum luze-zabala du eta Ikerbasque-ko programa baten bidez hasi da lanean Biodonostian. Ikerkuntza Onkologikoko zuzendaria da Institutuan eta, gainera, hemato-onkologia areako ikerkuntza-lerroko arduraduna da. Haren helburu orokorra da minbiziaren atzean dagoen maila molekularrako biología uler-tzea eta pazienteentzako diagnostiko-erreminta berrien garapena, terapia berriak ezarri ahalizateko. Zuzentzen duen departamentuak plan zehatzak ditu onkologia-area handitzeko eta ikerkuntza-talde berriak etorkizunean gehitzeko. Lawrin-en lehentsuna ikerkuntza-lerroak sortzea da, populazioari gehien eragiten dioten minbiziak aztertzeko.

Actualmente, el Área de Oncología consta de tres grupos de investigación que investigan tres tipos muy diferentes de cáncer (hemato-oncología, el cáncer de mama y de neuro-oncología). El grupo de cáncer de mama está dirigido por Isabel Álvarez, una oncóloga especialista del Hospital Universitario Donostia y tiene una amplia cartera de ensayos clínicos en marcha dentro del Servicio de Oncología del Hospital Universitario Donostia. También colaboran con la Universidad de Oxford para ver si el estado del receptor hormonal está vinculado a la evolución del paciente.

La línea de neuro-oncología se refiere a los cánceres del sistema nervioso y del cerebro. Este grupo está dirigido por Ander Matheu, quien tiene un contrato Miguel Servet. Hizo su doctorado en el CNIO en Madrid y recientemente se unió a nosotros procedente del prestigioso Instituto Nacional para la Investigación Médica (NIMR) de Londres. Su grupo está especialmente interesado en las células madre del cáncer y en desarrollar nuevos tratamientos dirigidos a erradicar estas células.

Finalmente, yo lidero el grupo de hemato-oncología que estudia los cánceres de la sangre y órganos hematopoyéticos.

- Hablemos por tanto de este último área, el del grupo de hemato-oncología.

- Los cánceres hematológicos representan aproximadamente el 10% de los cánceres y afectan a la sangre, médula ósea y / o los ganglios linfáticos. Por tradición, estos cánceres son clasificados como derivados de la sangre (leucemias) o del sistema linfático (linfomas). Las neoplasias hematológicas pueden derivar de cualquiera de los dos principales linajes sanguíneos, mieloides (granulocitos, eritrocitos, macrófagos, plaquetas y células cebadas) y linfoide (B, T, NK y células plasmáticas).

El principal interés de nuestro grupo de investigación son los tumores malignos linfoides (linfoma, es decir, las leucemias linfocíticas y el mieloma múltiple), sobre todo las bases moleculares de estas enfermedades y el descubrimiento de nue-



vos biomarcadores moleculares que ayuden en el diagnóstico y en la decisión sobre las opciones de tratamiento para los pacientes. Estamos especialmente interesados en la identidad y el papel que los pequeños ácidos nucleicos (microRNAs) juegan en estos tipos de cáncer, y cuando circulan en la sangre, en su uso potencial como marcadores no-invasivos del cáncer.

- *¿Qué líneas de investigación están trabajando actualmente?*

- Tenemos varias líneas de investigación abiertas en el grupo de investigación de hemato-oncología en distintas fases de realización. Por ejemplo, trabajamos en un proyecto que está utilizando la última tecnología de secuenciación para buscar los cambios genéticos que puedan predecir qué pacientes con linfoma de bajo grado tienen un alto riesgo de desarrollar una forma más agresiva de linfoma.

En otro proyecto, estamos buscando moléculas en la sangre de pacientes con linfoma con la esperanza de desarrollar una prueba simple que pueda sustituir a las pruebas diagnósticas actuales basadas en biopsias.

También estamos utilizando lentivirus como una herramienta para testar la capacidad de modificar la resistencia a los fármacos frente a linfomas de cada uno de los aproximadamente 1.000 microRNAs descritos. Se espera que este proyecto ayude en el diseño futuro de fármacos contra el cáncer y permita identificar a los pacientes que tienen pocas probabilidades de responder a un tratamiento en particular de manera que se pueden encontrar alternativas.

- *¿Es posible que en el futuro aborden otras patologías también relacionadas con las enfermedades oncológicas?*

- Tenemos planes concretos para ampliar

el área de oncología e incorporar nuevos grupos de investigación en el futuro. Nuestra prioridad es establecer líneas de investigación relacionadas con los cánceres que afectan a la mayoría de la gente. Por ejemplo, esperamos comenzar pronto con proyectos relacionados con el cáncer de pulmón, la causa más común de muerte por cáncer en hombres y mujeres en todo el mundo.

- *Hablar de cáncer, hoy por hoy, sigue siendo un tema difícil, aunque en los últimos tiempos se estén consiguiendo grandes avances. ¿Cómo valora usted la lucha contra las enfermedades oncológicas?*

- Ciertamente, se han hecho grandes avances en los últimos años en la batalla contra el cáncer. La quimioterapia tiene sus orígenes en la Primera Guerra Mundial al darse cuenta de que el agente de la guerra química, el 'gas mostaza', reducía drásticamente el número de células blancas de la sangre en los soldados expuestos. Los primeros ensayos de quimioterapia en la década de los 40, utilizando un derivado del gas mostaza, la mustina, demostraron una notable capacidad para tratar a los pacientes con linfomas avanzados.

Desde entonces, las terapias han mejorado mucho en gran medida gracias a los tratamientos actuales basados en anticuerpos que atacan directamente las células tumorales. Las terapias futuras se adaptarán a cada paciente individualmente ya que los avances en genómica permiten tener una comprensión mucho mejor de lo que hace que una célula normal se malignice.

Las mejoras en la clínica reflejan, y en muchos aspectos son conducidos por los avances en nuestra comprensión científica de los procesos biológicos en condi-

ciones normales y en la enfermedad. Esta es la razón por la que los centros de investigación biomédica como Biodonostia son esenciales para mejorar la salud de los ciudadanos actuales y futuros.

- *El trabajo multidisciplinar y la colaboración intercentros a nivel internacional se está planteando como cruciales a la hora de abordar retos como las enfermedades oncológicas. ¿Qué colaboraciones mantiene con otros centros de investigación?*

- Biodonostia tiene acuerdos de colaboración con muchas empresas privadas y organismos públicos de aquí y de fuera de Gipuzkoa. Nuestro objetivo es trabajar de cerca con el mayor número de estos socios como sea posible. Además, tenemos muchas colaboraciones activas tanto a nivel nacional como en el extranjero, en países como el Reino Unido incluyendo a las Universidades de Oxford, Cambridge y Londres, Países Bajos, Alemania, Suiza, Italia, Francia y EEUU.

- *¿Cuenta en Biodonostia con profesionales y medios suficientes?*

- En este momento hay más de 270 personas que trabajan en el proyecto Biodonostia y 27 grupos de investigación activos. Las normas profesionales y las infraestructuras de apoyo en Biodonostia están entre las mejores que he visto.

- *¿Cómo llegó usted a San Sebastián?*

- Llegué a San Sebastián como parte del programa Ikerbasque. Este es un programa de renombre internacional para atraer a los mejores científicos a trabajar en el País Vasco, financiado conjuntamente por el Gobierno Vasco y la Comunidad Europea. Tuve la suerte de que me seleccionarán en la convocatoria del 2010. Después de haber trabajado en la investigación biomédica en el Hospital John Radcliffe en Oxford durante muchos años, el Instituto Biodonostia al tener vínculos tan estrechos con el Hospital Donostia era una opción clara para mí. Visité Biodonostia en marzo pasado y quedé muy impresionado por lo que vi y la cálida bienvenida que he recibido.

- *Son importantes los medios y el equipo, pero también tener un entorno agradable. ¿Está a gusto en nuestra ciudad?*

San Sebastián se considera con razón una de las ciudades más bellas de España. Este fue un factor importante en la toma de decisión de venir a San Sebastián. Particularmente atractivo era su pequeño tamaño, el entorno familiar amigable y la playa, que a mis niños les encanta...

V edición de Diálogos de Ética, humanismo y Ciencia



Diego Gracia, Elsa Punset y Albert Jovell serán los protagonistas de la V edición de los Diálogos de Ética, Humanismo y Ciencia que arrancarán en abril. Los co-dialogantes de los tres encuentros serán tres médicos de nuestro hospital: el Dr. Ladrón de Guevara, el Dr. Morales y la Dra. Zabarte. Las tres conferencias se celebrarán en el Hotel de Londres a las 19:30 h.

La primera jornada se desarrollará el próximo 12 de abril y contará con la presencia del catedrático de Ética y Profesor, Diego Gracia, y el Director Médico del Hospital Universitario Donostia, Dr. José Manuel Ladrón de Guevara. El tema de la charla

trata de los valores: la crisis de valores y los valores de la crisis.

El día 8 de mayo intervendrán Elsa Punset y el Dr. Ángel Morales y la tercera jornada, el día 23 también de mayo contará con la presencia del Dr. Albert Jovell y la Dra. Mertxe Zabarte.

Para inscripciones, se puede llamar al teléfono 943 0073 59, o enviar un correo electrónico a: hdo.ucomunicacion@osakidetza.net, así como acceder a la web www.ciclodialogos.com. Por motivos de aforo, es imprescindible realizar inscripción previa.

Bizi-testamentua oso erabilgarria da, baina ez da nahikoa ezagutzen, ez eta ere pertsonal sanitarioaren artean sikiera

Montesek aitortu zuen paziente terminallentzako sedazioen ondorioz Leganés-eko Larrialdi Zerbitzuan bizi izandako prozesu guztia gogorra izan zela, baina heriotza duineko eztabaidea ireki duenez, efektu positiboa izan zuela. Heriotza sainhets ezin dezakegun gertaera da eta duintasun hiltzeko eskubidearen elkartaren iritziz, heriotza onak pazientearen balioak errespetatzea esan nahi du, hots, haren bizitzaren bukaeraren gaineko erabakietan berak parte hartzea. Heriotza txarra guztiz kontrakoa da, medikuen edo familiaren eraginez gertatzen dena, gai-

xoaren nahiak amaieraren unean betetzen ez direnean".

Anestesistaren iritziz, ez da protokoloen kontua baizik eta gaixoa hiltzen ari den unea argi izatea. Arazoa agertzen da, askotan pazienteek ez dakitelako fase terminal itzulezinean daudela. Gure heriotzaren unean zer nahi dugun idatzita utzi dezakegu, baina ezin dugu aukeratu nola hilko garen. Askatasuna mugaturik dago memento horretarako legeak eskema estua darabilelako. Gure bizia gurea da, heriotzarako unean izan ezik, memento horretan ez dugulako erabaki ahalmenik aitorturik.



Luis Montesek dio heriotza medikalizaturik dagoela, gure bizitza dagoen bezalaxe. Eta horrek du ondorio bat, heriotza erosoa izatea, batzuetan, medikuaren sentikortasunaren araberakoa izan daitekeela. XXI mendean, egoera hau saihestu beharko litzateke eta hiritarrek eztabai-datu beharko genuke 1995eko kode penalean oinarritutako ordenamendu juri-dikoaren egokitasuna. Hilketa errukitsuaz eta jokaera eutanasikoez hitz egiten du. Eta delitutzat hartzen du norbaiten heriotzan laguntza, nahiz eta pairamen jasanezin eta etengabekoena egoeran aur-

kitu eta beren-beregi eta zalantzak gabe hiltzeko laguntza eskatu. Egoera hori iza-nik, heriotzako prozesuaren determinazioa oraingo bioetikaren printzipio nagusitak aldentzen ari da, erabakitzeko eskubiderik eta pazientearen eskubiderik ez daude eta. Zigor-kodea eskutan har-tuta, ez dugu gure biziarekin nahi du-guna egiteko ahalmenik, nahiz gizarte eskubidedun batean bizi.

Bizi testamentuari buruz, Montesek dio jendeak ez duela aukera ezagutzen. Pazientearen Autonomiaren legeko hirugarr-en zatia da, eta erregistro bat sortu

behar dute autonomia erkidegoek. Herri-rraren artean pedagogia egitea agin-tzen du, baina, osasun langileek eurek ez dute nahiko ezagutzen, eta ez dakite nola egin eta azaldu bizi testamentuaren aukeraren alde. Alde batera gelditzen da eta baliogabetzen da haren eragina era horretan. Gurea bezalako elkartea-saia-tzen dira sustatzen aukera hori, tresna egokia dela uste baitugu, hiltzeko orduan emango dizkigutenean zainketen erabakietan parte hartzeo.



Hay determinadas experiencias que no dejan indiferente a nadie y marcan un antes y un después en la vida de las personas. Ésta es una de ellas. A pesar del tiempo transcurrido, el llamado "Milagro de Los Andes", sigue teniendo vigencia. Pasarán treinta años más y se seguirá recordando como el primer día.

La trágica noticia de un accidente aéreo ocurrido el viernes 13 de octubre de 1972 dio la vuelta al mundo entero y conmovió a toda la humanidad poniendo de manifiesto cómo la adversidad bien gestionada fortalece al hombre y le ayuda a ser más fuerte.

En este hecho se dio una de las historias de amor más conmovedoras que se recuerdan: los que no superaron el impacto ayudaron a los que si lo hicieron a sobrevivir aquella situación y estos sacaron a los primeros de la peor de las consecuencias de la muerte, que es el olvido. La primera consecuencia de aquella experiencia y que los supervivientes han repetido hasta la saciedad es aceptar la realidad tal y como es y no como nos gustaría que fuese: una filosofía donde no tienen cabida excusas que buscan eludir responsabilidades, y donde lo importante no es tanto lo que nos ocurre sino lo que cada uno hace con su vida.

A las 8:05 de la mañana del jueves 12 de octubre de 1972, el avión Fairchild F-

Ser feliz es una decisión, una actitud

227 nº571 de la Fuerza Aérea Uruguaya, con un joven equipo de rugby a bordo, despegó de Carrasco (Montevideo) con destino a Santiago Chile. Las inclemencias meteorológicas obligan al avión a aterrizar en el aeropuerto Mendoza (Argentina) a la espera de nuevo aviso para partir.

Al día siguiente, 13 de octubre, el avión, con cuarenta pasajeros a bordo y cinco tripulantes, se estrelló en la cordillera de Los Andes a más de 3.500 metros de altitud, muriendo 16 personas.

El frío, el hambre, el dolor y la falta de noticias hicieron que los presentimientos negativos comiencen a adueñarse del grupo. El agotamiento de los alimentos y la falta de alternativas comestibles en la montaña les obligó a tomar una de las decisiones más duras: utilizar los cuerpos sin vida de los fallecidos como alimento. La búsqueda se suspendió el día 23 de octubre y ellos quedaron a su propio cuidado. El domingo 29 de octubre de madrugada, mientras dormían, una avalancha de nieve les sorprendió y murieron otras ocho personas más. La desesperación del grupo fue en aumento, pero aquella nueva tragedia marcó un punto de inflexión en la actitud del grupo, se dieron cuenta de que si no era por sus propios medios, no saldrían de allí.

Tras una caminata de 10 días, los dos miembros del grupo que asumieron la responsabilidad de salir en busca de ayuda, el día 19 de diciembre, encontraron los primeros rastros de civilización. El miércoles 20, se encontraron con un arriero chileno que tras 24 horas de dudas y sin saber ni quienes eran dejó a

sus hijos menores al cuidado del ganado y cabalga más de 50 kilómetros para pedir ayuda.

El día 22 se inicia el rescate de los catorce supervivientes restantes.

Las conclusiones de aquella experiencia fueron las siguientes:

- No se salvaron por un milagro, sino por haber tomado la decisión activa y consciente de no entregarse. Puedes dejarte llevar o luchar. Incluso aunque pierdas y mueras, la diferencia es fundamental. Que la muerte te pille luchando.
- Vivir en el presente, pasamos siempre el 95 por ciento del tiempo en el pasado o en el futuro, que escapamos del presente. Es imprescindible vivir más en el presente, sobre todo en situaciones extremas.
- Valor de la solidaridad y capacidad para ponerse normas. Muy significativo que la primera que se impusieron los 16 supervivientes fue: "Está prohibido quejarse". Los líderes buscan soluciones, los perdedores buscan excusas
- La suerte no existe. "Cuanto más práctico, más suerte tengo".
- Siempre hay que tener un objetivo y entregarse a él. El de ellos era sobrevivir.
- "Ser feliz es una actitud, una decisión"

Imanol Querejeta,
Jefe del Servicio de Psiquiatría

Gustavo Zerbino, médico, asesor de empresas y uno de los supervivientes del avión que se estrelló en los Andes

“Para superar las dificultades, el ingrediente fundamental es el amor, la solidaridad y la vocación de servicio”

Hace casi cuarenta años, un avión se estrelló en la cordillera andina. Los supervivientes del accidente estuvieron 73 días incomunicados, soportando temperaturas de 30 grados bajo cero. Su situación llegó a tal extremo que decidieron comer la carne de los cadáveres de los pasajeros que habían fallecido. Entre el pasaje se encontraban los jugadores de la selección uruguaya de rugby. Uno de ellos, Gustavo Zerbino, es hoy un médico de cuarenta y ocho años, presidente de la compañía farmacéutica Merck Uruguay y asesor de empresas. Viaja por todo el mundo dando conferencias y resta importancia a la terrible situación que tuvieron que vivir en los Andes. Hablamos con él poco antes de comenzar su conferencia en el Palacio de Congresos del Kursaal dentro de la cuarta edición de los Diálogos.

- Hace casi 40 años del suceso. 73 días tras un accidente de avión en los Andes con temperaturas de 30 bajo grados bajo cero y con 19 años de edad. ¿Qué recuerdos guarda?

- Nunca tengo un solo recuerdo, ni una pesadilla. Es increíble la capacidad del ser humano. Solo cuando me preguntan lo vuelvo a revivir. Es algo que lo viví y que me dejó muchas enseñanzas.

- Dicen incluso que no ha tenido necesidad de superar ese trauma...

- Yo no tengo nada que superar, nada. Fue una vivencia que pasé, que me tocó vivir, que no se la deseo a nadie, pero en el fondo tengo que agradecer haber tenido la oportunidad de aprender todo lo que aprendí y de haber compartido con un grupo humano extraordinario algo que es muy difícil de explicar: que los límites de lo imposible se estiran, el umbral del dolor se hace como un chicle y uno es capaz de caminar prácticamente sobre el agua. El ingrediente fundamental es el amor, la solidaridad y la vocación de servicio.

- Los hechos motivaron una novela y una película. ¿El filme recogía realmente lo ocurrido? Al final... parece casi que salen de un restaurante y no de una vivencia tan dura.

- Bueno, es una película de Disney. Y es



Hegazkin-istripu larrian, Andes-eko mendikatean gertatutakoa, 29 bidaiai hil ziren eta gainontzekoek minus 30 graduoko temperatura eta gosea jasan behar izan zituzten, 4.000 metroko altueran. 73 egun pasa eta gero, mundua hunkitu zen ezagutzerakoan 16 pertsona atera zirela bizirik.

Gertaera hau “Viven” izenburuarekin best-seller eta pelikulan jasota dago. Gustavo Zerbino istripu horretatik bizirik atera zen eta lidergoan eta motibazioan aditua da egun. Empresa farmazeutiko baten buru da orain. Donostian egon zen Etika, Humanismo eta Zientziari buruzko 4. edizioan gure Unibertsitate Ospitaleko Psikiatriako zerbitzuburuarekin batera.

muy difícil en una hora y media representar lo que pasó allí en la montaña. Nosotros estuvimos 73 días y volvimos de la montaña perdiendo más de 45 kilos... Se murieron 29 personas... pero dejando de lado la dificultad de que un actor pierda esos kilos, está muy bien representada la avalancha, la caída del avión... toda la escenografía... Es una película, un documental casi de todos los hechos. Hay un libro maravilloso que acaba de salir que lo hemos hecho nosotros para nuestros hijos que se titula “La sociedad de la nieve” y que lo recomiendo porque sirve para que la juventud, más que nada, y la gente pueda

identificar cómo se puede pasar por diferentes cordilleras que atravesamos todos los seres humanos.

- En 73 días tuvo que haber momentos muy difíciles.

- Un día era un siglo... Los momentos eran difíciles todo el tiempo. Estábamos rodeados de muerte y desolación, desesperanza, abandono, con frío, sin alimentos, sin ropa... Pero a pesar de todo eso, estábamos en el mejor lugar, que era el presente. Al pasado no se podía volver porque solo había pérdidas, amigos muertos que estaban vivos, la cama caliente, la familia... Y el futuro era la angustia, el miedo, así que nos refu-



giamos en el presente. Hicimos todo lo que estuvo a nuestro alcance, lo que se requería, todo lo necesario para vivir, que fue la elección que hicimos.

- La decisión de comer carne humana sería una de las más difíciles. Desde fuera al menos parece un paso traumático.

- Fue una decisión vital, porque era la única energía que había a esa altura. Un hijo mío de seis años le dijo a un compañero de clase cuando le preguntó qué hicimos para vivir, le dijo que estábamos tan débiles tan débiles y no teníamos comida, que para poder salir le pedimos prestado los músculos a los amigos para trepar la montaña. Mira cómo lo explica un niño hoy que se hacen cada día millones de trasplantes de órganos y trasfusiones sanguíneas. Lo que nosotros hicimos fue un pacto de amor, de solidaridad. Y lo hicimos ofreciendo el cuerpo cuando estábamos vivos y después lo tuvimos que utilizar. Muy duro, hay que vencer tabúes psicológicos, religiosos, fisiológicos y culturales. Pero hay que tomar la decisión y al otro día es la cosa más natural del mundo.

- ¿Le ayudó esa terrible experiencia para valorar el trabajo en equipo?

Es que no existe el trabajo si no existe el equipo. Así de claro. Vivimos una experiencia muy dura, pero hizo que aviváramos el ingenio

- Usted habla de cómo vencer la adversidad, de cómo salir adelante. Estamos en una crisis que va más allá de lo económico, que tienen un impacto social muy duro, especialmente por las altísimas cifras de paro. Cómo ve usted la situación en la sociedad occidental.

- Yo creo que las crisis tienen un comienzo y un final. Y esto ya no es una crisis, pero la crisis es en realidad de valores y conceptos, no económico-financiera. Esa es la consecuencia. La crisis que se está viviendo acá en España es la crisis de la abundancia, de la ignorancia, de haber hecho un exceso y un abuso del consumo indiscriminado de bienes. Yo vine a España en el 76, cuando estaban saliendo del franquismo y viajé por toda España y en todos los pueblitos del interior había mujeres de negro sentadas al borde de la carretera mirando pasar a los autos y en todas las casitas había un carro con heno y un buey. A los cinco años en esos lugares había un auto Mercedes Benz, tractores último modelo y la gente salía de los supermercados con los carros cargados hasta arriba, tenían todos audis, autos último modelo...

- Se le ve muy crítico...

- Claro, ahora estamos pagando la fiesta. Ahora toca apretarse el cinturón y en este país puede haber cinco millones de desocupados, pero lo que no puede haber es parados. La gente tiene que re-

ciclarse, volver a hacerse útil a la sociedad y aprender de países como Alemania que después de la segunda Guerra Mundial volvió de las cenizas y lo levantaron los mismos alemanes avergonzados y por el sentido del honor, trabajando ocho o cuatro horas gratis por día durante un año. Hoy es la potencia más fuerte de Europa y está abarcando toda la ineficiencia de otros países de Europa. Lo mismo Japón que después de la segunda Guerra Mundial se prendió fuego, tres bombas atómicas y volvió de las cenizas. Y ahora es una gran potencia. El tsunami les voló las casas, no quedó nada. Y los japoneses, en fila, aceptando la realidad tal cual es, con dignidad, con respeto, sin hacer ninguna alharaca y si encontraban un cofre con plata, lo devolvían.

- Otra manera, sin duda, de afrontar los acontecimientos adversos.

- Tenemos que aprender de esas culturas milenarias que están preparadas para afrontar la adversidad. La gente que está viviendo adversidades no se queja. Lo han demostrado los japoneses: aprieta los dientes y sale adelante.

Acá es como un edificio de cien pisos y hemos perdido tres, quedan noventa y siete. Si la gente no se pone las pilas y se empieza a ser eficientes, la crisis va a venir en serio.

- A usted se le recuerda por el accidente de aviación, pero usted es médico, viaja permanentemente. Viene de Sudáfrica luego se va a Nueva Zelanda...

- En Sudáfrica he estado jugando un partido con la Fundación Rugby sin Fronteras de la cual soy secretario. Jugamos en Robben Island, la cárcel donde estuvo preso Mandela 17 de los 30 años que pasó en prisión en homenaje a los principios y valores de este deporte, como Mandela supo transformar el odio en reconciliación para que un país entero evitara una guerra fraticida y usara este deporte, la camiseta verde con el ciervo dorado, que era el símbolo de la hegemonía blanca, para unir todo un país. Ese día se puso la camiseta los saludó uno por uno a los miembros del equipo nacional. Y los setenta mil espectadores negros que estaban en la tribuna para chillarles, gritaron a favor y hoy el país está unido.

- Vamos, que no para...

- Disfruto de la vida porque para descansar ya tengo la eternidad. La vida es una fiesta y hay que disfrutarla.



Acerca de la muerte digna

El abordaje de la muerte digna se puede realizar desde diferentes aspectos. En mi participación en los Diálogos la contextualicé en el proceso del final de vida. Entendiendo este proceso como la etapa que se vive, desde el diagnóstico de una enfermedad incurable, con un pronóstico de vida limitado, hasta la muerte.

Lo que me planteé fue analizar y reflexionar entre todos sobre las herramientas que nuestra sociedad ha ido introduciendo para dignificar el proceso del final de vida. Considero importante esta reflexión ya que como sujetos activos, en algún momento de nuestras vidas vamos a vivir esta situación.

Para empezar, desde mi experiencia como profesional de Cuidados Paliativos, expuse varios comentarios. El primero, y sin ánimo de dramatizar, dije que morir no es fácil, que el proceso del morir, el proceso del final de vida, va unido de forma intrínseca al sufrimiento, sufrimiento de los pacientes y de las familias, ya que en este proceso se vive la experiencia de mayor amenaza hacia nuestra integridad, y aunque no es posible evitarlo si considero obligatorio mitigarlo.

El segundo es que este proceso es totalmente individual. No existen dos historias de vida iguales, ni tampoco existen dos historias de final de vida iguales, por lo que nos encontramos ante una gran pluralidad de necesidades, en relación a creencias, culturas que nos obligan a todos los que acompañamos este proceso a mantener una actitud de respeto.

El tercero es que si mitigamos el sufrimiento y actuamos con respeto, le damos al paciente y a su familia la posibilidad de despedirse de la vida en un estado de resignación, con gran serenidad. No hay que olvidar que el gran protagonista de esta historia es el paciente, y también está la familia o allegados y el equipo sanitario. Todos ellos, en definitiva el conjunto de la sociedad, con la finalidad de dignificar al individuo ante la enfermedad y en concreto en la fase final

de vida, ha introducido cambios a diferentes niveles, alrededor de las décadas de los años 60-70.

A este respecto, hay que destacar un hecho fundamental que es el cambio que se ha producido en la relación médico-paciente. La transformación de esta relación ha pasado de ser una relación paternalista donde el médico tomaba las decisiones sin tener en consideración la opinión del paciente, donde se dejaba de lado el respeto a su autonomía, apoyándose fundamentalmente en el hacer bien al otro, a una relación autonomista, donde al paciente se le considera capaz de tomar decisiones.

Esta evolución que parece sencilla de ponerla en práctica, no es tan lineal, es una evolución que produce cambios de roles al paciente y al médico y transforma la relación clínica. Como dice el Dr. Diego Gracia, a veces no es fácil ni cómodo ser adulto.

Este camino hacia una relación autonomista, nos obliga en primer lugar a los profesionales sanitarios a la hora de la toma de decisiones a tener en cuenta, además de los hechos clínicos, los valores de los pacientes y como pacientes nos obliga a tomar decisiones en relación a nuestro propio sistema de valores. Todo ello puede dar lugar a opiniones contrastada y contradictorias en esta relación. Una herramienta que nos ayuda a la búsqueda de soluciones concretas, cuando se originen conflictos y actúa cuando existe la posibilidad de elegir entre varias opciones que a veces pueden ser completamente contradictorias, es la Bioética, que es la aplicación de la ética (moral-costumbres) en las ciencias de la salud. Siendo además un espacio de reflexión importante en estas situaciones.

Con la finalidad de facilitar al profesional de la salud la reflexión ético-legal, aparecen en los años 70 los comités éticos asistenciales (CEA). Estos comités prestan un importante servicio al médico, al paciente y a la sociedad, ayudando en cada caso a tomar la decisión más adecuada y evitando así el conflicto entre estas diversas instancias. Por aprovechar este artículo para felicitar a las personas que forman el comité de bioética de nuestro hospital, ya que es una labor absolutamente altruista, intensa y poco re-

conocida.

Otro segundo cambio sustancial es el que se ha producido a nivel legislativo.

Desde hace unas décadas, la preocupación por los derechos del paciente y la dignidad de las personas en la aplicación de la biología y de la medicina, se ven reflejadas en diferentes normativas tanto a nivel nacional como internacional, como: la Ley General de Sanidad 1986- la Ley de Cohesión y Calidad 2003 -Estrategia de Cuidados Paliativos 2006- Consejo de Europa Convenio de Oviedo.

Pero quizás la más relevante por su contenido específico, es la Ley 4/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La Ley de autonomía tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

Voy a destacar algunos de los artículos que afectan directamente a la relación clínica en el proceso del final de vida:

Artículo 4. Derecho a la información asistencial.

Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada.

Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial.

El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

Artículo 8. Consentimiento informado.

Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez recibida la información necesaria



Artículo 11. Instrucciones previas

Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.

Durante los años 2010 y 2011 en Andalucía, Aragón y Navarra se ha aprobado la Ley de Muerte Digna al considerar las situaciones complejas que se presentan alrededor del proceso del final de vida y darles un tratamiento específico.

En el avance hacia esa relación donde impera la autonomía, el médico aporta sus conocimientos científicos, experiencia clínica, información técnica, consejos. El paciente escucha cuanta información recibe y la contrasta con sus creencias, sus proyectos, sus deseos... El médico propone y el enfermo dispone. El procedimiento concreto donde se plasma el cambio es en el consentimiento informado.

El tercer y último cambio dirigido a dignificar el proceso del final de vida es a nivel del marco sanitario. En la década de los años 60 se introducen en la asistencia sanitaria los Cuidados Paliativos, que son los

cuidados específicos que se realizan en la fase final de la vida, creando un espacio entre el encarnizamiento terapéutico, que es tratamiento hasta el final, o el abandono, que es el famoso "ya no hay nada que hacer". Esta disciplina se aplica en aquellas situaciones en las que no tenemos un tratamiento curativo y presentan un pronóstico de vida limitado.

La OMS en el año 2002 los define como "un método que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas graves a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la pronta identificación y correcta valoración y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, emocionales sociales y espirituales".

El objetivo de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida y ofrecer el máximo confort, ofertando una atención integral, esto es valorando en las personas las necesidades físicas, sociales, emocionales y espirituales.

Esta disciplina, que no tiene en cuenta la curación, ni la mejora de supervivencia, sino el tratamiento específico del proceso del final de vida en relación a las necesidades del paciente y familia sin duda aporta dignidad al individuo. A día de hoy se consideran un derecho

He enumerado algunos de los cambios relacionales-legislativos y sanitarios planteados por nuestra sociedad, que dignifi-

can sin lugar a dudas el proceso del morir, pero seguro que no son suficientes y que no cubren toda la demanda social que existe alrededor de la muerte, pero nuevamente desde la experiencia quiero expresar que

si estas herramientas las utilizáramos como profesionales y como pacientes, el proceso de la muerte sería más digno; que la relación profesional sanitario-paciente aun siendo una relación autonómista no es una relación simétrica, ya que el paciente se encuentra en situación de vulnerabilidad y esta le coloca en situación de inferioridad. Por ello, considero que el profesional sanitario debe adoptar ante el sufrimiento una actitud particularmente cercana y humana, con empatía, respeto y delicadeza. Abandonar al enfermo cuando necesita esta atención constituye una mala práctica médica.

Y, para terminar, con el propósito de realizar un acto reflexivo, compárti una serie de interrogantes: como profesionales, ¿ofertamos autonomía? Como pacientes, ¿queremos ser autónomos? Y, finalmente, los cuidados paliativos, ¿llegan a todos los que lo necesitan?

Maite Olaizola,
Jefa del Servicio
de Cuidados Paliativos

Juan José Ocón, nuevo Director de Kantakidetza

“Mi mayor aportación es la ampliación del repertorio, pero lo mejor del coro es el ambiente”

Juan José Ocón, Euskal Herriko Gazte Orkestrako zuzendaria, Kantakidetza zuzendari berria da. Juan Josek koruarekin hasiera-hasieretatik izan ditu harremanak Jon Alberdiren eskutik, eta parte hartu zuen, besteak beste, Kursaalen egin zen ospitalearen 50 urteen ospakizunean. Hilabete hauetan taldearen erreperitorioa handitzeko denbora izan du eta haren zuzentzarekin koruko giro onaren eta lan bikainaren uztarketa bermaturik daude.

- ¿Cómo llegaste al coro?

- Estoy conectado desde el comienzo de Kantakidetza cuando lo dirigía Jon Alberdi. Entré el 1 de enero como director, pues Marifé Nogales que ha hecho un buen trabajo como directora, pero tenía otros proyectos y no podía atender el coro. Hay muchas horas de ensayos, estudiar nuevas canciones... La verdad es que en buena parte nos estamos aprovechando del gran trabajo que hizo Jon cuando se formó Kantakidetza. No solo en lo musical, sino principalmente y sobre todo por el buen ambiente, el aire que se respira.

- ¿Qué aportaciones has hecho?

- Esencialmente, pues apenas llevo unos meses, ampliar el programa, el repertorio, proponiendo piezas para que sea más ameno y que en los congresos los asistentes se sientan sorprendidos con el coro.

- ¿Qué tipo de música?

- Canciones alegres, con mucho ritmo, en general. Tres piezas africanas que nos ayudan con su ritmo tan particular y que a todos los coros que conozco les encanta. Ese es mi granito de arena, mi aportación y creo haber acertado porque a la gente le gusta. También estamos ampliando el repertorio en euskera...

Y yo como director, disfrutando porque como ya te he comentado veo el ambiente y la gente viene con ganas de trabajar.



“La gente viene con muchas ganas de trabajar”

- No es fácil crear una coral de aficionados. Compaginar horarios de trabajo, y más en centros sanitarios, con ensayos y actuaciones es a veces complicado.

- Es cierto, pero yo cuando vengo a los ensayos es como una válvula de escape para todos. Aquí, además, no hay distinciones de cargos o de funciones. Somos todos componentes de Kantakidetza y es la música, el canto, lo que nos une. La verdad es que supone un esfuerzo, sin duda, pero también nos lo pasamos muy bien. Hay personas que se han jubilado y siguen viniendo al coro.

Ayudé a Jon a buscar una persona para dirigir el coro y dimos con Marifé. Y cuando nos dijo que le era muy difícil continuar este año se planteó quién podría llevar la dirección del coro. Y yo mismo me propuse. El problema es que no podía los martes y se han pasado los ensayos al jueves. Y estoy encantado.

- ¿Qué nuevos conciertos tenéis a la vista?

- Entre mayo y junio están ya asegurados cinco actuaciones. En mayo, en los congresos de Neumología Pediátrica y el de Celadores, ambos en el Ayuntamiento, y otro en la Plaza de Zuloaga y el propio ayuntamiento en relación al 2016. En junio, en el congreso de Enfermería Digestiva en el Palacio Miramar, y en octubre actuaremos en el Congreso Nacional de directivos de Atención Primaria.

Ebaluazio eta hausnarketarako garaia

Ospitale elebiduna eraikitzeko lehen harría jarrita dago, zerbitzuaren kalitatea hobetzea eta erabiltzaileen hizkuntza eskubideak errespetatzea helburu nagusi dituen ospitaleko euskara plana 2011n amaitu zen. Atzera begiratu eta egin den lana aztertzeko unea iritsi da, 2012an Gasteizko zerbitzu zentralek zuzenduta ebaluazio orokorra egingo da, eta horrek erakutsiko dizkigu gure eraikinaren indarguneak eta ahulguneak, eta aurrerantzean zein bide hartu behar dugun goian aipatutako helburu nagusi horiek bete daitezzen. Dena den, ebaluazioaren ondorioak jaso arte eta egindako lanaren hausnarketa egiteko parada izan arte, hona hemen euskararen esparruan ospitalean hainbat adierazleen bilakaera.

Derrigortasun datadun lanpostuak:
Euskara Planaren arabera lehentasuna duten unitateetan kokatuta dauden lanpostuak dira. Epe jakin batean hizkuntza eskakizuna lortzena behartuta daude lanpostu hauek betetzen dituzten langileak. Une honetan, plana amaituta dagoenez, data igarota dute derrigortasun data jarrita duten lanpostu guztiak, lehenengo plangintzaldiari dagokionez.

1. taulan ikus daitekeen moduan helburuaren %65 bete da. Horri salbuetsitakoak gehitzen badizkiogu, hau da, adinagatik edo beste arrazoien bategatik salbuetsita daudenak, esan genezake lorpen maila %75aren bueltan geratuko litzatekeela.

Egiaztatutako hizkuntza eskakizunen bilakaera:

Lanpostuak derrigortasun data izan ala ez Donostia Unibertsitate Ospitaleko langi-

leen hizkuntza eskakizunen egiaztapenen bilakaera.

2. taulan bistean da goranzko joera nabarmena. Zalantzak gabe, ospitaleak sustatu duen liberazioen programak eta lan orduz kanpo ikasteko laguntzek eragin zuzena izan dute hainbat langileren egiaztapean.

Ezagutzaren sustapena

Ezagutza bultzatzeko hiru bide nagusi jorratu ditu ospitaleak azken urte hauetan.

– Lanorduz kanpoko ikastaroak egiteko diru laguntzak, IVAPEk eta Osakidetzak emandakoak, 2004tik 1728 ikastaro egiteko diru-laguntzak banatu dira Donostia Unibertsitate Ospitalean (neguko ikastaroak, udako ikastaroak, hizkuntza eskolako ikastaroak, autoikaskuntza ikastaroak).

– Trebakuntza ikastaroak: ezagutza maila egiaztatuta duten langileek euskaraz lan egin ahal izateko jasotzen duten prestakuntza. Oro har, bi ikastaro-mota eskanai dira: hizkuntza idatzia hobetzeko helburua duena, eta ahozkoa hobetzeko xedea duena. Urtean bi deialdi egiten dira eta dagoeneko lehentasuna duten unitateetako administrari eta administrari laguntzaile gehienek ikastaro hauek egiteko aukera izan dute, 85 langilek egin dituzte ikastaroak. Langile bakoitzak hogeita bost bat ordutako bi modulu eginda osatzen du trebakuntza prozesua, oinarrizko eta aurreratua.

– Lan-ordutako ikastaroak edo liberazioak. Ikastaro hau da ospitaleari inplikaziorik handiena eskatzen dion ikastaro-mota; batetik, eskarmentua duen langilea ordezkatu behar delako, honek bere lanpostua utziko du liberazioak irauten

duen bitartean, eta bestetik, esfortzu ekonomiko handia eskatzen duelako, liberaututako langilearen ordezkoa ordaindu behar baita. Hala ere, ikastaroen eraginkortasuna ikusirik, ospitalearen apustua ikastaro mota honen aldekoa izan da, izan ere, urtez urte liberatu kopuruak gora egin du.

Laburbilduz, esan daiteke, ospitale elebidunaren eraikuntzan aurrerapauso nabarmenak ematen lagundu digula lehenengo planak, batez ere, *egitura / ezagutza* aldetik (derrigortasun datak, hizkuntza eskakizunak, ikastaroa), eta itxuraz, aurrerantzean pentsa daiteke egitura hau sendotzen joango dela, eta, poliki-poliki, ezagutza ziurtatzen joan gaitezkeela bide beretik lanean jarraitzen badugu.

Dena den, benetako ospitale elebiduna nahi badugu, egitura edukiz bete behar dugu, hau da, ezagutzarekin batera erabilera sustatu behar dugu, azken finean hau da planaren azken helburua, eta hain zuzen ere, honek behar luke hurrengo planaren erronka nagusia, erabilera sustatuko duten neurriak proposatzea, eta ezagutzak eta erabilera aurrera modu orekatuan egitea.

Pertsonaleko Euskara Arloa
Raquel Fariñas
Ander Zuloaga

1. TAULA	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%
DD lanpost. (1)	351	10	383	11	412	12	440	12	478	13	550	14
DD Betetze maila (2)	158	45	172	45	191	46	238	54	284	59	357	65
Plantilla	3439		3488		3531		3582		3724		3840	

1. Derrigortasun data duten lanpostuak

2. Eskutako euskara maila egiaztatu dutenak

2. TAULA	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%
1 HE	180	5	195	6	249	7	246		293	8	335	9
2 HE	280	8	300	9	347	10	409	11	474	13	578	16
3 HE	101	3	114	3	138	4	186	5	211	6	291	8
4 HE	4	0,1	4	0,1	5	0,1	5	0,1	6	0,16	6	0,15
HE-en bat dute	565	16	613	18	739	21	846	24	984	26	1210	32

Txaro Beobide, presidenta de Kattalin:

“Las mujeres afectadas por el cáncer de mama deben saber que no están solas y que queda mucha vida por delante”

Aprovechando la visita de una representación de Kattalin, la asociación de mujeres afectadas por el cáncer de mama, charlamos con su presidenta Txaro Beobide sobre la donación que han hecho a Biodonostia y cómo valoran el trabajo que se realiza en dicho instituto.

- ¿Cómo ha surgido esta visita a Biodonostia?

- Hace unos meses nos invitaron a para que lo visitásemos y poder así conocer mejor el trabajo que se hace. Nos pareció fenomenal y aunque nosotras hemos colaborado durante años con Biogune con un donativo, que para nosotros es importante porque somos una asociación con escasísimos medios, pero una parte de la recaudación de la cuestación que hacemos el Día Mundial del Cáncer de Mama, siempre lo damos para investigación. Los últimos años lo hemos hecho con Geicam, que es el grupo español que investiga el cáncer de mama, pero cuando supe que aquí también se investigaba, pasamos esa donación a Biogune. Y hace unos meses tuvimos conocimiento de los trabajos en este campo de Biodonostia y hemos decidido colaborar con una ayuda a este instituto.

- Todo un detalle...

- Este año la recaudación ha sido un poquito más baja pero nosotras hemos mantenido la misma cantidad, cuatro mil euros, y en esta ocasión mil más, porque en la presentación en rueda de prensa, que hicimos precisamente aquí en el hospital, una señora que es de la Fundación Etxenike nos entregó esa cantidad en mano. Por eso han sido cinco mil euros. ¡Ya nos gustaría el año próximo mantener la cifra!

Y aprovechando la entrega de ese dinero nos invitaron a un grupo a conocer las instalaciones de Biodonostia y todo el trabajo que desarrollan.

Mi interés ha sido que las mujeres de la asociación que han podido acudir conozcan el trabajo que se hace aquí en Biodonostia y sepan en qué se invierte la cantidad que donamos. Que sepan que el trabajo que hacemos en salir a la calle



Duela aste batzuk, Kattalinekoak, bularreko minbiziak erasandako emakumeen elkarteko ordezkariak, Biodonostian egon ziren. Helburu bikoitza zuten; alde batetik institutua minbizia-ren inguruan egiten ari den lana hurbiletik ezagutzea, eta, bestetik, 5.000 euroko donazio bat ematea, ikerkuntzako gastuetan laguntza gisa.

en la cuestación tiene un sentido como es ayudar en la investigación. De una forma humilde, claro, pero por poco que sea es con nuestro esfuerzo y el de las personas que colaboran económicamente con nosotras dándonos su aportación.

- ¿Cuántas mujeres forman parte ahora mismo en Kattalin?

- Setecientas personas. Estamos en toda Gipuzkoa. Vamos a cumplir ahora 25 años. Al principio se llamaba Asociación de Mujeres Mastectomizadas, pero pretendíamos acoger a todas las mujeres con problemas oncológicos mamarios y por eso cambiamos el nombre.

- Su relación con el Hospital Universitario Donostia es estrecha. De hecho, tienen su propio despacho para apoyar a las mujeres con esos problemas...

- Sí, y además es posible que nos traslademos a unas instalaciones mejores. También estamos en Onkologikoak... Nuestra sede central está en Txara I. Hay una planta que está destinada a diversas asociaciones.

- ¿Cuál es el objetivo de la asociación?

- Nosotras pretendemos ser un soporte social para las mujeres afectadas por el cáncer de mama, desde el inicio. Para ellas y su familia. Tenemos una asistente social, una psicóloga, médicos que colaboran con nosotras y lo importante que

también hacemos es que colaboramos con el cronograma del screening poblacional de cáncer de mama, y vamos por toda Gipuzkoa. Días antes de la cita nosotras vamos a los diferentes pueblos para decir que ninguna de las mujeres que reciben la carta de citación dejen de acudir a ese programa. Y explicamos el por qué. Algo habremos colaborado en que Gipuzkoa tenga la mayor participación en este programa.

Nuestro mensaje a todas las mujeres afectadas por el cáncer de pecho es que sepan que no están solas, que no se sientan solas, que hay mucho camino y mucha vida por delante. Y nosotras somos un espejo donde mirarse, que somos personas que hemos superado ese problema y que estamos transitando en el camino de la enfermedad y con una posibilidad extraordinaria...

- En ese contexto, el trabajo asistencial que se hace en el hospital y el de investigación en Biodonostia son también factores muy importantes para afrontar esos momentos tan duros que suponen este tipo de patologías.

- Tenemos una relación muy estrecha con el hospital y la verdad es que siempre es importante ver cómo se trabaja en ésta y en otras áreas. Y además, el instituto para la investigación, que yo ya conocía cuando todavía estaba en embrión por el esfuerzo y la ilusión que ponía Máximo Goikoetxea en este proyecto.

Es muy importante la investigación y que se hable en positivo. Es una enfermedad degenerativa, claro; genética, también, que nos va a afectar a mucha gente. Con las connotaciones que tiene el cáncer de mama, que se relaciona todavía cáncer con muerte... pues no.

Tenemos que ser capaces de hablar del cáncer como una enfermedad casi normal que va a suceder a lo largo de la vida de la mayoría de las familias, todos tenemos hecho que hacer algo para luchar activamente contra esa enfermedad. Para que cuando nos anuncien esa enfermedad no lo vivamos de una forma angustiosa.

XIII Jornadas Nacionales de Celadores y Responsables

entre el 16 y el 18 de mayo

“Un palacio de congresos como el Kursaal no hay en muchos sitios”



Juan José López Ucha, presidente del comité

“Es la primera vez, en trece ediciones, que este congreso lo organiza un Servicio Autonómico de Salud, en este caso Osakidetza, que se ha implicado totalmente con todos sus medios y personal”, señala Juan José López Ucha, presidente del Comité Organizador de las XIII Jornadas Nacionales de Celadores y Responsables y de las IV Jornadas de Celadores de Osakidetza, que se celebran simultáneamente entre los días 16 y 18 de mayo en el Kursaal.

Con motivo de los crecientes avances tecnológicos y científicos, los celadores se ven en la obligación de adquirir habilidades técnicas y conocimientos para mejorar la calidad del servicio que ofrece al usuario. Así, en estas jornadas se pondrán

sobre la mesa temas como la formación, la seguridad del paciente, la comunicación con el usuario, la confidencialidad y la protección de los datos. Coincide además que este año –el pasado mes de enero– la profesión de celador ha sido reconocida a través del Sistema Nacional de Cualificaciones Profesionales y será un tema sobre el que también debatirán en las jornadas.

“Celador, comprometido con la atención al paciente” es el lema del congreso, al que asistirán más de 150 personas y que cuenta entre los comités organizadores y científicos con una mayoría de profesionales de los hospitales vascos. “Era una pregunta habitual entre los colegas cuando asistía a congresos –señala López Ucha–

KURSAAL 2011: RÉCORD EN FACTURACIÓN EN CONGRESOS

2011 ha sido en Kursaal, nuevamente, un año excepcional en lo congresual, con un récord de facturación en congresos –por segundo año consecutivo– y en cuyo ejercicio destaca también el crecimiento del tamaño de los mismos, que alcanza los 619 asistentes como media.

La envergadura de los congresos celebrados el pasado año ha sido el factor que ha determinado el récord de facturación. Hay que tener en cuenta que en 2011 el Kursaal fue escenario, entre otros, de IPAC (Conferencia Internacional de Aceleradores de Partículas), que reunió en el Kursaal a 1.200 científicos de todo el mundo; del congreso ESCOP de la Sociedad Europea de Psicología

Cognitiva organizado por BCBL (1.000 delegados) y que fue sede de la V Conferencia del 7º Programa Marco de I+D de la Unión Europea.

A la positiva cifra de facturación total, que alcanza los 4,2 millones de euros y que supone un 7,9% más que la cifra prevista en los objetivos, se añade un superávit de tesorería de 825.865 euros, lo que viene a resultar que la actividad del palacio de congresos durante 2011 ha generado un impacto económico en el territorio guipuzcoano de 53 millones. Como en años anteriores, hay que resaltar que el superávit es todo un hito ya que supone mantener la autofinanciación que viene logrando desde su inauguración.

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente

Juan José López Ucha (Hospital Donostia)

Vicepresidente

Fernando Iglesias Ramos (Ourense)

Vocales

Susana Candela Casado (Osakidetza)

Miguel Domec Labarta (Cruces)

Juan Manuel García González (Sevilla)

Fernando Fco. López Martínez (Barakaldo)

Germán Matilla Blanco (Vitoria)

Javier Navarrete Moratilla (Madrid)

Maite Paino Ortuzar (Osakidetza)

Diego Pérez Corro (Cruces)

Máximo Pérez Gurruchaga (Donostia)

Francisco Serna Rodríguez (Osakidetza)

Vicente Tellechea Miranda (Vitoria)

Lurdes Ubetagoyena Amado (Donostia)

Marian Vázquez Hernando (Donostia)

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente

Miguel Domec Labarta (Cruces)

Vocales

José Mª Cotarelo Rodil (Granada)

José Luis Cubino Sánchez (Vitoria)

Miguel Ángel Herreros Martínez (Vitoria)

Ángel Hidalgo Martín (Donostia)

Fco. Javier Ortiz Díaz (Donostia)

Mª José Zamora Prieto (Cruces)

todos me decían ¿cuándo en Euskadi? Al final me decidí pero tenía claro que, si me echaba a la piscina, iba a ser Donostia la sede. Además teniendo un palacio de congresos como el Kursaal, en el mismo centro de la ciudad, esto no se da en muchos sitios. Y si la ubicación es importante también lo son los servicios y los espacios, magníficos, diáfanos... Además, el que aquí se haga el Festival de Cine es la pera, es algo que atrae mucho a los de fuera”. Otros datos que les hicieron decidirse a López Ucha y a sus compañeros a presentar la candidatura de San Sebastián fue que el palacio donostiarra “cuenta con la experiencia de unos cuantos congresos sanitarios al año. Además hay grandes profesionales que nos están ayudando. En cuanto a Osakidetza, todos los temas de logística, todos los recursos se han volcado con nosotros y la maquinaria tanto organizativa como científica está trabajando muy a gusto”.

Colaboramos con otros hospitales del mundo

El año pasado, el Hospital Universitario Donostia envió al Hospital Felege Hiwot de Etiopía un aparato de radiología y material y mobiliario del antiguo bloque quirúrgico en un contenedor. El contacto con este centro sanitario se produjo a través de un familiar de la Directora de Enfermería, Olvido Martínez, que en enero de este año ha pasado varias semanas en ese país.

Olvido nos ha contado que tanto el Director de hospital como el personal se mostraron muy agradecidos por el envío y le enseñaron todo el hospital y dónde estaba colocado cada material donado. También nos ha explicado que ha sido a través de su cuñado que ha conocido las necesidades de ese hospital ya que lleva trabajando cuatro años en el hospital de Bahir Dar con un proyecto de cooperación con el Instituto Carlos III.

“En el mes de enero, ha explicado Olvido a esta revista, estuve tres semanas en Etiopía. Quizá haya sido el viaje más inolvidable que he hecho hasta ahora, por todo lo que he visto y sentido. La primera semana en Bahir Dar me sirvió



para ver como se puede sobrevivir con la pobreza más extrema y visitar el Felege Hiwot Hospital, que con 300 camas, es referente para una población de seis millones de personas. Pude ver instalado todo el material que había donado el Hospital Universitario Donostia: camas, colchones, mesillas, aspiradores, incluido un aparato de Rx y que es el único en toda la provincia. Lo que pude ver y sentir no se puede describir con palabras ni imágenes. Situaciones inhumanas, dolor, impotencia, miseria... Con poco, ¡¡Cuánto podemos ayudar!! No

puedo olvidarme de la primera imagen nada más llegar al Hospital, ver a un niño de 16 años sobre unos colchones apilados, su madre llorando, y al acercarnos y explorarle comprobar que por un accidente de bicicleta estaba tetrapléjico. Cada vez que te acercabas a alguien, encontrabas un drama personal y muy difícil no implicarte”.

La segunda semana estuve en Wukro con el Padre Angel Olaran. “Lo días que compartimos con él, comprobamos la calidez, la energía y la vitalidad de un gran hombre. Conocimos de cerca algunos de los proyectos que ha puesto en marcha. Tiene a su cargo 600 huérfanos, un programa de nutrición infantil para niños menores de 5 años, un proyecto de ayuda a madres solteras, ancianos, personas desvalidas, ha creado una escuela de Formación Profesional. Además ha hecho desde hace algún tiempo una reforestación de la que se siente muy orgulloso, torreteras para canalizar el agua...

Visitamos también el hospital y las obras de la futura clínica y escuela de Odontología.

Conocimos una pequeña parte de la labor de un gran hombre y recibe con los brazos abiertos a todo el que quiera aportar algo”. Claro que como buena aficionada a la montaña no podía dejar de hacer un pequeño trekking por las Simen Mountain y disfrutar de unos paisajes fantásticos. Pero sirvió también para ver la vida tan dura que lleva la gente que vive en la montaña. “Es de los sitios que dices ¡volveré!”.



Juan José Camacho Ospitaleko argazki-sariketaren irabazle, 2011ko edizioan

Mediku otorrinolaringologoa den Juan J. Camachok irabazi zuen Gabonak baino lehen ospaturiko argazkigintzako urteroko saria. Irabazle gertatutako obraren titulua: “Molinos de la Mancha” izan zen eta gaiak,

jakina, iruzkin beharrik ez dauka. Bigarren saria Ana Castañok lortu zuen eta titulua: “Uraaa!!! Hirugarrena Marta Paulisek lortu zuen “Posada”rekin.



Murgiltze ikastaroa

Ospitaleak eta Errealaren urpeko ekintzen sailak antolaturiko ospitaleratutako haur-gazteentzako idazketa-sariketaren berriz ere barruan egin da: Murgilketa-bataioa. Ekitaldia klasiko bat bihurtzen ari da eta saritutako haur-gazteek primeran pasatzen dute, aurten Bidebietan egin den murgilketan.

Guía intérprete del lenguaje de signos para sordociegos en el hospital

Se va a organizar también un curso para los profesionales del hospital

Guía intérprete de la lengua de signos para sordociegos y sordos

Desde este mes, el hospital cuenta con una guía intérprete de la lengua de signos para sordociegos gracias a un convenio firmado entre la Asociación pro Personas Sordociegas de Euskadi (EIE-APSE), Lanbide y Osakidetza para los tres principales centros sanitarios de la red pública vasca. En nuestro caso, la persona que se ocupa de prestar servicios de interpretación y mediación con pacientes sordociegos es Cruz Sánchez Lasheras. Como explica Carlo Villarreal, coordinador del servicio, "es un programa piloto que esperamos demuestre su necesidad y eficacia, para que pueda ser mantenido en un futuro ya que el convenio firmado es para seis meses".

Además de servir de puente entre las personas sordociegas y el personal del hospital, otro objetivo es elaborar un censo en la CAV y la formación del personal sanitario interesado. «Hemos empezado por la red hospitalaria porque es donde más se notan las barreras de comunicación, pero se pretende seguir por otros ámbitos», explicó Villarreal al DV.

Se calcula que unas 1.100 personas en la Comunidad Autónoma Vasca están afectadas de sordoceguera congénita o adquirida hasta la edad adulta. No se cuentan los casos de ancianidad. Son estadísticas extrapoladas a los datos de población del País Vasco, porque no existe un censo.

La oficina de la Asociación pro Personas Sordociegas de Euskadi se encuentra en nuestro hospital en la planta -2, junto a Archivos. Su horario de atención es de 9.00 a 14.00 h.

Por otro lado, se va a organizar en nuestro hospital un curso de lengua de signos para los profesionales que quieran aprenderla. El curso tendrá una duración total de 10 horas: 2 horas al día, 2 días a la semana. Dada la turnicidad de buena parte del personal de nuestro hospital, se ofrece la posibilidad de realizar el curso en horario de mañana o tarde. Para apuntarse, basta con mandar un correo a la dirección indicada más abajo o llamando al teléfono 7593.



CONTACTO

Las solicitudes para consultas desde el exterior pueden hacerse enviando un correo a gilsegipuzkoa@sordociegoseuskadi.org o en

la página web www.sordociegoseuskadi.org en el apartado "solicitud de servicios". Deben hacerse con 48 horas de antelación. En caso de urgencia se puede llamar a la extensión 7593 o al teléfono 664 781 202.

Formas de solicitar el servicio

En horario de mañana (de 09,00 a 14,00h): solicitándolo en el servicio de Atención al Paciente y al Usuario (SAPU). Urgencias: llamando al número de teléfono 664 781 202

Datos de contacto de la intérprete del Hospital Universitario Donostia

Nombre: Cruz Sánchez Lasheras

Teléfono: 943007593

Tel. Móvil: 664781172

Horario: 9:00-14:00 h

e-mail: gilsegipuzkoa@sordociegoseuskadi.org

Información necesaria para pedir el servicio

Nombre, apellidos.

Datos de contacto: teléfono, móvil, e-mail.

Dirección del servicio (nombre del centro sanitario y localidad)

Hora de comienzo



Akitaniako ordezkaritza bat gurean

Euskal Kultur Erakundeko zuzendariak, Théâtre des Chimères-eko ordezkariek eta Akitaniako Pôle de Cultures Santé-ko eta Conference Atlantique Transpyrénées-eko ordezkariek bisiitu zuten ospitalea, berrian egiten ditugun kultur ekitaldiei buruzko informazio jaso nahi zutelako. Ospitaleko zuzendari kudeatzaleak, Carlos Zulueta, ordezkaritza hartu zuen, eta Biodonostia

bisiitu zuten horko zuzendari zientifiko Julio Arrizabalagaren eta institutuko kide batzuen laguntzarekin. Bukatzeko komunikazio-taldearekin bilera izan zuten, Baionako Ospitalearen eta Donostia Unibertsitateko Ospitalearen arteko proiektu artistiko eta kulturalen inguruaren hitz asperu interesgarria izanez.

Día del cáncer infantil en el hospital



Con la colaboración de la asociación de padres de niños con cáncer Aspanogi, la ONG "Juegaterapia", la asociación de mujeres con cáncer de mama, Kattalin, se celebró en el hospital el Día del cáncer infantil.

Los niños ingresados tuvieron la oportunidad de disfrutar con la actuación del mago Rafafa. Tras ella, se repartieron 7 videoconsolas, 2 nintendos y juegos donados por la ONG Juegaterapia dentro de su campaña "la químio jugando se pasa volando" y que se quedarán en las habitaciones de oncología, en el hospital de día de oncología y la ciberaula. Esta or-

ganización sin ánimo de lucro lleva repartidas por toda España más de 300 videoconsolas con el objetivo de entretenir y estimular a través del juego a los niños hospitalizados de larga duración que están recibiendo tratamiento oncológico. También la asociación Kattalin participó en la celebración donando muñecos de trapo que han ido haciendo durante estos meses miembros de la asociación para que disfruten con ellos también los niños ingresados.

Como anticipo, el día anterior se recibió la visita del equipo directivo del Sevilla FC, que repartieron juguetes, banderines, balones, etc. del equipo andaluz que el día siguiente fue derrotado en Anoeta. Además, el presidente del Sevilla, José María del Nido, hizo entrega de una escultura a las enfermeras de pediatría dentro de su campaña "Disfruta con nosotros, somos de todos".



Mikel y Txemi en la cumbre

Nuestros compañeros del Servicio de Mantenimiento Mikel Zubeldia y Txemi Carrete, han vuelto a coronar una de las cumbres del Himalaya, en este caso el Imja Tse, de 6.189 metros de altitud.



Este último día de Reyes, nuestro Gaspar sabía que seguramente era el último y por eso, a pesar de sus dolores y de su disimulada cojera, resistió toda la visita. Quería estar aquí, quería disfrutar un año más de esas caritas alegres e ilusionadas con la visita de los Reyes Magos, de los niños y los no tan niños, para quienes siempre tenía palabras muy cariñosas.

Teddy, te vamos a echar muchísimo de menos adiós REY!!
Un besito.



Bertsotan osasuntsu

Beste behin ere arrakastatsu! 2012ko Bertso-saioko klinikoa hirurogei lagun inguru bildu zituen –artean Donostiako alkate Juan Karlos Izagirre jauna– Ereñozuko sagardotegi batean martxoaren 9an. Felix Zubia, Borja Aginagalde, Nahikari Gabilondo eta Karlos Ibarguren bertsolariak aritu ziren sintomak, prozedurak, gai-xotasunak... bertsotan deskribatzen, parte-hartzaileak –mediku eta langile, profesional eta ikasle– doinu eta errimen artean ezkutatutako hitzak aurkitzen ahalgintzen ziren bitartean.

Entzule soilak ere ez ziren faltatu, Donostia Unibertsitate Ospitaleko langile talde bat egon baitzen, sariketan parte

hartu gabe ere, saioarekin ederki gozatu zuena.

Hotzeria, barizela, ezkabia, hazizurria, kolangitisa, tuberkulosia, lotailu gurutzatuan haustura... guztien sendabidea izan ziren ondorengo afariko sagardoa eta txuleta.

Bertso-saioko klinikoa Osasungoa Euskalduntzeko Elkartearren, Donostia Unibertsitate Ospitaleko Euskara-batzordearen eta Komunikazio Unitatearen, eta Donostia Erazaintzako eta Medikuntzako fakultateen laguntzarekin antolatu eta bultzatutako ekimena da, osasun munduan euskararen erabilera eta harremannak sustatzeko asmoa duena.



2011ko ospitaleko erretiratutako langileei omenaldia

Urtarrilak 13, ostiralarekin, egin genien erretiratuei omenaldia ospitalean. 90 lagun izan dira oraingoan. Ekitaldia ospitaleko kaperan hasi zen da Tenore José Ramón Otero eta organo-jole Miriam Ulangarekin, eta ondoren zuzendaritzataldeak opari bana eman zien omenduei, Kantakidetzaren errezitaldia entzun ondoren. Bukatzeko bertaratuak bazkaritxoa izan zuten. Hauek dira hemendik aurrera berentzat eta familiakoentzat denbora gehiago izango duten gure lankide ohiak:

Vicente M^a Candina Astorqui
 M^a Josefa Egaña Arana
 Maite Elorza Egaña
 Clara Eulalia Manjarres Rodriguez
 Pilar Nieto Bueno
 Coro Ochoa de Eribel Labayen
 Dolores Pascual Almuedo
 Antonio Ruiz González
 Carmen Diez Alonso
 Concepción Arraras Astiz
 Jesús M^a Bidaguren Castellanos
 Victoria Pagola Aizpuru
 Isabel Chocarro Pezonaga
 Vicenta Zapata Domeño
 Braulio Calvo Riesco
 Alberto Lluch Costa
 Tomás Baz Martín
 Arantza Arruti Odriozola
 M^a Mercedes Lafourcade Casado
 M^a Ascensión Ruiz Peña
 Caridad Ibarra Jacinto
 Juan Ignacio Arenas Mirave

Ernesto Eguino Berasaluce
 M^a Iciar Saenz de Buruaga
 M^a Carmen Sarasola Goenaga
 Fernando Vidaur Otegui
 Rosario Alonso Lopez
 M^a Pilar Apaolaza Arondo
 Ana M^a Arratibel Elizondo
 Coro Beorlegui Sánchez
 M^a Jesús Comendador Azcarraga
 Concha Susana Cordova García
 M^a Visitación de los Mozos Izquierdo
 M^a Jesús Elizalde Machin
 Gemma Fernández Urcelayeta
 M^a Carmen Ferrer Gonzalez
 M^a Mercedes Ganuza Semprún
 José Antonio Garcia Arceluz
 Pilar Hidalgo Centenero
 M^a Ascensión Iñiguez de Gordo
 M^a Jesús Iriarte Ugarte
 M^a Montaña Lopez de Tejada
 Rosa M^a De Luis Martinez
 Basilisa Moral Espinosa
 Sagrario Orbegozo Tejería
 Eloina Oti Aja
 Guadalupe Redondo Silva
 M^a José Rivera Larrucea
 M^a Lourdes S. Pedro Sáenz
 Josefina Silva Villar
 Javier Sudupe Orbegozo
 M^a Teresa Timoteo Unanue
 Julia Ulacia Miñon
 Ana M^a Vargas Sanz
 Alfredo Aguado Tovar
 José Antonio Alonso Calvo

Gloria Alvarez Martinez
 Benigno Arroyo Mecerreyres
 Jose Luis Basilio Antolin
 Saturnino Berdote Nieto
 Emilia Caamiña Bello
 Milagros Carrasco Rodriguez
 M^a Pilar Fernández Fernandez
 Antonio Garmendia Andueza
 José Manuel Hernández Martín
 M^a Carmen Ormaechea Irazabal
 Ana Jimenez Moral
 Eufemia Martin Maide
 Jesús M^a Otaegui Ruiz de Azua
 José Ignacio Palacian Michelena
 Angel Prieto Martínez
 Jorge Román Gonzalez
 Begoña Urquiza Eguiguren
 Dionisio Vegas Zarzuelo
 José Vilas Paz
 Rosa Berdejo de Lambarri
 Carmen Garcia Fernández
 M^a Aránzazu Aristeguieta Goiburu
 Iciar Garagorri Egaña
 Rosa García Ganuza
 José Antonio Rodriguez Iglesias
 Palmira Gomez Gomez
 Agurtzane Eceiza Tapia
 Pilar Murua Entrena
 Emilia Villar Rodriguez
 M^a Luisa Lomillo Olalde
 Pilar Gonzalez Ruiz
 M^a Alegria Arribas Oriebe
 Tedy Garde González
 Pilar Guinda Estevez



Guratz, el vigilante de la frontera

Por Fernando de la Caba y Santi Larburu



Mendi-tontor hau da Nafarroako Pirinio mendietako mendebaldarrena, eta honako herri hauek ditu inguruan: Uitzi, Gorriti, Leitza eta Areso. Herri horietako bakoitzetik igo daitekeen arren geu ARESOTIK igo gara, nafar herria, zeinaren lurrik Astomela ibaiaren ondotik doan autobiak zeharkatzen dituen.

Areso, un poco de historia

Sancho VI de Navarra, el rey sabio, concedió en 1192 fueros a los pueblos de Areso y Leitza conjuntamente. Tratándose de frontera con Gipuzkoa, aliada de Castilla, esta zona fue testigo en la Edad Media de grandes disputas entre los bandos de oñacianos y gamboinos y de multitud de actos de pillaje al amparo de estas rivalidades.

Consigue la desanexión de Leitza en el año 1777, pero es destruida, 17 años más tarde, por las tropas de Napoleón a su paso por estas tierras, dejando una población enferma de cólera. Sustentada su economía en las ferrerías, en la ganadería y en la agricultura el pueblo es reconstruido, pero con ese aire más moderno que los pueblos del entorno. Areso ha sufrido, al igual que otros pueblos agrícolas del interior, una disminución de su población contando en la actualidad con 282 habitantes.

Un sitio para la leyenda

En estos parajes vivía el bandido Azeari Sumakilla. En realidad se trataba de un noble que mató a sus tres hijos porque su mujer le había declarado, antes de morir, que uno de ellos era ilegítimo. Es perseguido y apresado por otro noble llamado García Almorabid quien le perdona por su amistad durante la niñez y le condena al destierro. Azeari toma la torre de Areso con unos bandidos y descubre



que fue su amigo García el amante de su mujer. En venganza Azeari atrapa, en la sierra de Andia, a García y le mata a golpes de piedra como castigo al adulterio.

Recorrido

Desde Areso comenzamos a caminar por el fondo del Valle de Astomela por una carretera que se convierte en pista, hasta que llegamos a una bifurcación (1km desde el inicio), dejando el arroyo a nuestra derecha. Tomamos el camino de la izquierda en clara subida, dejando el camino de la derecha para nuestra vuelta.

La pista sigue en sentido ascendente y en una curva divisamos el viaducto de la autopista A-15 que pasaremos por debajo. Nada más atravesarlo cogemos un camino que sube por la derecha, dejando la pista a la izquierda. Se trata de un atajo, porque luego volveremos a encontrarnos con dicha pista. Seguimos subiendo hasta que nos volvemos a encontrar con la pista que la dejamos a la derecha cogiendo un camino, unas veces claro y otras difuso, que sigue la loma del monte, pero la dirección es clara .En otro momento, volvemos a encontrarnos con la pista. La dejamos a la derecha y buscamos un claro a la izquierda. Seguimos en dirección ascendente y al poco tiempo vemos una valla a nuestra derecha que nos servirá de referencia hasta la cima. Nos encontramos un cruce de pistas,

pero nosotros seguimos rectos.

En la cima de Guratz disfrutaremos de un magnífico paisaje de las Malloas y reponemos fuerzas. Iniciamos la bajada siguiendo la dirección de la alambrada. En un momento, ésta gira a la derecha pero nosotros seguimos la dirección iniciada hasta darnos con el camino que, viéndolo del alto de Uitzi, nos llevará hasta Pagozelai. Se trata de la GR 9 que se denomina "Cañada Real de las Provincias o de los Toros" que unía la Merindad de Pamplona con la costa de Gipuzkoa. Por esta ruta pasaban los toros que venían de las Bárdenas o el Sur de Navarra, hasta llegar a Azpeitia y a los pueblos de la provincia. En Pagozelai dejamos a la izquierda el camino de Gorriti y pasamos por el puente existente encima de la autopista para tomar la pista que nos llevará de regreso al

punto de partida. Este camino que une Areso con Gorriti se llama "Camino de Napoleón" porque fue el que tomaron las tropas después de arrasar Areso. El camino transcurre por zonas conocidas como Zubizarreta e Iturbeltza, en el que se aprecian los restos de una ferrería y un molino. Terminada la caminata podemos regalarnos un aperitivo en el bar del pueblo.

Cómo llegar

Tomar la A-15, dirección Pamplona y salir en Leitza-Areso. En la rotonda de salida tomar la NA-4014. Desde San Sebastián el viaje dura 30-35 minutos.

Características del recorrido

Desnivel: 500 metros.

Longitud: 10,5 km.

Duración: 4 h 30 m.

Dificultad: Baja.



El día 27 de noviembre del 2011 miembros del Servicio de Cirugía General realizaron una excursión que partió del Boulevard hasta Pasajes San Juan.



BAI-SI
 EZ-NO

NIK BAT EGITEN DUT
infekzioei aurrea hartzeko neurriekin
ETA ZUK?

YO ME IMPLICO
en prevenir infecciones
¿Y TÚ?

**Ez ahaztu ebakuntza-gelatik ateratzean kentzea:
galtzak, bata, pijama, maskara, txanoa...**
**No olvides quitarte la ropa al salir de quirófano:
calzas, bata, pijama, mascarilla, gorro...**



DONOSTIA UNIBERTSITATE OSPITALEA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA



INFEKZIOEN PREBENTZIORAKO KANPAINA
CAMPAÑA PARA PREVENIR LAS INFECCIONES