

OSI DONOSTIALDEA ESI

2



Enero 2016ko Urtarrila



DONOSTIALDEA ESI
OSI DONOSTIALDEA



Curso de ECO tridimensional 4

Daniel Zulaika
SEDISAren ibilbide profesionalaren sariaren irabazlea 6



Segurtasun biologikoa 7

Reconocimiento a profesionales de enfermería 8



Pazientearen segurtasuna hobetu eta indartu 8

Nuestros centros: Lezo 10

Diploma de buenas prácticas 12

El área de respiratorio, Top 20 por cuarta vez consecutiva 13

Entrevista:
Enric Carreras 14

El trastorno específico del lenguaje (TEL) 16



Presentación del libro y la web "Nola probatzen diren tratamenduak" 17

Jaioberrien Unitatea guztiz berriztatua zainketa bereziak behar dituzten haurtxoei arreta hobea emateko 18

Osakidetza mide el estrés del personal 20

 Bularreko minbiziaren detekzio goiztiarra 20

Nueve congresos médicos previstos en el Kursaal 21

Osakidetzaren laneko arriskuen prebentzio-politikari buruzko adierazpena, donostialdea ESI 22

Octava edición de los Diálogos de Ética, Humanismo y Ciencia 24



Donostialdea ESIko I. Prestakuntza Astea 27

Entrevista:
Julio Arrizabalaga,
Director Científico del Instituto Biodonostia 28

Biodonostia participa en el descubrimiento del mecanismo molecular que explica el envejecimiento neuronal 31



"Nola probatzen diren tratamenduak" liburuaren aurkezpena Euskararen Nazioarteko Egunean 32

Yolanda Anguera y Josean Fernández, Secretaria y Presidente de AERGI Asociación de Alcohólicos y Adictos en Rehabilitación Gipuzkoa 34

 Manual de celadores de la OSI 36

Residencia Sanitaria Nuestra Señora de Aránzazu 37

Quienne's Band un grupo de música celta compuesto por profesionales del hospital 38

Argazki-erakusketa Ospitalean 41

Actividades navideñas en el hospital 42

Argazki-lehiaketaren sariak 43

 Cocina saludable Hummus, un plato milenario 44

El balcón de las malloas 46

Agurra

Donostialdea ESlaren aldizkariaren bigarren ale hau etxearen jasotzen duzue-nean ez gara gure ibilbidearen lehenengo urtea betetzetik oso urrutibilikoa.

Urte joria izan da, ideia, programa eta egitasmo asko abiarazteko erabili du-guna, zeinak garatuko diren gu guztiaren parte-hartzearekin.

Ale honen askotariko gaiak jorratzen ditu, ESlaren profesional guztien lorpenen berri eman nahi baitugu arian-arian eta alez ale.

Lezo-Donibane zentroa ezagutzeko parada izango dugu bigarren zenbakian honetan, ezagutzera ematen dugun lehenengoa, zeinari jarraituko dioten gainerakoak hurrengo aleetan, banan-banan. Gai gehiago landu ditugu, eta oso bariatuak: ikerkuntza; Etikari, Humanismoari eta Zientziari buruzko azken elkarriketa arrakastatsuak; Ian-arriskuen aurre-hartza; errezeptza osasuntsu bat, eta are ospitaleko profesionalek osaturiko musika talde bat ekarri dugu orrialdeetara.

Urte bat amaitu eta berri bati oles egiten diogun memento hauetan, gure desiorik onenak eta eguberri jai zoriontsuak opa nahi dizkizuegu guztioi, eta gure ongi etorri itxaropentsuena egin nahi diogu Donostiako hiria europar kulturaren aitzindaritzan egongo den 2016 urteari.

Cuando recibáis en vuestras casas este segundo ejemplar de la revista OSI Donostialdea ESI estaremos cerca de cumplir el primer año desde que iniciamos nuestra nueva andadura juntos.

Ha sido un año intenso de puesta en común de ideas, programas y proyectos que deberán ir desarrollándose con vuestra participación.

Este nuevo ejemplar vuelve a tener contenidos variados intentando que en el mismo se vayan presentando los logros de todos y todas los y las profesionales de esta OSI.

Nos acerca a conocer el centro de atención primaria de Lezo-Donibane como inicio de un espacio en el que buscamos vayan apareciendo todos. También hablamos de investigación, del último de los Diálogos de Ética, Humanismo y Ciencia de este año, de prevención de riesgos laborales, hacemos un recorrido montañero, conocemos una nueva receta saludable y os presentamos a un grupo de música celta compuesto por profesionales del hospital.

Y, como no podía faltar en este mes que empieza, nuestra felicitación y nuestros mejores deseos para el 2016. Un año en que nuestra ciudad será referente de culturalidad y donde también estaremos presentes.

URTE BERRI ON!



Donostialdea ESIko arloko burua
Jefe de Área de Comunicación
OSI Donostialdea
Lurdes Ubetagoyena

Koordinazioa
Coordinación
Manolo González

Erredakzioa
Redacción
Cristina Fernández de Landa
Marta Goikoetxea
Marian Vázquez
Javier Alonso
José Javier Ayesa
Beñat Badiola
Iñaki Villoslada

Curso de ECO tridimensional

Donostialdea ESIko Kardiologiako Zerbitzua hiru dimensioko ekografiaren erabilera aitzindaria da. Teknika hori gero eta gehiago erabiltzen da hainbat espezialitatetan, kasu honetan, Kardiologian. Arlo horretako aitzindari nagusietako bik erakundeak bisiatu dute ezagutzak eguneko etarriko eta arlo honetan aplikazioari buruz ikastaro bat emateko.

Los doctores José Antonio Vázquez de Prada y Jorge Solís, dos de los máximos expertos en ecografía tridimensional, han ofrecido un curso en nuestra OSI organizado por el Servicio de Cardiología, un servicio puntero en la aplicación de esta tecnología. Vázquez de Prada explicó a nuestra revista que el eco tridimensional es el último avance en ultrasonidos cardíacos y ha supuesto una revolución tremenda a la hora de valorar la anatomía cardíaca y la funcionalidad del corazón. Es un avance muy importante porque se han mejorado muchísimo las prestaciones de esta técnica. "Conseguimos, nos indicó, unas imágenes de altísima calidad con una visión anatómica muy buena que nos permite ver el corazón de forma no invasiva y con aparatos de ecografía muy sencillos relativamente baratos y que se pueden utilizar de una forma rápida. Obtenemos así una información muy buena de forma rápida y barata". Para Jorge Solís, es una tecnología que lleva relativamente poco tiempo y

"tenemos que pensar que el corazón es una estructura tridimensional y lo estamos viendo con una ecografía 2D, bidimensional, cuando realmente tienes que hacer caso a una reconstrucción mental en tu cabeza de lo que estabas viendo en una estructura tridimensional. Esta técnica en tiempo real, que esa es la clave, te permite ver todo el corazón, básicamente coger todo el corazón al mismo tiempo".

La ecografía en 3D es de gran importancia para la cirugía cardiaca y el intervencionismo percutáneo. Es el Dr. Solís quien a este respecto nos indicó que "la cirugía cardíaca ha cambiado radicalmente, fundamentalmente en la cirugía de los pacientes que tienen problemas en las válvulas del corazón, en las valvulopatías, y fundamentalmente en la válvula mitral, porque nos permite ver la válvula mitral con toda su complejidad en toda su anatomía y podernos sentar al lado del cirujano y discutir los casos, planificar los casos antes de entrar en el quirófano, lo cual es fundamental porque el cirujano entra y sabe perfectamente dónde está el problema y donde tiene que ir". Esto favorece que las válvulas se empiecen a reparar en lugar de colocar una prótesis.

Cardiología, un servicio puntero en eco 3D

Según afirmó José Antonio Vázquez de Prada, "hoy en día, prácticamente ningún laboratorio hace estas intervencio-

nes sin la ayuda del eco tridimensional. Se trabaja en las válvulas percutáneas aórticas, el cierre de comunicaciones auriculares percutáneas y ya se empieza a reparar la válvula mitral con unos dispositivos que se llaman MitraClip y que permiten en muchos casos reducir o eliminar la insuficiencia mitral de forma no invasiva percutánea. "Básicamente es ahí donde, señaló, está todo el desarrollo y en ese punto ha sido clave y sigue siendo clave que haya un ecografista que le pueda dar toda esa información de apoyo al intervencionista. Este tema está avanzando muchísimo. Podemos anticipar que en los próximos años cada vez va a ser más importante el Eco 3D en ese campo". José Antonio Vázquez de Prada nos comentó que "el motivo de venir a este curso, que ya es el segundo año que lo hacemos y que ha sido fruto del trabajo de Alberto Izquierre, Irene Rilo y Tomás Echeverría, que se han involucrado y que han conseguido que el Hospital Universitario Donostia sea ahora mismo un centro puntero. En el País Vasco es uno de los centros con mejor equipamiento en ECO 3D y uno de los que tienen más experiencia. Este curso está cogiendo peso y viene gente de todo el País Vasco. Para nosotros es una satisfacción ver que fruto de estos cursos se ha desarrollado esta técnica en este hospital".





El centro de salud de Egia organiza talleres para la educación en diabetes

El centro de salud de Egia realiza desde el pasado mes de noviembre unos interesantes talleres sobre diabetes para sus pacientes. Se tratan de charlas de dos horas aproximadamente, en las cuales las enfermeras informan sobre aspectos fundamentales de esta enfermedad. Los talleres tratan sobre cuatro cuestiones: generalidades, dieta y ejercicio, complicaciones crónicas y agudas y medicación. La enfermera Inés Mendieta nos recibió en el centro de salud y nos descubrió algunos detalles sobre esta iniciativa.

Inés cuenta que "hace tres años hicimos unos talleres pero resultaron muy difíciles porque teníamos que captar a los pacientes, hacer grupos, adaptarlos a nuestros horarios... El resultado fue muy bueno pero era muy complicado trabajar así. Una de las dificultades que teníamos con los pacientes eran los horarios. Había muchas dificultades para acoplarse a ellos. Así que tuvimos esta idea de organizar estos talleres."

Añade que "el programa tiene dos partes: una la formación de las enfermeras y otra la formación de los pacientes. Con las enfermeras hemos tendido 5 clases. Todas las enfermeras estamos implicadas en estos talleres."

Por otro lado, están los talleres propiamente dichos que "básicamente se trata de establecer una ruta de la diabetes dentro del centro de salud con distintos

horarios, que los propios pacientes elegirán. Primero captamos a los pacientes que pueden asistir a estos cursos. Se trata de pacientes que debutan en la diabetes o los que no consiguen un buen control y se cree que con una buena educación pueden mejorar. Me los mandan, por ejemplo a mí. Yo les hablo de las generalidades de la diabetes y de los objetivos de control. Después pueden hacer cualquiera de los otros talleres con diferentes horarios y días que les ofreceremos las enfermeras". Inés subraya que "con estos talleres intentamos mejorar la calidad de vida del paciente. Queremos que tengan las menos complicaciones agudas posibles y retrasar las crónicas. Lo que queremos es mejorar el control del diabético y enseñarles a ser autónomos. Esta atención grupal no quiere decir que dejemos de lado la atención individual. Seguimos también con ella, pero tenemos más tiempo para profundizar en su patología".

Esta enfermera señala que son varias las ventajas de estos talleres "esta educación a nosotras no nos supone mucho, tan solo un día al mes. El día anterior ya sabes qué pacientes vas a tener y puedes prepararte la charla con ellos de forma más personalizada, sabiendo lo que toman y las características de su patología".

Osakidetzako zuzendari nagusia, Jon Etxeberria, osasun kudeatzaile onenen artean

Osakidetzako zuzendari nagusia, Jon Etxeberria, osasun kudeatzaile onenen artean dago, 2015eko Osasun Administrazioan saria jaso du eta.

Osasun Administrazioko XI. Sariak eman zituzten joan den irailean Madriden, Spainiako Osasunaren Udako XIV. Afarian, eta Osakidetzak saria jaso zuen berriz ere, kudeaketaren bikaintasunagatik eta jardunbide onengatik; hain justu, 2015eko Osasun Administrazioaren saria eman zioten Jon Etxeberria Osakidetzako zuzendari nagusiari, aintzatespena egin zioten sari honen bidez (osasun-zuzendari onenen arloan, saria eskuratz (14 hautagaien artean). Jon Darpón Osasuneko sailburua eta Alfonso Alonso Osasun, Gizarte-zerbitzu eta Berdintasuneko ministroa bertan izan ziren, bigarrena ekitaldiaren buruan. Horiek batera egon ziren estatuko eta autonomia erkidegoetako buruzagi zein zuzendari asko eta arloko eragile garrantzitsuak.

Haien guztien aurrean, Jon Etxeberriak saria eskertu zuen: "Osasun-arretaren integrazio osoa lortzeko bidean, euskal sistema publikoan bultzatzen ari garen eraldaketaren aitorpena da; Osakidetzako profesionalak egiten ari diren lan itzelarentzako aitorpena da hau, haien lanari esker Euskadi erreferente moduan kokatu baitute", adierazi zuen Etxeberriak.

Horrekin batera, Eusko Jaurlaritzak Osakidetzarekin duen konpromisoa azpimarratu zuen, aurrekontuan egin-dako ahalegina handitu baitu, osasunean, ikerketan, berrikuntzan eta teknologian inbertitzen segitzeko.

Sanitaria 2000k antolatutako Osasun Administrazioko Saria osasungintzaren alorrean ematen diren aintzatespen sonatuenetako da. Saria Spainiako osasungintzako adituek eta profesionalek ematen dute, osasun-sistema publikoen bikaintasuna eta praktika onak sustatzeko.

Daniel Zulaika, SEDISAren ibilbide profesionalaren sariaren irabazlea

Eusko Jaurlaritzaren Hiesaren aurkako Planaren zuzendari Daniel Zulaika doktoreak aitorza jaso du, arlo profesionalan izandako ibilbideagatik, Espainiako Osasun Zuzendarien Elkartea (SEDISA) antolatutako VII. Jardunaldietan. Saria José Manuel Ladrón de Guevara doktorearen eskuak jaso zuen, eta, ekitaldian, Donostialdea ESIko gerenteak gogora ekarri zuen Zulaika doktorea ezagutu zueneko hura —60ko hamarkadaren amaiera aldera—, eta nola gertutik jarraitu izan duen haren ibilia.

Saria ematerakoan hauxe esan zuen Ladrón de Guevara doktoreak: “80ko hamarkadan, eritasun berri zein beldurgarri bat zuten gaixoak azaltzen hasi zirenean —Hartutako Immunoeskasiaren Sindromea izendatu zutena—, hor berragertu zen Daniel, eta, orduan ere, gauzak era ezberdin batean egiten hasi zen. Gaixotasun suntsitzaile bat patratzen duten pazienteei zuzendutako erantzun asistentziala prestatu zuen, eta eraginkortasun baxuko baliabide terapeutikoak izanik ere, profesionalez osatutako taldea antolatu eta emaitza bikainak lortu zituen”.

Horrez gain, Zulaikaren ahaleginak haratago joan zirela azpimarratu zuen, jabetu baitzen gaixotasunari aurre egi-

teko eginahal guzti haietan ere ez zirela aski. Hala, kontsultatik zein ospitalizazio-solaruetatik atera, eta medikuntza-arloan ohikoak ez diren ekimenak jarri zituen abian, harremanak indartuz gaitzak eragindako gaixo-taldekin, erakundeekin eta abarrekin.

“Ahalegin guzti horrek emaitza izan zuen”, esan zuen, “eta ulertzeko da, beraz, 1987an, agintarieiek HIESAren eta STGen aurkako plana koordinatzeko ardura eman izana. Ordutik, eginbehar hori betetzen dihardu, kanpaina berria, probokatzaile, ausart eta eraginkorrik martxan jarriaz. Zorte handia daukat, gure proiektuek sarritan egiten baitute bat, eta horrek aukera ematen dit nire kezken inguruko aholkuak eskatzen eta horiek elkarrekin partekatzen. Lagunza handia da hori”.

Donostialdea ESIko arduradunak azpimarratu zuen Zulaikarekin batera lan egitea egokitzen zaiola hark zuzendutako zenbait proiektutan. Horren adibide dira espelteo-arloko osasungintzaren transferentzia eta ondorengo garapena Euskal Herrian —2011 urteaz geroztik—, zein, berriki, denbora eta indarra batu izana C hepatitisari erantzuna emango dion plana koordinatzearen ardura hartzen. Eta, gehitu zuenez: “Azken urtee-

tan Zulaikarekin ikasitakoa gogoratzeko balio izan dit oraingo honek”.

Daniel Zulaikak jasotako aitorpen ugarien artean ondorengo hauek daude: Osasunaren Ordena Zibila (2003), kartzelen eremuko gizarte-meritua sartzen duen zilarrezko domina (2011) eta Donostiako Udalak 2011n eman zion Hiritar Merituaren domina. Orain gutxi, C hepatitis dutenei arreta emateko estrategiaren koordinatzaile den aldetik, Osasunaren Ordena Zibilaren Enkomienda jaso du Daniel Zulaika doktoreak —Ministerioak urtero banatzen duena—, arlo horretako aditu-taldearen barruan egindako lanarengatik.



3 años de experiencia del Taller de ejercicio respiratorio en Zarautz

Desde mayo del 2012 se ofrecen en el Ambulatorio de Zarautz a pacientes con asma o EPOC dos talleres al año de ejercicio respiratorio a cargo de dos enfermeras y un médico de AP. El contenido de los talleres tiene una pequeña introducción teórica, 6 horas y media de ejercicios repartidos en 6 semanas consecutivas y dos espacios al principio y al final del taller para entrenamiento en el manejo correcto de inhaladores.

El contenido de los ejercicios está inspirado en ejercicios de pranayoga que han sido utilizados por otros profesionales con el mismo fin. Los grupos son de máximo 9 pacientes desde 14 a 80 años de ambos sexos y en diferentes fases de su patología.

Los sanitarios implicados nos cuentan que, tras tres años de rodaje, “valora-

mos la experiencia como positiva, y sostenible con una creciente aceptación por parte de los pacientes. Todavía no estamos en condiciones de aventurar conclusiones en cuanto a eficacia en la calidad de vida de pacientes con asma/EPOC ni a si ello contribuye a espaciar las agudizaciones de la enfermedad respiratoria crónica, pues necesitamos tiempo y un diseño específico para medir el impacto de la intervención. En cualquier caso, los pacientes se hacen más conscientes de sus recursos y más responsables de su salud. A nivel de centro, es una experiencia estimulante para médicos y enfermeras trabajar en equipo y en dinámica de grupo con los pacientes”.

Las enfermedades respiratorias crónicas constituyen un problema de primer

orden en las consultas de Atención Primaria. Las reagudizaciones de estos pacientes son una de las causas de la saturación de urgencias hospitalarias y la EPOC constituye la cuarta causa de muerte por encima de los 64 años. Su carácter invalidante y progresivo potencia el desarrollo de otras patologías crónicas como la obesidad, diabetes, patología osteoarticular...

Presentan una gran complejidad en su manejo e implicaciones para la calidad de vida de los pacientes. “Nuestro compromiso con estos pacientes nos ha llevado a ampliar nuestras herramientas terapéuticas que hasta ahora se reducían a medidas farmacológicas, educación para cambios en el estilo de vida y tratamiento de deshabituación tabáquica”, nos aseguraron.

Segurtasun biologiko handiko ospitalizazio-alde berria inauguratu dute Donostia Unibertsitate Ospitalean

La nueva zona de hospitalización de alta seguridad biológica inaugurada hace pocos meses por el Lehendakari Urkullu en nuestro hospital permitirá "afrontar con total seguridad un caso real de Ébola o cualquier otra enfermedad infecciosa grave. Contamos, por lo tanto, con una infraestructura adecuada para personas pacientes y para los y las profesionales de Osakidetza", aseguró el Lehendakari, que también destacó que la seguridad para las personas profesionales ha sido el aspecto que mayor consideración se ha tenido a la hora de habilitar esta área".

Iñigo Urkullu lehendakariak eta, haren batera, Jon Darpon Osasun sailburuak, Jon Etxeberria Osakidetzako zuzendari nagusiak, Donostialdea ESko zuzendaritzako taldekoak eta beste osasun-agintari batzuek Donostia Unibertsitate Ospitaleko Segurtasun Biológico Handiko ospitalizazio-aldea bisitatu zuten; hor ipini dute gaixotasun infekzioso eta kutsagarriak dituztenentzako gela bat, segurtasun isolamendu handiko baldintzak behar dituztenezko; esaterako, Ebola birusarekin kutsatzen diren kasueta rako.

Iribarren doktorea eta ospitaleko segurtasun biológicoaren eremuko arduraduna aritu zen erakusten, lehen batean era pribatuan, lehendakariari, Jon Darpon Osasun sailburuari eta zerbitzu sanitarioko gainerako langileei nola funtzionatzen duten segurtasun biológico handiko zortzi gelek xehetasun guztiak.

Segurtasun biológicoaren eremuko bisita amaituta, lehendakaria eta Jon Etxeberria Osakidetzako zuzendari nagusia azaldu ziren komunikabideen eta pertsonal sanitarioaren aurrean, eta hor, Jon Etxeberria zuzendari nagusiak sarrera labur bat egin zuen, lehendakariaren bisita eskertuz eta harro agertuz segurtasun biológico rako eremu berriarekin. "Pozgarria da erakunde sanitario integratu honetan ari garen guztiotzat zu hemen berriz ikustea. Donostialdeko erakundeko profesional guztiotzat ohore handia da berriz ere zu ospitalean izatea eta segurtasun biológico handiko eremu berria ezagutaraztea; oso harro gaude eremu horretaz".

Gure ospitalea, Ebolaren tratamendurako Spainia osoan dauden zazpi ospitaleetako bat

Hitzaldiaren hasieran, lehendakariak azaldu zuen Lurralte Arreko Osasun Kontseiluak erabaki zuela Donostialdea Unibertsitate Ospitalea Spainia guztiko zazpi ospitaleetako bat izendatzea Ebolaren kasu egiaztatuen tratamendurako. Adierazi zuenez, 321.742 eurora igo da azkenean obraren kostua, eta "segurtasun osoz aurre egin ahalko dio Ebola kasu erreal bat edo beste edozein gaixotasun infekzioso larriri. Beraz, hor dugu azpiegitura egoki bat pazienteentzat eta Osakidetzako langileentzat. Hain zuzen, profesionalentzako segurtasuna eduki da kontuan oroz gain eremu berri hau prestatzeko orduan, eta neuk egiaztu ahal izan dut; horregatik, zorionak ematen dizkio Donostia Unibertsitate Ospitaleari". "Eremu berria prestatzeko orduan gehien kontuan hartu dena zera izan da: bermatzea segurtasun maximoa profesionaliei; "horrekin batera, prestakuntzari eman diogu garrantzi berezia; izan ere, kontua ez da soilik azpiegitura bat, profesionalak prestatzea ere bada. 2014tik, osotara Osakidetzako zentroetako 8.800 profesional prestatu dira 517 eskolan; eskola horietan, gaixotasunarekin zerikusia duten alderdi epidemiologiko-antolamenduzkoak eta prebentiboak aztertu dituzte. Os-

kidetzako zentro guztiak egin dituzte informazio eta prestakuntza ekintzak Ebolaren gainean, eta, gainera, etengabeko prestakuntza eguneratua daramate kolektibo inplikatuek. Zentro guztiak ari dira protokolo orokorrak egokitzent tokiko baldintzetara. Eusko Jaurlaritzako kontseiluan, Euskadiko pertsonak sistema sanitarioan izan behar dituzten eskubideen eta betebeharren azken aitorpena onartu genuen, eta gaur, bisita honekin, berretsi egin dugu Osakidetzaren konpromisoa".

Hitzaldia amaitzeko, esan zuen "Euskadi herrialderik aurreratuenen abangoardian dela osasun-zerbitzu publikoari dagokionez. Eta aprobetxatuko dut laburki hitz egiteko hazkunde ekonomikoa eta esateko zerbitzu publikoak etorkizunean iraunkorak izan daitezten hazkundea eta enplegua beharko direla. Era berean, ilusioa pizteko moduko datuen berri izan dugu gaur krisiaren bidean helburu horri eusteko. Hazkunde ekonomikoa, nahiz eta ingurunean ziurgabetasuna sortu den, Euskadin finkatu egin da, baina aurrera egiten jarraitu behar dugu oso bereziki enplegu egonkorra eta kalitezko sorratzeko".



Premio extraordinario para el Dr. Javier Ruiz de Neurología

Durante el acto de investidura de nuevos doctores y entrega de premios extraordinarios de la UPV/EHU, en el Aula Magna del Campus de Leioa, se concedió uno de los premios extraordinarios a las tesis defendidas en 2012, que se otorgan pasados los años para premiar la productividad del proyecto de tesis en forma de publicaciones o patentes relacionadas con la misma. En el área de Medicina, una de las cinco tesis premiadas fue la defendida en junio de 2012 por Javier Ruiz Martínez, neurólogo del Servicio de Neurología de la OSI

Donostialdea e investigador del área de Neurociencias del Instituto de Investigación Biodonostia. La tesis premiada lleva por título "Enfermedad de Parkinson por mutación vasca de la dardarina (LRRK2): estudio epidemiológico, clínico y "Enfermedad de Parkinson por mutación vasca de la dardarina (LRRK2): estudio epidemiológico, clínico y genético", y fue dirigida por los doctores José Félix Martí Massó y Adolfo López de Munain dentro del Departamento de Neurociencias de la UPV/EHU.



Reconocimiento a profesionales de enfermería

En la ceremonia de graduación de Titulados en enfermería celebrada en el auditorio Barriola, Campus de Ibaeta, se realizó un acto de reconocimiento a dos unidades de nuestro hospital por su trayectoria y buen hacer en la formación práctica de los grados de enfermería. Las dos unidades distinguidas son la 1^a verde-partos y la unidad 4^a1^a de Hematología.

La Directora de la Escuela y la Vicerrectora del Campus de Gipuzkoa tuvieron unas palabras de reconocimiento y gratitud hacia los equipos de profesionales de dichas unidades, entregando a los representantes de las mismas unos obsequios conmemorativos.

Pazientearen segurtasuna hobetu eta indartu

Osasun Sailak eta Osakidetzak bi ekinmen abiarazi dituzte, Pazientearen Segurtasunaren 2013-2016 Estrategiaren baitan, Osakidetzako erakunde guztietan hobetzeko eta indartzeko pazientearen segurtasuna.

Osasuneko sailburu Jon Darpón, Osasun Publikoko eta Pazientearen Segurtasuneko programen koordinatzaile Enrique Peiró zuela lagun, honako hau adierazi zuen Bilbon: «Osakidetzak urteak daramatza segurtasunaren alorrean lanean; horri esker, aintzatespen maila alta lortu dugu ematen dugun osasun-laguntzaren kalitatea eta segurtasuna dela medio. Horregatik, orain garrantzitsua da aurrera egiten jarraitzea, paziente guztiei segurtasun-maila handiena eskaintza lortu arte, edozein dela ere haien artatzen dituen Osaki-

detzako erakundea. Horra hor gure helburua, eta, bi ekinmenokin, bi aurrerapauso eman ditugu xede hori betetzeko bidean».

Jon Darpón esan zuenez, Osasun Sailarentzat eta Osakidetzaarentzat, lehentasuna du pazienteei ematen dioten arretaren segurtasuna; horregatik, Pazientearen Segurtasunaren 2013-2016 Estrategia ezarri du Osakidetzak: hau da, modu koordinatuan lan egiteko, jardunbide egokiak partekatzeko eta abiarazi berri diren projektuen gisakoak garatzeko tresna bat.

Hala, Pazientearen Segurtasunaren Estrategian aurreikusitako jarduera-ildoak dira, batetik, pertsonak beren segurtasunean engaiatzea eta, bestetik, pazientea identifikatzeko sistemak homogeneizatzea eta hobetzea.

Zestoako osasun zentro berria

Lehendakariak, Osasun sailburuaren konpainian, Zestoako Osasun Zentroa inauguratu zuen, eta ekitaldian bertan azpimarratu zuen zentro berria martxan jartzea Eusko Jaurlaritzaren pertsonekiko eta osasunarekiko konpromisoaren seinale argia dela.

3.600 zestoarrek 552 metro koadro erabilgarri duen osasun zentroa izango dute, hobekuntza nabarmenak dituena erosotasun, irisgarritasun eta zerbitzu aldetik.

Iñigo Urkullu lehendakariak, osasun sailburu Jon Darpon eta Osakidetzako zuzendari nagusi Jon Etxeberria lagun izan zituela, Josetxo Mendizabal alkatearekin batera, inauguratu zuen osasun zentroa, zeina Euskal Herria plazan dagoen.

Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak 3.422 milioi euro bideratu ditu pertsonen osasuna bermatzeko

Eusko Jaurlaritzako Osasun sailburuak, Jon Darpónek, Eusko Legebiltzarreko Ogasunaren Batzordean, bere saileko aurrekontuak aurkeztu zituen, Eusko Jaurlaritzako partidarik handiena: Iñigo Urkullu lehendakariaren gobernuaren aurrekontuaren %31,3, zehazki.

Osasun Sailak 2016rako aurrekontuaren sartutako 3.422 milioi eurok pertsonen oinarrizko beharren estaldura bermatzea eta Euskadiko ongizate-eredua eta kohesio sozialaren babesia dute funtsezko helburutzat.

Osasun Sailaren aurrekontu-zuzkidurak pertsonekiko konpromisoa sendotu egin du, 1.572 euroko gastua egingo baitu per capita, iazko aurrekontuarekin alderatuta %0,8 handiagoa, gainera. Osasun sailburuak, Osakidetzaren aurrekontu osoaren ehuneko banaketari dagokionez, halaber, adierazi zuen %68,9 langileentzat bideratuko dela, %9,5 farmaziara, %9,3 osasun materia-

la eta %12,3 gainerako funtzionamendu-gastuetara.

Lehentasunezko beste esparru batean, osasun publikoan, esleitutako aurrekontu-zuzkidurak, berriz, osasuna sustatzeko eta prebenitzeko ekintzak area-gotzeko balio izango du. Arreta berezia jarriko dute, orobat, honako arlo haueitan: elikadura, jarduera fisikoa, tabako, alkohol eta bestelako ohiko toxiko batzuen zein izurrien zaintza.

Osasuneko sailburuak nabarmendu zuen aurrerantzean ere emango die-tela kalitateko osasun-laguntza pertsona guztiei, osasuneko emaitzak hobetzearen. Ekitatea sendotze aldera, Euskadin bermatuko dira osasun-zerbitzu tarako irisgarritasun unibertsala, populazio-behaketa programak, osasun-laguntzan generoa aintzat hartzea eta pertsonen hizkuntza-eskubideak.

Visita de médicos rusos

El pasado 17 de noviembre cinco especialistas rusos visitaron nuestro hospital para conocer una técnica que realizan las enfermeras del equipo de Terapia Intravenosa. Se trata de la colación de un catéter central con acceso periférico (PICC) tipo Groshong. Estos PICC son de silicona, de punta cerrada, que contiene una válvula groshong en su extremo, evitando la necesidad de sellado de heparina y pinza proximal. Los médicos rusos, dos radiólogos intervencionistas, dos cirujanos y un anestesista, fueron atendidos por el equipo que regularmente realiza la técnica de terapia intravenosa, que está compuesto por las enfermeras Beatriz Sarriegui Azcarate, y Nekane Sanz Goiri, con la colaboración de la auxiliar María Josefa Martín Nava.

Los visitantes quedaron muy satisfechos por presenciar la técnica y comprobar algunos detalles que son de gran utilidad cuando se pone en práctica dada la experiencia adquirida por las profesionales de nuestro hospital.



Aitor Thalamas. Jefe de la Unidad de Atención Primaria de Lezo-Donibane.

“Tenemos que gestionar la cronicidad de una manera integral”

Lehen mailako arretako unitateen bidez antolatzen da Osakidetzako lehen mailako arreta. Gure ESlan, 19 unitate dau-de, eta gure erakundeko osasun-zentroak unitate horien barruan daude. Hogeita hamar osasun-zentro baino gehiago ditugu. Bidean dugun erreportaje-sortan, zenbait unitatetara hurbil-duko gara bertatik bertara ezagutzeko, eta erreptaje honekin ekingo diogu sortari. Lehen erreptaje honetan, Lezo-Donibaneko lehen mailako arretako unitatea aukeratu dugu. Bertan, Lezoko familia-mediku eta unitateburu Aitor Thalamasekin egon gara hizketan.

Mirando al mar y cobijada en la faldas de Jaizkibel se encuentra situada la Unidad de Atención Primaria (UAP) de Lezo-Donibane. Una Unidad de Atención Primaria es la parte más pequeña de nuestra organización sanitaria, un eslabón fundamental de la cadena, ya que es la puerta principal de acceso a los servicios sanitarios para la mayoría de los pacientes. La unidad de Lezo-Donibane está compuesta por los centros de salud de Lezo y Donibane y ofrece atención a una población de 6.500 y 2.400 habitantes respectivamente. En Lezo nos espera Aitor Thalamas, Médico de Familia y JUAP (Jefe de Unidad de Atención Primaria) de esta unidad. El centro de salud de Lezo es un centro pequeño situado en la Plaza Lopene. Una única estancia con puertas a derecha e izquierda acoge las consultas de los médicos, de las enfermeras y el botiquín, donde se hacen las curas y que sirve también para realizar las extracciones, electros y otras pruebas. En un extremo se encuentra el mostrador de atención al cliente. Desde aquí parte un angosto pasillo a lo largo del cual se arremolinan las consultas de la matrona y de pediatría.

La actividad cotidiana en la Unidad de Atención Primaria de Lezo-Donibane.

Aitor nos recibe amablemente, pero se disculpa porque todavía tiene que atender a un par de pacientes. Este JUAP no tiene despacho, su consulta sirve para atender y para gestionar. “Es lo

que tiene ser pequeño. Tiene cosas buenas y malas, pero más buenas que malas” aclara riéndose.

Mientras esperamos a que nos atienda, vemos que la actividad en el centro es frenética y cercana. Unas diez personas esperan pacientemente sentadas su turno en la sala de espera. En ella, un médico despidió a su paciente amablemente mientras le da las últimas indicaciones, al mismo tiempo que invita a pasar al siguiente. En el otro extremo una enfermera agita entre sus manos un electro que quiere consultar con la doctora de la consulta de enfrente. En el mostrador, mientras las administrativas descuelgan teléfonos, los usuarios ponen en orden sus papeles. Una estampa común que se repite sin duda alguna en nuestros centros de salud. Pasamos a la consulta de Aitor y le recuerdo que antes me había comentado que una unidad pequeña tiene más cosas buenas que malas, le animo a que me cuente las buenas: “pues mira, dice, para empezar, el trato entre compañeros es muy cercano. Y esto es bueno también para los pacientes. Además somos mucho más accesibles y eso les gusta a los pacientes. La relación médico-paciente es mucho más horizontal que en un centro grande. También es verdad que en épocas de austeridad como las que estamos viviendo, el esfuerzo es mucho mayor en un centro de estas características que en un centro más grande. La ausencia de un profesional se nota más en los centros pequeños. Además, aquí es fundamental trabajar en equipo. Entre las menos buenas, indudablemente está el peso o importancia que tenemos dentro de la organización. Nosotros somos pequeños y nuestro poder es pequeño”.

Le pregunto en qué se diferencia la atención que prestan de la que se da en centros mayores. La cartera de servicios es la misma que en cualquier otra unidad primaria sea grande o pequeña. “Nosotros, igual que los demás centros, ofrecemos a nuestros pacientes atención programada y atención urgente, los programas de actividades de promoción y prevención de la salud. En lo que se refiere a matrona, ofrecemos gestión del embarazo, parto, postparto... Además en el área administrativa se realiza gestión de citas, de pruebas complementarias, altas y bajas de la TIS...” añade con orgullo.

Retos de la sanidad en el futuro
 Charlamos un poco sobre los retos a los que se tiene que enfrentar la sanidad en el futuro y cómo afrontarlos desde una unidad como la de Lezo-Donibane. “La sociedad ha cambiado. Los problemas globales hay que afrontarlos entre diversos agentes”, añade Aitor para referirse a la realidad sociosanitaria a la que deben hacer frente a diario. “Soy consciente, afirma, que no solo esta Dirección, sino que también el Gobierno Vasco están impulsando la resolución integrada a un problema que estaba ahí y que los médicos de Atención Primaria mirábamos de refilón. Nos han hecho ver que la solución a esos problemas sociosanitarios tiene que ser de frente. Nos tenemos que entender con la trabajadora social, con las diputaciones y sus recursos sociosanitarios, con los servicios de rehabilitación para una pronta recuperación de los pacientes, es decir una visión más integral. Antes vivíamos más en la parte clínica. Pero tenemos que tener en cuenta que nuestra especialidad es médico de

Nº total de TIS: 8.513. Lezo 6.451. Donibane: 2.062

Médicos: Dr.José Antonio Iruretagoyena, Dra. Nerea Colera, Dra Begoña Iraola, Dra Larraitz Arrue y el Dr Aitor Thalamas

Pediatra: Arantza Benito

Enfermeras: Izaskun Arondo, Gemma Estévez, Amparo Saldaña, Ana Zapiain y Garbiñe Arbide.

Matrona: Esther Sanz

Administrativos. María Ángeles García, Odile Artano, Arantxa Urrutia, Cristina Cayuela

Teknologia berriei esker, gehiago eta hobeto komunikatzen dugu

Integrazioari buruz ere hitz egin dugu, eta galdeitu diogu zer aldaketa etorri den bide horretatik. Aitor gelditu da pentsatzen une batez, izan ere, nabari da ez duela bote-prontoko erantzunik man nahi; eta esan digu: "lehenengo eta behin, ebidenteak dirudien arren, pertsonen aldaketara oihitu behar izan dugu. Zenbait area kudetazen zituzten pertsonak ez dira lehenagoak eta denbora behar izan dugu elkar ezagutzeko. Dena den, nabaritu dugun aldaketa handiena komunikazioarena izan da". Aitorren iritziz, komunikatzeko modua aldatu da, eta zera diosku horri buruz: "nik uste dut hori aldatu dela, orain hobeto jartzen gara harremanetan, estate baterako, nik jakin dezaket espezialistak zer uste duen diagnostiko baten inguruan, eta alderantziz, lehen baino azkarrago. Horri esker erantzuna eraginkorragoa da, eta hori gertatu da integrazioi esker". Bukatzeko Aitorrek dio gerentzia lehen mailaren aldeko apustua egiten ari dela eta hori igartzen dela: jarduteko askatasun gehiago dute proba osagarriak agintzeko, eta ebazapen ahalmen gehiago dute, hori dela eta; beraz, lehen baino arazo gehiago konpon daitezke lehen mailatik.

familia y comunitaria. Esa parte comunitaria la teníamos olvidada y esa parte es tan importante como la asistencial. Tenemos que salir de los centros de salud, tenemos que ir a los hogares de los jubilados, a los domicilios, tenemos que atender a nuestros pacientes en el sitio más cómodo para ellos". "Por otra parte, añade, tenemos el asunto de la cronicidad. Vivimos más, tenemos más enfermedades crónicas y necesitamos más recursos. Para que el sistema sanitario sea sostenible tenemos que manejar muy bien las enfermedades crónicas. Ahí también tenemos nuestra responsabilidad los profesionales de Primaria. Tenemos que gestionar la cronicidad de una manera integral y por ello nos ha venido muy bien la creación de la OSI. De esta manera damos más comodidad a los pacientes crónicos. Gracias a la colaboración que tenemos con el hospital y con las unidades de pacientes frágiles estamos ofreciendo un servicio que la gente agradece, sobre todo por no tener que pasar por el Servicio de Urgencias. A nivel de medicación, la receta electrónica ha sido otro avance importante. Esos pacientes crónicos que tienen mucha medicación, son más fáciles de controlar. Podemos saber todo lo que toma el paciente y cómo lo toma, con el consiguiente beneficio para el paciente y para nosotros."

La charla llega a su fin. Aitor tiene que volver a pasar consulta. Sus pacientes ya le esperan sentados al lado de su puerta. La verdad que nos hemos sentido a gusto. Nos vamos contentos y sobre todo orgullosos. Orgullosos de tener centros como los de Lezo y Donibane. Centros pequeños pero llenos de grandes profesionales.

La Unidad de Atención Primaria de Lezo-Donibane. La Unidad de Atención Primaria de Lezo-Donibane está formada por un equipo de profesionales de Medicina General, Enfermería y un equipo del Área de Atención al Cliente (AAC) como primer contacto del centro y gestor administrativos.

El equipo de Atención Primaria de estos centros oferta entre sus servicios:

- Prevención, asistencia y seguimiento de enfermos agudos y crónicos, tanto en consulta como en domicilio por parte de médicos y enfermeras.
- Coordinación con atención especializada.
- Gestión de cita: Atención primaria y especializada.
- Todas las tramitaciones administrativas en el centro, a través del Área de Atención al Cliente.



Programa de mejora en la derivación de pacientes a las unidades de Rehabilitación Cardíaca premiado con el diploma de Buenas Prácticas

"Bihotzeko Errehabilitazioko Unitatetara pazienteen bideratzea hobetzeko" programa batek "Praktika onak-Osasun Saila" diploma lortu du kardiología iskemikoaren arloan. Programa hori estatu mailan eta arlo horretan saria jaso duten 5 programatako bat izan da. Aukera ona da ospitalean zerbitzuaren etengabeko hobekuntzan lan egiten duen profesionalen talde bat hobeto ezagutzen.

La rehabilitación cardiaca la ha definido la OMS desde hace más de 50 años como "el conjunto de actividades necesarias para asegurar a los cardiópatas una condiciones físicas, psíquicas y sociales óptimas que les permitan ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad". Generalmente, donde más se ha aplicado es en el campo de la cardiopatía isquémica, sobre todo en el post-síndrome coronario agudo, pero también en el post-angioplastia en pacientes ambulatorios, demostrando descensos de la mortalidad cardiovascular de hasta un 37 %, y también de los reinfartos del 47%. Por otra parte, disminuye los reingresos de causa cardiovascular y mejora además la calidad de vida de los pacientes. Sus beneficios son tan importantes que se aplica igualmente a pacientes post-operados cardíacos y también se están empezando a aplicar en otros ámbitos como la Insuficiencia Cardiaca, siempre que en este último caso cumpla ciertos criterios ya establecidos. Implica un trabajo multidisciplinar que incluye a cardiólogos, enfermería, fisioterapeutas, médicos rehabilitadores y psicólogo clínico.

El doctor José Antonio Alarcón, Coordinador de la "Unidad de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca" del Hospital Universitario Donostia/OSI Donostialdea, nos explica que "En general, el paciente acude de manera precoz a la Unidad de Rehabilitación Cardíaca (URC) tras un evento coronario -se conoce como Fase II del proceso-, y se le controlan sus diferentes



factores de riesgo cardiovascular de manera intensiva por parte de Cardiología, con ajuste de medicaciones y solicitud de las pruebas que se crean convenientes. Se estratifica el riesgo de eventos del paciente para el programa, en función de dichas pruebas, que ayudan también para la prescripción de ejercicio personalizado". Se le controla también el hábito tabáquico con una consulta específica de deshabituación -realizada entre el cardiólogo y el psicólogo-. Se hace también un estudio y seguimiento de la dieta del paciente por parte del equipo, y se hacen las modificaciones que se crean oportunas. El médico rehabilitador, además, efectúa una valoración personalizada de la capacidad física/sistema musculoesquelético del paciente, para pautar ejercicio de la fuerza, etc. El paciente completa además de media 2 meses de "ejercicio físico personalizado" en colaboración entre cardiología y rehabilitación, supervisado en el gimnasio de la unidad, donde es también controlado por una enfermera y una fisioterapeuta.

"Durante el programa, cuenta el Dr. Alarcón, en nuestra URC todos los pacientes son valorados por un psicólogo clínico (cognitivo-conductual) dada la gran incidencia de ansiedad y depresión en estos pacientes (hasta un 40%), junto con terapias de afrontamiento de estrés y valoración del patrón de personalidad".

A lo largo del programa, y previo al alta, se solicitan las pruebas cardiológicas que sean necesarias y se reajustan

tratamientos, y finalmente se remite a control posterior por el cardiólogo de área y médico de Atención Primaria. "No obstante, en nuestro programa también se realiza una revisión final al año del evento, que se ha visto imprescindible para reforzar y mejorar la adherencia a unas costumbres cardiosaludables: ejercicio, dieta, toma de tratamiento, mantenimiento de abandono de tabaco, etc. A pesar de los incuestionables efectos beneficiosos de estos programas, un problema histórico de los mismos es la remisión de los pacientes a dichas Unidades. Se han estudiado múltiples factores, pero el que parece más determinante en los estudios -y así constatamos también en nuestro medio- es la falta en la derivación por parte del médico responsable del paciente".

Las razones del reconocimiento a las Buenas Prácticas

A nivel estatal, la Rehabilitación Cardíaca se ha introducido, en general, muchos años más tarde respecto a los países de nuestro entorno y por lo tanto, muchos de nuestros médicos no se han formado en ella, lo que redunda en un déficit de derivación de pacientes. "Nuestra Unidad, señala el Dr. Alarcón, es la primera que empezó a funcionar en el ámbito de Osakidetza en el 2008, y actualmente es una de las Unidades con más volumen de pacientes a nivel nacional". Actualmente, está habiendo un auge en la creación de nuevas unidades, superando ya los 100 centros a nivel estatal, pero se sigue tratando en estos programas a nivel nacional sólo al 7%

El área de respiratorio, Top 20 por cuarta vez consecutiva

de los pacientes elegibles (según datos de la Sociedad Española de Cardiología del 2014), cuando a nivel europeo la media es del 51% en dicho año. "Nosotros -indica el responsable del Servicio de Rehabilitación Cardíaca-, sensibles con dicho problema, desde hace 2 años, modificamos completamente la manera de reclutar pacientes y pasamos de un reclutamiento "pasivo" -que es la manera habitual de derivar pacientes en general a dichas unidades, remitidos desde el médico de referencia- a uno "activo", siendo ahora desde la Unidad desde donde reclutamos los pacientes: el cardiólogo coordinador de la Unidad revisa diariamente las altas hospitalarias, gracias al sistema informático y a la colaboración de la planta de cardiología-enfermería, y rescata todos los pacientes candidatos al programa". Con ello, se ha pasado de una derivación del 30% al 75% de los pacientes candidatos. El 25% restante no se recluta por no ser candidatos al mismo. Este esfuerzo diario es lo que ha supuesto que se haya otorgado al servicio el diploma en Buenas Prácticas a nivel nacional en el ámbito de la cardiología-cardiopatía isquémica, uno de los 5 programas premiados en dicho ámbito. Estos datos han permitido además al equipo publicar un artículo original titulado "Predictors of enrollment in Cardiac Rehabilitation Programs in Spain" en la revista americana de Rehabilitación Cardiopulmonar (Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention), una de las más prestigiosas a nivel mundial en el ámbito de la Rehabilitación Cardíaca.



Por cuarta vez consecutiva, el área de respiratorio de nuestro hospital –que incluye a Neumología y Cirugía Torácica– ha conseguido el premio "Hospitales Top 20", un programa de evaluación de hospitales basado en indicadores objetivos que ofrece información para la mejora de resultados, que identifica los patrones de buena práctica (benchmarks) y reconoce la labor de calidad y asistencial de aquellos centros que han obtenido mejores resultados en el proceso de evaluación. En total, han participado 155 centros, procedentes de 15 comunidades autónomas. Tras una exigente selección, tan sólo 76 de los hospitales presentados han llegado a la final en las diferentes categorías. El premio es un reconocimiento al trabajo bien hecho. Para recibir el premio hay que someterse a una auditoría por una empresa IASIST, ajena al hospital y a Osakidetza, que evalúa criterios de Calidad como EPOC, neumonías, complicaciones postoperatorias del carcinoma pulmonar, mortalidad postoperatoria, complicaciones, tiempo de estancia media y número de reingresos en los 30 primeros días después de la cirugía. Según destaca el Dr. José Miguel Izquierdo, Jefe del Servicio de Cirugía Torácica, "Nosotros, además, en los pacientes que operamos de resecciones pulmonares mayores por cáncer de pulmón tenemos una mortalidad bajísima y es uno de los éxitos del Servicio de Cirugía Torácica. Los buenos resultados quirúrgicos no de-

penden solo de los cirujanos torácicos sino que se trata de un trabajo multidisciplinar en el que intervienen anestesistas, cuidados postoperatorios en reanimación y también el propio personal de la planta de hospitalización. Los resultados es un reconocimiento al trabajo colectivo de muchos profesionales". "Ahora -añade- hay que seguir mejorando cada día y si en un momento alguien lo hace mejor, le concederán el Top 20 y nosotros continuaremos esforzándonos en mejorar, que es nuestra obligación. Compiten cerca de 175 hospitales de todo el país y están los más prestigiosos. Es una comparación entre los mejores hospitales y eso ya es importante para nosotros. Es una referencia para conocer dónde estamos". Este año se ha implementado la cirugía vídeo-asistida y como explica el Dr. Izquierdo, "Estamos operando en estos momentos a más de la mitad de los enfermos sin abrir el tórax y también estamos implantando, junto con Anestesia y Reanimación, lo que se denomina el "fast track", con la intención de disminuir aun más si cabe, la estancia postoperatoria de nuestros pacientes".

El responsable del Servicio de Cirugía Torácica, quiere también dejar claro que "no puedo olvidarme de los profesionales que nos han precedido, que nos han enseñado, y de todos los que están participando ahora con nosotros en estas mejoras que he comentado. Se trata de un trabajo en equipo".



Enric Carreras, Director Médico de la Fundación Internacional J. Carreras

“El hematólogo no es una persona rara, pero nuestros pacientes son muy especiales y pedimos para ellos lo que necesitan”

J. Carreras Nazioarteko Fundazioiko zuzendari medikoak, Enric Carrerasesk, gure ospitalea bisitatzen zuen hezurmui-transplanteen eta zilborresteko odol-transplanteen ikastaroa ixteko, hitzaldi bat eginda epe erdirako eta luzerako mota horretako transplanteen iraupenaz.

Enric Carreras, fue el invitado para clausurar el curso de trasplantes hematopoyéticos (médula ósea y sangre de cordón umbilical) para enfermería que durante 4 meses se ha desarrollado en nuestro hospital. Instantes antes de comenzar su conferencia sobre “Trasplante hematopoyético: evolución de la supervivencia a medio y largo plazo”, hablamos con él en el salón de actos del Hospital para hablar sobre la jornada.

¿Cuál es la supervivencia a medio y largo plazo de las personas sometidas a un trasplante hematopoyético?

Para contestar bien a esta pregunta tenemos que distinguir mucho la situación del paciente y la enfermedad de base, ya que puede oscilar desde enfermedades como son la aplasia medular o la anemia de Fanconi, que hasta el 90% o 95% de los pacientes que se someten a un trasplante se curan a porcentajes muy inferiores, que pueden llegar a ser del 15% y 20% cuando un paciente con una enfermedad resistente se somete a un trasplante. Ahí, las posibilidades son muy pequeñas. Pero si quiere una cifra promedio, yo siempre digo, para que la gente se haga una idea general, que excepto en algunas situaciones especiales que son más favorables en las hemopatías malignas, aproximadamente curamos entre el 50% y el 60% de los pacientes con el trasplante.

Trasplantes en el hospital

¿Cómo valora la importancia de estos cursos en la formación de los profesionales?

Esto es fundamental, cuando el Doctor Vallejo me invitó dije que sí porque somos buenos amigos desde hace años, y siempre le diría que sí, pero además me envió el programa del curso y lo primero que le dije fue que era fantástico. Cursos así no existen normalmente en los hospitales y los cursos de forma-

ción continuada para enfermería son importantes, pues son un estímulo para enfermería y además aprenden, por lo tanto, son fundamentales.

Como ya sabe, nuestro centro es referencia en el País Vasco en este tipo de actividad. ¿Conoce su trabajo?

Lo conozco perfectamente. Tenéis que tener en cuenta que cada día hay más trasplantes de donante no emparentado, es decir, no familiar, entonces la actividad de trasplante familiar vuestra la conozco al cabo del año cuando sale en informe anual de la Organización Nacional de Trasplantes, pero además los conozco en el día a día porque provienen de “REDMO”, desde nuestros registros donde salen los donantes que vais a utilizar para hacer los trasplantes de donante no emparentado. Por lo tanto, es una actividad que conozco día a día.

“En el futuro, el trasplante desaparecerá”

En muchos campos de la medicina hay grandes avances. ¿Y en este terreno?

Hemos avanzado, hemos avanzado mucho, pero no tanto como nos gustaría a los que trabajamos en ello. En el mundo del trasplante tenemos un hándicap, sabemos que el futuro no es el trasplante. Sabemos que tiene que llegar el día que el trasplante desaparezca porque las enfermedades de la sangre, los cánceres de la sangre, se curan arreglando el problema molecular que ha originado la enfermedad, pero entre tanto no tenemos nada más e intentamos mejorar lo que podemos. Hemos mejorado sí, pero ha habido avances en otros campos de la hematología que son mucho más espectaculares, por ejemplo la enfermedad que más se transplantaba antes, porque no tenía ninguna curación, era la leucemia mieloide crónica. Hoy se trata con una pastillita al día y está la enfermedad controlada durante decenas de años y no necesita el trasplante. Esto sí que es un avance considerable. En el trasplante hemos mejorado la técnica pero aún nos faltan muchas cosas.

Donantes y evolución de los pacientes

¿Cuál es la respuesta en la donación de médula ósea?

Si se refiere a la respuesta de la persona que está ya registrada como donante y le contactas para que se haga donante efectivo, se le llama y se le dice que hay un paciente que se parece a él, a ver si está dispuesto a donar, en nuestro país es excelente. Es excepcional que un donante español llegue el momento de la donación y se eche atrás. Yo he vivido dos en mi vida. Uno hace unos años y otro hace poco tiempo, que se vio claramente que aquel señor, cuando se había registrado, no se lo había pensado con calma y cuando conoció la realidad del todo se asustó y se echó atrás. Bueno, tiene derecho a hacerlo.

¿Cómo de alto o de bajo puede ser este fallo del donante en otros países?

En otros países, el fallo del donante puede ser altísimo. En Estados Unidos, más del 50% de los donantes que se contactan, al final no donan. Las principales razones son: primero, la movilidad territorial en Estados Unidos, quienes quizás estaban en Wisconsin, ahora están en Alabama y no se localizan por que no han notificado el cambio. Y segundo, y este sirve también para Alemania y lo estamos viendo cada vez más, es la información que ha recibido el donante. Tú no puedes hacerte donante mediante la información que hayas recibido en una fiesta o en un campo de fútbol con 2.500 asistentes allí pasándose un papelito y todo el mundo cogiendo muestras. Tienes que sentarte individualmente con el donante, como hacéis aquí en la coordinación vuestra, preguntarle si lo ha entendido todo, si ha entendido los problemas, si tiene dudas, si tiene preguntas pendientes, y si es así, que las haga. Si lo haces así, raramente te falla un donante.

¿Los pacientes sometidos a este tipo de trasplante evolucionan bien?

Evolucionan bien, pero no deja de ser muy duro. Algunos de ellos fallecerán porque reaparece la enfermedad o por complicaciones del procedimiento. La mayoría de pacientes que van mal, van mal porque no eres capaz de controlar

Josep Carreras Institutua

“El nivel de actividad de vuestro hospital es brutal, muy importante”

la enfermedad con el trasplante y reaparece, pero también hay complicaciones inherentes. Ahora bien, no se tiene que olvidar que un paciente curado sin problemas va a estar viviendo, si todo va bien, la misma esperanza de vida prácticamente que tenía antes y el trasplante comporta una serie de secuelas a largo plazo que deben vigilarse muy bien, controlarse muy bien, prevenirse y tratarse inmediatamente en el caso de que aparezcan. El momento del trasplante en el que el paciente se va con el alta, para todo el mundo es el momento más bonito, pero a esa persona hay que vigilarle toda la vida porque puede tener problemas.

¿Qué nos puede decir de los trasplantes no emparentados provenientes del extranjero?

Durante muchos años han sido nuestra fuente de vida, porque es cierto que en España ha habido pocos donantes. Teníamos muchos cordones umbilicales, nos autoabastecíamos de cordones umbilicales, pero por desgracia donantes teníamos pocos, y entonces teníamos que vivir de los 3 millones de donantes de Alemania o los 5 millones de donantes en Estados Unidos. Ahora, gracias al Plan Nacional de Donación de Médula Ósea y al esfuerzo económico que se ha hecho, hemos llegado en pocos años a 175.000 donantes y cada vez hay más donaciones de españoles para españoles. Esto favorece mucho el sistema, más ágil, mucho más rápido, mucho más sencillo y poco a poco esperamos poder ir autoabasteciéndonos. De todas formas, siempre dependeremos de los 25 millones de donantes de todo el mundo porque es una fuente de donantes que está ahí y seguro que no siempre los encontraremos entre nosotros.

¿A qué nivel considera usted que estamos actualmente en la Comunidad Autónoma Vasca en cuanto a tratamiento de leucemias y otras hematopatías malignas?

No lo conozco a fondo, conozco más o menos este centro y conozco el Hos-

pital de Cruces por buena relación con los compañeros hematólogos de allí y el nivel hematológico no te lo sé decir, pero el nivel de actividad, sí. El nivel de actividad de este centro es brutal, muy importante. Es un centro que está dando cobertura a los 2 millones y medio de habitantes, lo cual supone un futuro prometedor porque el número de trasplantes que estáis haciendo vosotros ya está más o menos en las cifras medias de Europa. Si son aproximadamente 15 no emparentados por millón de habitantes en el momento álgido nos podría tocar 45 no emparentados, por lo tanto, en dos o tres años estaréis en la media europea y por encima de la española.

¿Qué considera importante en relación a los hematólogos y al especial cuidado de sus pacientes?

Creo que son importantes varias cosas dentro del mundo del trasplante y lo que le diría al resto de compañeros es que el hematólogo no es una persona rara, pero nuestros pacientes son muy especiales y entonces nosotros pedimos para nuestros pacientes lo que necesitan. Si, por ejemplo, el Doctor Vallejo quiere que sus pacientes no pasen por Urgencias, al médico de Urgencias le va a sentar mal y le va a decir que él ya sabe tratar a un paciente con fiebre, pero no es cuestión de que no sepa, es que el paciente de un hematólogo es distinto y eso la gente a veces no lo acaba de entender. El resto de trabajadores del hospital tienen que entender que este paciente tiene unas características que hace que los médicos hematólogos tengamos diferentes características y a veces pidamos cosas que parezcan raras.



Carreras fundazioko zuzendaria gure artean egon dela aprobetxatu dugu berarekin hitz egiteko munduko leuzemiarren ikerketan erreferente bat den entitate horri buruz. Krisiak ere min egin dio erakundeari, haien lana jarraitzeko behar dituzten baliabideen gainean. Enric Carrerasek zera adierazi du: “Ondo doakigu, oro har, baina ondo doakigu Carreras familia atzean dagoelako. Carreras familia sortu zuen leuzemiarren aurkako ikerketa-institutua, zalantzarak gabe, Europako garrantzitsuena da, eta munduko garrantzitsuenetako bat; institutuak bi edo hiru egoitza izango ditu eboluzioaren arabera, eta egitura eta azpiegitura Carreras familiaik ipintzen ditu”. Orain arte 16 milioi euro inbertitu dira, baina “Carreras familiaik ez zuen bigarren parte bat bere gain hartu nahi izan, hots, langileena: institutuko langileak bi finantzazio iturri dituzte: Generalitatearen laguntzak eta ikerketa fondo publikoak”, adierazi digu erakundeko zuzendariak.

Berak baieztatu digunaren arabera, ikerketa proiektuak ondo doaz, “ikerketa proiektu batzuk ditugu martxan hiru egoitzetan eta oso ondo doaz, ikertzaileak ez dira huts egiten ari. Europar Batasuneko sari garrantzitsuak lortu dituzten ikertzaileak ditugu (batek bi milioi eta erdi jaso ditu ikerketatarako duela gutxi). Huts egiten ari dena diru publikoa da, Generalitateak eman behar zuena. Dirik gabegabe dagoenez, ordaintketa epeak zaitasunez betetzen ari dira”. Hortxe dituzte arazo handienak, azpiegitura, aparatuak, langile autonomoak haien bekekin ondo auto mantentzen direnak, baina ez dago oreaktua oraindik Generalitatearen ekarpenea. Etorkizunean konponduko dela espero dute.

Etorkizunari dagokionez, ondo ikusten dute. Carreras-ek uste du etorkizunean transplantea desagertuko dela. “Gutako inor ez da hemen egongo, denbora asko falta delako oraindik. Hematologiak gaixotasun neoplásikoak sendatu behar ditu gaixotasun horiek sortzen duten arazo molekularra konponduz, eta ez transplante bat egiten. Baina hori iritsi arte, ez daukagu beste erremediorik, transplantea egitea baino”. Transplantea eboluzionatzen ari da, eta gutxiago toxikoa bihurtzen ari da. Eta hori da transplantatzaileak saiatzen ari garena transplantea sortu zenetik duela 60 urte.



El trastorno específico del lenguaje (TEL)

Hace año y medio que se decidió crear la Asociación TEL -trastorno específico del lenguaje- en Euskadi con el objetivo de mejorar la calidad de vida y atención de las personas que sufren este trastorno y para ello realiza numerosas actividades de difusión, sensibilización, formación y talleres con el fin de mejorarlo. Hoy en día, más de 40 familias se encuentran inscritas en esta asociación. El trastorno específico del lenguaje (TEL) es una alteración significativa en la adquisición y desarrollo del lenguaje en unas condiciones sociales idóneas y que no está determinada por ningún problema físico, neurológico, intelectual ni sensorial. Esta alteración aparece en edades tempranas prolongándose incluso hasta la edad adulta. Aun así, los afectados pueden experimentar mejoras y variaciones producidas o no por la ayuda de especialistas. Esta disfunción puede traer consecuencias negativas a nivel académico, social- al reducirse la interacción del afectado

con su entorno- y psicológico, ya que muchos niños que tienen este trastorno son blanco fácil de acoso escolar, provocando incluso trastornos depresivos y de ansiedad en los adolescentes. "Todo ello, unido a las dificultades en la comunicación, puede repercutir negativamente en la vida familiar", según nos ha comentado, Carmen Sierra, médico de familia. El 40% de adolescentes con el trastorno específico del lenguaje sufren de trastornos psicológicos, cifra muy superior a los niños de esa misma edad sin ninguna dificultad. El problema, señala la Dra. Sierra, "es lo suficientemente grave para que no se adopte una actitud simplemente expectante. La actitud que debe seguir al hallazgo en las aulas, en guarderías o en consultas pediátricas de un niño con inicio tardío en la adquisición del lenguaje debe ser activa y no debe demorarse más allá de 2 o 3 meses, al cabo de los cuales, debería volverse a valorar al niño, y si no se constata una

mejoría superior a la debida al tiempo transcurrido, se debería comenzar con una intervención temprana e intensiva, que bajo la supervisión de un especialista del lenguaje, léase logopeda, psicólogo del lenguaje e incluso médico fonoaudiólogo, debería ser llevada a cabo por los padres".

Esta intervención temprana, intensiva y duradera, reporta beneficios, posiblemente, tanto en la incidencia del T.E.L., y en la severidad con la que se instaura, como en la disminución de las dificultades lingüísticas superiores antes señaladas de los niños que posteriormente muestran un desarrollo de lenguaje dentro del rango medio. Como la intervención es realizada por los padres, es un tratamiento que resulta no sólo barato sino también fortalecedor y favorecedor de las relaciones entre padres e hijos.

Para más información, síguenos en nuestra web <http://tel-euskadi.blogspot.com.es/>, Facebook y Twiter.

Algoritmo para el diagnóstico de sobrecarga férrica

El diagnóstico de las alteraciones del metabolismo del hierro ha cambiado de manera radical en el último cuarto del siglo XX gracias al descubrimiento en 1976 de la relación directa de la Hemocromatosis Hereditaria con el gen HFE (Mutación C282Y en homocigosis principalmente). Sin embargo, con los estudios analíticos y genéticos no están resueltos los problemas diagnósticos. En la práctica clínica se ha generado un sobrediagnóstico erróneo de sobrecarga férrica, con consultas médicas innecesarias e injustificada preocupación pacientes y familias.

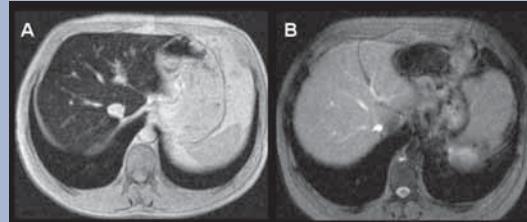
En este sentido, un avance tecnológico importante del siglo XX ha sido hacer de la Resonancia Magnética una herramienta precisa para la cuantificación de la concentración de hierro en el hígado y permitir así un diagnóstico certero de sobrecarga férrica real. En Gipuzkoa, de manera coordinada entre ambulatorios y hospitales se ha realizado un largo trabajo desde 1999 que ha hecho

que seamos líderes en la aplicación de la RM con este fin. En 2001 se validó un método de RM para determinar la concentración de hierro en hígado. Entre 2007 y 2015, de manera coordinada entre servicios de Gastroenterología, Hematología, Epidemiología clínica y Osatek de Donostia, Mendaro, Irun, Mondragón y Galdakao y Bilbao han diseñado y validado un algoritmo diagnóstico para determinar la sobrecarga férrica hepática de alto grado (hemocromatosis fenotípica) mediante la determinación de la ferritina sérica, el índice de saturación de transferrina y las mutaciones HFE utilizando la RM como gold standard.

El algoritmo (ferritina o índice de Saturación de transferrina normales) permite descartar alta sobrecarga en casi el 73% de los pacientes sin necesidad RM ni de estudio genético. La RM estaría indicada en aquellos pacientes con ferritina o Índice de Saturación de transferrina elevados, pero sin la mutación

C282Y en homocigosis. Menos de un tercio (27%) de los pacientes remitidos por trastornos del metabolismo férrico, requerirían de la RM para su manejo clínico.

Ahora es el momento de hacer llegar las conclusiones a la medicina primaria y contribuir al manejo racional de estos enfermos de forma que el médico de familia pueda diferenciar el paciente con riesgo real de sobrecarga férrica y que por tanto debe seguir siendo estudiado del paciente con alteración analítica del metabolismo de hierro en sangre pero sin sobrecarga férrica real y que por tanto no necesita más pruebas ni consultas de especialista.



Presentación del libro y la web "Nola probatzen diren tratamenduak"

El pasado 3 de diciembre se presentó en el salón de actos la web y el libro "Nola probatzen diren tratamenduak", versión en euskera de la obra original "Testing Treatments: Better Research for Better Healthcare", escrito por los médicos británicos Imogen Evans, Hazel Thornton, Iain Chalmers y Paul Glasziou. El proyecto, coordinado y liderado por Eukene Ansuategi, Marimar Úbeda (Biblioteca) y Jose Emparanza (Epidemiología Clínica), recibió el premio Joanes Etxeberri 2014.

La presentación se realizó en el marco de la jornada del día del euskera organizada en nuestro hospital. La Directora Médica de la OSI Donostialdea,

Idoia Gurrutxaga, y el Dr. Zubia, explicaron algunas de las características de la obra, indicando que se trata de una reflexión crítica sobre los tratamientos.

Por su parte, Amanda Burles, responsable de la web que mantiene actualizada la información sobre tratamientos y otros aspectos de la medicina, pronunció una conferencia, explicando los objetivos y la metodología de la obra.

El libro ha sido traducido ya a trece idiomas. La versión en euskera publicada por la OSI Donostialdea ha sido traducida por Elhuyar Fundazioa y ha contado con la colaboración en el diseño de la Unidad de Comunicación.



Europar Batasunak Euskadi hautatu zuen osasun arloko espezializazio adimendunaren estrategia aurkezteko

Europar Batasunak Euskadi, zehazki Osasun Saila, hautatu zuen osasun arloko espezializazio adimendunaren estrategia aurkezteko. Gonbidapenari erantzunez, Euskadiko Osasun Sailak Espezializazio Adimendunaren Euskal Estrategiak (RIS3) egin dituen aurrerapenak aurkeztu zituen Eskualdeen eta Hirien Europako Astean. Hala, osasunari eta zahartzeari buruzko saioan parte hartu zuen gobernu bakarra izan zen. Aurten, urriaren 12tik 15era egin zen Europako Astea Bruselan, eta eskualdeek inbertsiorako eta hazkunderako kide gisa duten garantzia agertu nahi

izan zen bertan. Astearen antolatzaleak, hots, Europako Batzordeko REGIO Zuzendaritza Nagusia eta Eskualdeetako Lantialdea oso interesatuta zeuden Espezializazio Adimendunaren Estrategia (RIS3) osasunean ezartzerakoan egin-dako aurrerapenak agertzeko. Eusko Jaurlaritzako Osasun Saileko Ikerketa eta Berrikuntza Sanitarioko zuzendari Maria Agirrek beste eskualde batzuetan aplikatu ahal izango diren edo beste eskualde batzuek inspirazio-iturritzat har ditzaketen politika eta jarduera nagusiak aurkeztu zituen Bruselan.



Da Vinci robotez 1.000 operazio ospitalean

Abenduaren bigarren hamabostaldiaren hasieran burutu da Urologiako Zerbitzuaren 1000. operazioa Da Vinci robotarekin. 2009an hasitako operazio-sailaren barruan honako hauek izan dira, bestekarik beste, azpimarragarrienak: erabateko prostatektomia, nefrectomia partziala, zistektomia erradikala eta pieloplastia. Estatu mailan, gure zentroa da prozedura robotiko gehien egiten denetako bat, kirurgia robotikoak guztiz aldatu duelarik espezialitate horretako teknika kirurgikoa. Onura nagusiak izan dira emaitza funtzional hobeak lortzea eta pazienteak azkarra-go eta hobeto oneratzea.

"Paziente Aktibo" programaren begiraleei omenaldia

Duela bost urte Osakidetzak "Paziente Aktibo" programa martxan jarri zuen. Harrezkero 290 ikastaro antolatu dira eta 3.362 pertsonak prestakuntza jaso dute gaixotasun kronikoak dituzten beste paziente batzuen begiraleak izateko. Osakidetzak omenaldia egin zien jardunaldi batean Donostia Unibertsitate Ospitaleko ekitaldi-aretoan. Jardunaldi horrek balio izango du proiektua bultzatzeko.

Estibaliz Gamboak, "Paziente Aktibo" programaren arduradunak, zioenez: "Programaren helburua da patologia kronikoa duten pertsonai erakustea proaktiboak izaten. Iza ere, medikua kontsultan dago eta jarrai-bideak adierazten ditu, baina pazienteak berak kontrolpean hartu behar du gaixotasa". Beraz, patologia kronikoa dituzten pazienteentzako mezua da ardua hori barneratzea neurri batean.

Jaioberrien Unitatea guztiz berriztatua zainketa bereziak behar dituzten haurtxoei arreta hobea emateko

La Unidad de neonatos atiende aproximadamente a 650 bebés cada año, ya que además de los nacidos con problemas en nuestro propio centro, unos 4.500, el servicio es también referencia para toda Gipuzkoa, tanto de centros públicos como privados. Hace algo más de un año, esta unidad se reestructuró para que los bebés y sus padres estén en las mejores condiciones.

Un total de 8 médicos, 35 enfermeras y 22 auxiliares de enfermería, celadores y mantenimiento, forman el equipo que se ocupa de atender a los prematuros y otros bebés que requieren cuidados especiales. La unidad está dividida en dos zonas: la de cuidados intensivos cuenta con 12 boxes y la de cuidados medios con 28 incubadoras.

Merezimendu Hiritarraren Garaikurra jaso zuen Jaioberrien Unitateak duela dagoeneko bi urte, hogaia bosgarren urtea bete zuenean. Donostialdi Udalak ematen duen saria San Sebastian egunaren bezperan jaso zuenean ordudo unitateko arduradun Juncal Echeverriak hura eskertu eta adierazi zuen neonatologiako taldearen lanak instalazio berriak eskatzen zituela Donostia Ospitalean. Eskaria ez zen erantzun gabe gelditu eta dagoeneko 2014ko azaroaren 12an hasita zeuden instalazio berriztatuen lanak. Helburua zera zen: bai haurtxoak bai gurasoek arreta onena izatea, gunearen aprobetaxamendua optimizatuz eta ZIUan zeudenenean eta hain egoera larrian ez zeudenenean zonaldeak banatzel.

Miguel Ángel Cortajarena doktoreak duela gutxi egunkari batean esandakoa dakargu hona: "berriztatze-lanak iraun bitartean behin-behineko kokapen batetan egon gara, aldaketa konplexua izan zen, baina profesional guztien implikazioari esker goiz batean burutu genuen".

Sei hilabetez, berriztatze-lanak egiten ari ziren bitartean, neonatologiako taldea Ama-haurren eraikineko bigarren solairuan egon da. Gero, duela jadanik

urtebetetan, beren betiko tokira itzuli ziren; tokia goitik behera aldatua ikusteko, baina.

Urtero 650 ospitaleratze inguru artatzen dira gure ospitaleko Neonatologian, Gipuzkoa osoan jaiotzen diren haurren ehuneko hamar inguru egoten dira bertan. Unitatea erreferentea da gure lurralde historikoan, bai zentro publico bai pribatuei dagokienez. Bertako 650 ospitaleratzeetatik 150 inguru zainketa bereziak behar dituzte.

Haurtxo goiztiarren eta zainketa ertainen zona

Neonatologiako unitatean bi haurtxo mota egoten dira ospitaleratuta: 37. astea baino lehen jaiotzen diren haurtxo goiztiarrak, zeinak gestazio-adinaren, heldutasunaren eta pisuaren arabera zenbait osasun-arazo izan ditzaketen. Baino, 40 asterekin jaiotako haurtxoak ere artatu daitezke bertan, askotan gestazio-adinerako txikiak direnak, eta, hainbestean, osasun-arazoren baten-gatik zainketa batzuk behar dituztenak haien egoera orokorrak hobera egin dezan.

Unitateko instalazio berrietan espazioak hobeto banatuta daude eta argitasuna zainduta dago, zarata-maila gutxiagotua egoteaz gain.

Antolaketa ere aldatu da. Cortajarena doktoreak dioenez: "bi zonalde desberdin egituratu ditugu, haurtxoek behar duten arretan oinarrituta. Neonatologiako Zainketa Intentsiboen Unitatea eta Neonatologiako Zainketa Ertainen Unitatea guztiz diferentziaturik azaltzen dira egitura berritan. Orain guztiz independenteak dira".

Beraien larritasunagatik behar dutenak NZIUan ingresatzen dituzte, eta hamabi box dituzte horretarako. Orain haurtxo horien gurasoek intimitate gehiago dute eta jesarleku bat haientzat, asko eskertzen dena igarotzen ari diren seme-alaben bizi-hasiera estresagarri zein itxaropentsuan.

Goiztiartasuna gainditzen duen hauskopurua urtetik urtera handigoa den arren, funtsezko eragilea tasa horretan

goiztiartasun-gradua da. Cortajarena doktorea zuhurra eta gai honetan orokortasunez aritza ez zaio atsegin, egunkarian esandakoa jasoz zera da eman daitekeen datu bat: 26. astetik aurrera haurtxo goiztiarrak bizitzeko aukera asko dituela, % 80 inguru aterratzen baita aurrera. Beste gai bat da gelditu daitezkeen ondorioena, zeinak izan daitezkeen arnasketa-arazoak, zirkulazio-koak, nefrologikoak, digestio-aparatukoak edo neurologikoak, luzatu daitezkeenak haurtzaro osoan zein bizi guztian zehar.

Neonatologiako beste gunean, zainketa ertainekoan, 28 inkubagailu daude eta bertan intentsiboetan dauden haurtxoen besteko zainketarik behar izan ez arren, arreta profesionala behar duten haurtxoak daude.

Jaioberrien unitatea

Zortzi medikuz, 35 erizainez eta 22 laguntzaile, zeladore eta mantenitzeko langilez osatua.

Zainketa intentsiboetan 12 box daude eta zainketa ertainetan 28 inkubagailu.



Aumentan los casos de prematuridad



Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prematuridad es la segunda causa principal de muerte en niños menores de 5 años y cada año nacen 15 millones de bebés antes de tiempo en el mundo, dato que implica que uno de cada diez bebés es prematuro. Solo en Europa, medio millón de bebés nacen de forma anticipada, de los que 28.000 corresponden a España, constatando un aumento del 36 por ciento desde 1996.

Según la Sociedad Española de Neonatología, el número de prematuros se ha incrementado un 13% desde el año 2001. Es un fenómeno que preocupa en todos los países desarrollados y que tiene mucho que ver con el retraso en la edad de la maternidad y el incremento de los partos múltiples a consecuencia de los tratamientos de fertilidad. En 2010, la Fundación europea para el cuidado de los bebés prematuros presentó un informe en el Parlamento Europeo en el que se invitaba a los países miembro a hacer una «reflexión vital» sobre la manera en la que se hacen previsiones para estos recién nacidos. En el informe alertaban del problema que supone la prematuridad tanto para la salud de los bebés, como la carga para sus familias y el coste para los sistemas sanitarios.

España se sitúa entre los países con mayor tasa de nacimientos prematuros, uno de cada 13, de acuerdo al informe Euro-Perisat sobre la situación de los niños nacidos prematuros en Europa. Las causas de los partos prematuros no son concretas, pero en nuestro país la

base del aumento está en el retraso en la edad de la maternidad, el estrés, el uso de métodos de fecundación asistida o los embarazos múltiples. Ramona Pozuelo, presidenta de la Asociación de Padres de Niños Prematuros (APREM), recomienda que “ya que los factores que lo causan son difíciles de controlar, lo mejor que se puede hacer es controlar más el embarazo”. Además, añade que “si hay antecedentes de partos prematuros, es un embarazo múltiple o la embarazada tiene una edad avanzada, se debe tratar como si fuese de riesgo para evitar el parto prematuro”. La mayoría de bebés nacidos de forma prematura sufren complicaciones. “La mejor palabra para definir a los bebés prematuros es inmaduros. Sus sistemas principales no se han terminado de desarrollar, y terminan de hacerlo en un ambiente que no es el suyo natural. Por esto tienen mayor riesgo de desarrollar problemas de salud que aquellos que nacen a término. Además, el 75 por ciento de los reingresos corresponden a niños prematuros por este motivo, que son más vulnerables”, explica Ramona Pozuelo.

El grado de prematuridad repercute en un mayor riesgo de complicaciones graves como parálisis cerebral, déficits sensoriales, enfermedades crónicas o de padecer infecciones respiratorias agudas, especialmente bronquiolitis. “Afortunadamente las secuelas graves se han reducido gracias a los avances en medicina, pero las secuelas menores se siguen dando, incluso en mayor medida”, puntualiza Pozuelo.



Osakidetza mide el estrés del personal

Osakidetza ha encargado la realización de un primer Plan de Evaluación de Riesgos psicosociales, concebido como una herramienta para identificar, evaluar y corregir factores de riesgo físico y mental de los trabajadores basándose en un modelo avalado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, el denominado FPSICO3.1.

En una primera fase, la evaluación se está llevando a cabo en la OSI Barrualde-Galdakao, una de las más grandes de Osakidetza, conformada por 75 centros de Atención Primaria y el Hospital de Galdakao, y con responsabilidad en un área de más de 300.000 personas.

En total, se consultará a una plantilla que supera las 3.000 personas para conocer su opinión sobre aspectos como el diseño de su puesto de trabajo, la organización del mismo, la dirección y el entorno y condiciones en el que debe ejercerlo. Entre los riesgos psicosociales que se aspiran a detectar con este tipo de informes figuran el estrés laboral, el burnout o síndrome desgaste profesional, el mobbing o acoso laboral, además del acoso sexual y la violencia física. Con la suma de todas las opiniones posteriormente se deberá elaborar un plan de mejora para corregir las deficiencias detectadas y mejorar las condiciones de trabajo.

Eskoziak eta Euskadik osasun eta arreta soziosanitarioko politiketan elkar ulertzeko eta lankidetzan aritzeko memoranduma sinatu zuten

Enplegu eta Gizarte Politiketako sailburu Ángel Toña eta Osasuneko sailburu Jon Darpón buru izan ziren Eusko Jaurlaritzaren ordezkari taldea Edinburgora joan zen, gero eta zaharragoak diren biztanleei osasun- eta gizarte-laguntza emateko eredu berriak bilatzeko bi gobernuok duten interesa jasotzen duen hitzarmena sinatzeko.

Euskadiko eta Eskoziako gobernuen arteko elkar ulertzeko memoranduma sinatu zuten Edinburgo dagoen Eskoziako Parlamentuan, osasunaren eta arreta soziosanitarioaren arloko lankidetza, elkarlana eta ezagutza-trukea sustatzeko bi herrialdeen artean.

Enplegu eta Gizarte Politiketako sailburu Ángel Toña y Osasuneko sailburu Jon Darpón, batetik, eta Eskoziako Osasun, Ongizate eta Kiroleko ministro Shona Robinsonek, bestetik, politika soziosanitarioetako esperientziak trukatzeko bi gobernuok izan duten elkarlan estua sendotu dute memoranduma sinatuz.

Bularreko minbiziaren detekzio goiztiarra

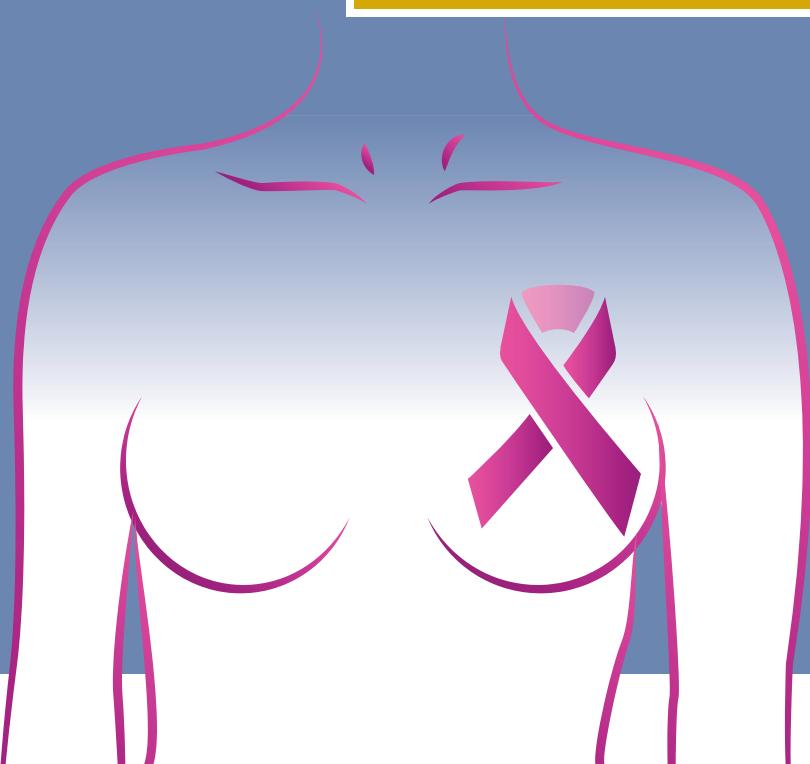
Bularreko minbiziaren detekzio goiztiarraren Osakidetzako programak 20 urte bete ditu, eta, denbora horretan, 7.369 tumore detektatu dira fase goiztiarrean, programa honi esker.

1995eko azaroan hasi zenetik, baheketari esker bularreko 7.369 minbizi detektatu dira, kasu horietako gehienak fase goiztiarrean, gainera. Estrategia honekin eta beste alderdi batzuekin (programan sartutako baliabide asistentzialak eta aurrerapenak, tratamendu eraginkorragoak, eskaintzen den diziiplina anitzeko arreta eta arreta pertsonalizatua) zera lortu da: Euskadiko pazienteen bizi-itxaropena luzatzea, eraginkorragoak diren zein hain inbaditzaileak ez diren tratamenduak, eta bizi-kalitate handiagoa.

Gaur egun, azken datuen arabera, bularreko tratamendu kirurgiko kontserbatzaile bat jaso dutenen biziraupen-tasa % 80,7koa da.

Hogeitze urte hauetan, Osakidetzako Bularreko Minbiziaren Detekzio Goiztiarraren Programaren bidez (% 80tik gorako partaidetza izan du) 2 milioi hitzordu baino gehiago eman dira eta, guztira, 1,6 milioi mamografia egin dira.

Urriaren 19an Minbiziaren mundu eguna izan zenez, bularreko minbizi eragindako emakumeen Katxalin elkarreak antolatutako prentsurrekoan parte hartu zuen Osasuneko sailburu Jon Darpón. Prentsurreko horretan, minbiziak jotako emakumeen elkartea horiek eta emakume horien gertukoek egiten duten lana eskertu zuen; halaber, programako profesionalei ere eskerrak eman zizkien urte hauetan guztietan egindako lanarengatik.





Nueve congresos médicos previstos en el Kursaal 2016

Diez congresos relacionados con la sanidad y la medicina se celebraron durante 2015 en el Kursaal y ya hay nueve confirmados para el próximo año, entre ellos cuatro con más de quinientos asistentes previstos.

El XVI Congreso Nacional de Neuroráquis, el primero de 2016 en el ámbito de la medicina, se celebrará del 9 al 11 de marzo con el respaldo de la Sociedad Española de Cirugía Vertebral y Medular (Neuroráquis), y de la Sociedad Española de Neurocirugía (SENEC). La elección de Donostia y el Kursaal, que tuvo lugar hace dos años, defendida por Enrique Urculo, presidente del Comité Organizador y su equipo, no fue complicada: "Fue muy fácil convencer a los miembros de la asociación porque el atractivo de la ciudad es innegable y el Kursaal es un magnífico marco para todo tipo de eventos". El cirujano del Hospital Universitario Donostia asegura que sus elogios hacia el palacio de congresos son fundados y destaca la polivalencia, ubicación y arquitectura. Enrique Urculo, gran defensor la capital guipuzcoana como destino de congresos, fue nombrado "Enbaxadore" en 2012 por el Donostia-San Sebastián Convention Bureau y el Kursaal.

Doctor Úrculo:
"Kursaal, marco ideal"

"Estoy seguro –señala el presidente del Comité Organizador– de que nuestro congreso en el Kursaal será el marco ideal para que los expertos estrechen sus lazos y potencien su colaboración a nivel científico y profesional, todo ello en el marco incomparable que ofrece el Palacio de Congresos Kursaal". Enrique Urculo, presidente del Comité Organizador, asegura que se ha elaborado un atractivo programa bajo el lema "Cirugía de la hernia discal: mínimamente invasiva y máximamente efectiva". "Desde el Comité Organizador, constituido por un abanico de profesionales de diferentes especialidades relacionadas con la patología raquídea, estamos dando cabida también a otros contenidos de actualidad en patología raquídea. Todo ello desde un punto de vista multidisciplinario y no sólo orientando al neurocirujano, sino también a especialidades afines, que permitan una perspectiva más amplia e interesante de los contenidos temáticos".

"Estamos diseñando –señala el doctor Urculo– un congreso eminentemente práctico: anatomía y técnica en abor-

dajes quirúrgicos básicos, cursos satélites sobre avances tecnológicos de utilidad, mesas redondas sobre temas controvertidos, donde exista tiempo de discusión... priorizando lo sencillo sobre lo complejo, las complicaciones sobre los éxitos y la imagen sobre la palabra. Nuestra línea de trabajo básica es procurar un congreso más amplio y participativo, donde los verdaderos protagonistas sean los propios asistentes, con sus aportaciones a través de la presentación de comunicaciones y experiencias, sin renunciar no obstante a las formas tradicionales de desarrollo del congreso".

Próximos congresos médicos 2016

- **XVI Congreso Neuroráquis.**
Presidente: Doctor Enrique Úrculo
- **Congreso AEPNyA - Psiquiatría del Niño y Adolescente.**
Presidente: Doctor Joaquín Fuentes
- **47 Congreso Nacional Podología.**
Presidente: Xabier Benegas
- **Congreso SEAIC-Sociedad Española Alergología e Inmunología.**
Presidentes: Doctores Alejandro Joral y José Antonio Navarro
- **XXXVI Congreso AEDE 2016 (Asociación Española de Endodoncia).**
Presidente: Doctora Nina Camborda
- **35 Reunión Nacional de Ginecología Oncológica.**
Presidente: Doctora Arantza Lekuona
- **VIII Congreso Nacional GeSida (Grupo de Estudio del Sida) 2016. XVI Congreso Nacional SETLA.**
Presidente: Doctor José Ignacio Martínez Renobales

Osakidetzaren laneko arriskuen prebentzio-politikari buruzko adierazpena, Donostialdea ESI

DONOSTIALDEA Erakunde Sanitario Integratuak konpromisoa du laneko segurtasun eta osasun arlo guztiaren goi mailako jarduera burutzeko. Osakidetzako Zuzendaritza Nagusiak aldiro berrikusten ditu LAParen helburua, eta oinarrizko printzipioak ezartzen ditu implikaturiko eragile guztientzat, zeinak diren oinarri erakunde bakoitzak bereak identifikatzeko. DONOSTIALDEA ESIk egokitzat jo ditu bere erakundearentzat printzipio horiek eta bere egin ditu. HONAKO HAUKEK DIRA:

Osakidetzaren laneko arriskuen prebentzio-politika

- 1.** Osakidetzak ibilbide luzea du laneko arriskuen prebentzioaren (LAP) kudeaketan. Ahalegin eta baliabide asko eskaini dizkio sortu zenetik, eta erakundearen kudeaketa orokorraren zatitzat jotzen da.
- 2.** Osakidetzaren ildo estrategiko eta ekintza-planen dokumentu berrian Laneko Osasun eta Segurtasuneko lan-baldintzak hobetzeko konpromisoa berresten du arriskuen prebentziorako kudeaketa-sistemak bultzatuz.
- 3.** Osakidetzako zuzendaritzak eta zerbitzu-erakundeetako zuzendaritzekon-konpromisoa hartzen dute zentro guztiaren garatzen diren jarduera guztiaren LAP sustatu eta txertatuko dituen kudeaketa-sistema bat ezartzeko eta mantentzeko.
- 4.** Osakidetzak bere zerbitzuen aurkezpenean nahasitako agenteen jarduera guztiaren nagusi izan behar duten eta erakundearen LAPeko helburuak definitzeko oinarritzat hartu behar diren oinarrizko printzipioak ezarri, onartu eta sustatzen ditu.

- 4.1 Langileen segurtasuna eta osasuna bermatzena eta haien osasunaren kaltea eta hondamena prebenitzera zuzendutako neurriak hartzea, instalazioak diseinatzen direnetik, berezkoak dituzten arriskuen izaera eta magnitudoa kontuan hartuta eta arrisku horiek murrizteko edo saihesteko prebentzio-jarduera egokia izanda.

- 4.2 Pertsonen osasunari eragindiezaieketen faktore psicosozialak identifikatu, balioetsi eta kontrolatzea eta dagozkien prebentzio-neurriak planifikatzea, gure profesionalen osasunaren eta segurtasunaren babesia hobetzen jarraitzea.
- 4.3 Lanaren ondorioz osasunari eragiten zaion kalte fisikoa eta psikikoa ikertzea, kaltea ordaintzeko xedez, eta behar diren neurriak hartzea berriro gerta ez dadin.
- 4.4 Laneko indarkeria prebenitzeko mekanismoak ezartzea profesionalarekiko errespetua izateko kanpainak eginez.
- 4.5 Laneko gatazka- eta/edo jazarpen-egoerak identifikatzea eta horiei aurre egiteko kudeaketa tresnak eskauntzea.
- 4.6 Erakundearen jarduera guztiaren legezko eskakizunetan eta LAP arloko beste eskakizun batzuetan xedatutako guztia betetzen dela bermatzea. Osakidetza egiten dituzten lanetarako kontratatutako kanpoko enpresek ere izango dute betebehar hori.
- 4.8 Prebentzioko plan eta programak kudeatu eta aplikatzeko erantzukizuna Erakundearen hierarkia-egitura osoari dagokiola ezartzea, eta hura betetzea, sustatzea, eskatzea eta zaintza.
- 4.9 Gure erakunde osatzen duten pertsona guztiak arrisku-prebentzioaren xede direla aintzat hartzea, horrek berekin dituen eskubideak eta betebeharra onartuz.
- 4.10 Politika honen oinarrizko printzipioak Erakundean gauzatu ahal izateko behar diren giza baliabideak eta baliabide teknikoak ematea.
- 4.11 Prebentzio-jardueraren etengabeko hobekuntza Osakidetzaren ba-

lio gisa eta gure langileekiko konpromiso etiko gisa hartzea.

- 4.12 Langileek eta horien ordezkariek Erakundeko segurtasun-eta osasun-baldintzen hobekuntzan parte-hartzea sustatzea, arloko kontsulta-mekanismoak sustatzu.
- 4.13 Langileei zuzendutako osasuna sustatzeko kanpainak garatzea haien osasunaren eta/edo hirugarren pertsonen osasunaren aurkako kalteak prebenitzeko helburuarekin.
- 4.14 OHSAS 18001 estandarra ezartzea erakunde guztiaren LAP Kudeaketa-sistema eraginkortasunez ezartzeko berme gisa.
- 5.** Politika hori Erakundearen maila guztiaren argitaratu eta hedatuko da Osakidetzako langileei ezagutzen emateko eta alderdi interesdun guztieng elskura jartzeko.



Declaración de la política de prevención de riesgos laborales (PRL) de la OSI Donostialdea

La Organización de Servicios Integrada OSI DONOSTIALDEA está comprometida en alcanzar un alto desempeño en todos los aspectos referidos a la Seguridad y Salud en el trabajo. La Dirección General de Osakidetza, revisa periódicamente la Política de PRL en la que se establecen los principios básicos que deben presidir todas las actividades de los agentes implicados en la prestación de servicios del Ente Público, y que deben tomarse como base para la identificación de objetivos en PRL de cada organización de servicios. La Dirección de la OSI DONOSTIALDEA considera adecuados para su organización los objetivos recogidos en la Política General del Ente, por lo que se adhiere a ella en su totalidad. Los principios y objetivos mencionados son los siguientes:

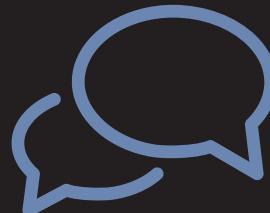
Política de Prevención de riesgos laborales de osakidetza

1. La gestión de la prevención de riesgos laborales (PRL) es una materia en la que Osakidetza tiene una larga trayectoria y a la que ha dedicado esfuerzos y recursos desde su origen, siendo considerada una parte integrante de la gestión general de la organización.

2. En el nuevo documento de líneas estratégicas y planes de acción de Osakidetza reafirma su compromiso con la mejora de las condiciones laborales de Salud y de la Seguridad Laboral impulsando los sistemas de gestión en la prevención de riesgos.
3. La dirección de Osakidetza y las direcciones de las organizaciones de Servicios se comprometen a liderar la implantación y mantenimiento de un sistema de gestión que promueva e integre la PRL en todas las actividades que se desarrollen en los diferentes centros.
4. Osakidetza establece, asume y promueve los principios básicos a continuación expuestos que deben presidir todas las actividades de los agentes implicados en la presentación de servicios del Ente Público, y deben tomarse como base para la definición de objetivos en PRL en la organización.
 - 4.1 Establecer medidas destinadas a garantizar la seguridad y la salud de las personas trabajadoras, la prevención del daño y del deterioro de su salud, teniendo en cuenta desde su diseño, la naturaleza y magnitud de los riesgos inherentes a las instalaciones, equipamiento y actividad desarrollada, y llevando a cabo una adecuada actividad preventiva para disminuirlos o evitarlos.
 - 4.2 Identificar, valorar y controlar los factores de origen psicosociales que puedan afectar a la salud de las personas y planificar las medidas preventivas correspondientes, en aras a seguir profundizando en la mejora de la protección de salud y la seguridad de nuestro/as profesionales.
 - 4.3 Investigar el daño físico y psíquico a la salud, que se produzca como consecuencia del trabajo, pretendiendo la reparación del daño, así como la adopción de las medidas necesarias para evitar que se vuelvan a producir.
 - 4.4 Establecer mecanismos de prevención de la violencia en el trabajo mediante la realización de campañas de cultura de respeto hacia el/la profesional.
- 4.5 Identificar situaciones de conflicto y/o acoso en el trabajo, facilitando herramientas de gestión para su abordaje.
- 4.6 Proteger la salud de las personas trabajadoras especialmente sensibles de la organización.
- 4.7 Garantizar que se cumpla lo establecido en los requisitos legales y otros requisitos en materia de PRL en todas las actividades de la organización. Se hará partícipes de esta obligación a las empresas contratadas externas en los trabajos que desarrollen en Osakidetza.
- 4.8 Establecer que la responsabilidad de la gestión y aplicación de los planes y programas preventivos corresponde a toda la estructura jerárquica de la Organización, debiendo promover, exigir y vigilar su cumplimiento.
- 4.9 Considerar que todas las personas que integran nuestra organización son objeto de la prevención de riesgos, debiendo asumir los derechos y obligaciones que la misma requiere.
- 4.10 Proporcionar los recursos humanos y técnicos necesarios para que los principios básicos de esta Política puedan llevarse a cabo en la Organización.
- 4.11 Considerar la mejora continua de la actividad preventiva como un valor e Osakidetza y un compromiso ético con nuestros/as trabajadores/as.
- 4.12 Promover la participación de las personas trabajadoras y sus representantes en la mejora de las condiciones de seguridad y salud de la Organización, fomentando mecanismos de consulta en la materia.
- 4.13 Desarrollar campañas de promoción de la salud dirigidas al personal con el objetivo de prevenir daños en la salud y/o a terceras personas.
- 4.14 Establecer el estándar OHSAS 18001 como garantía de la implantación eficaz del sistema de Gestión de PRL en toda la organización.
5. Esta Política será publicada y difundida a todos los niveles de la Organización para darla a conocer al personal empleado de Osakidetza y ponerla a disposición de todas las partes interesadas.



Octava edición de los Diálogos de Ética, Humanismo y Ciencia




Elsa Punset, María Isabel Marijuán y Koldo Martínez Urionabarrenetxea han sido los invitados a la octava edición de los Diálogos. La primera intervino en la jornada celebrada bajo el lema "Gestiona tus emociones, entrena tu cerebro" y en la que David Otaegui, investigador del Instituto Biodonostia, actuó de presentador y moderador. La segunda jornada, planteó el tema "Calidad y dignidad al final de la vida", con la profesora de bioética de la Facultad de Medicina y Odontología de la UPV/EHU, María Isabel Marijuán y el médico intensivista de la UCI del Hospital de Navarra y máster en bioética, Koldo Martínez Urionabarrenetxea. En este caso, la presentadora y moderadora fue la responsable del Servicio de Cuidados Paliativos de la OSI Donostialdea, Maite Olaizola.



Zortzigarren Etika, Humanismo eta Zientzia Elkarrizketen hasieran, Elsa Punset idazle, dibulgatzaile eta adimen emozionalaren aplikazioan adituaren hitzaldiarekin hasi zen. Lehen ere aritu da gurekin gizarteari oro har irekitako hitzaldien esparruan; oraingo horetan, "Kudeatu zure emozioak, entrenatu zure garuna" gaiarekin lotuta.

Punset Filosofian eta Letretan lizenziatua da, eta Masterra du Humanitateetan. Ikaskuntza sozial eta emozionalaren laborategiko (LASE) edukien zuzendaria da, eta uste du ez zaiela uko egin behar oroitzapen onei zoriontasuna lortzeko modu gisa, hala eginez gero, "behin eta berriz ikasi beharko genitzelako gauza negatiboak. Bainan badakigunez emozio negatiboak positiboak baino askoz ere errazago sortu eta biltegiratzen direla gure garunaren memorian, nahikoa da joera negatibo hori kontzienteki zuzentzea gure garuna alderdi positiboetan entrenatz; hau da, emozio positiboak sortuz, biltegiratuz eta horiekin gozatuz, behar-beharrezkoak baitira pertsonen osasun fisiko eta mentalerako".

Horretarako, garuna entrenatu behar da, gorputzko beste alde batzuekin egiten dugun bezala, bereziki, musku-luekin, "pazientzia, ziurtasunez eta prebentzioz. Duela hamarkada gutxi batzuk onartu genuen beharrezko dela ondo elikatzea, medikuaren gaita, kirola egitea, gorputzari alferri-kako erasorik ez egitea, lo nahiko egitea... Eta, orain gauza bera egin behar da buruarekin".

Tristeziari dagokionez —oro har, galeraren sentimendua izaten da—, argi eta garbi azaldu zuen "zuretzat balioa duna besterik ez duzula galtzen, eta, azken batean, zure bizitza. Horregatik, ez dago galerarik gabeko bizitzarik. Beraz, garrantzitsua da galera horiek kudeatzeko, onartzeko eta zentzia emateko baliabideak izatea". Halaber, beste hau ere esan zuen: "Ikerketek adierazten dute esperientzia negatiboei zentzia aurkitzen dieten pertsonek gaitasun handia goa agertzen dutela egoera horiek gainditzeke eta horietatik zerbait ikasteko".

"Emozioak dira gizakiok dugun hizkuntza unibertsal bakarra"

Emozioak ere aztertu ziren hitzaldian. Punseten ustez, gizakien burmuina

poetikoa eta sortzailea da, eta emozio guztiak dira garrantzitsuak; horregatik, ez da bat ere baztertu behar, emozio negatiboak ere izan daitezkeelako pentsamendu arrazionalaren oinarri. Eta adibide bat jarri zuen: "Beldurrik gabe ez genuke bizirik iraungo. Horregatik nonahi dugu gure bizitzetan. Gizakion burmuina bizirik irteteko programatuta dago, eta zaio importa ez gure ongiztea ez gure iraupena".

Ohikoa den bezala, Elsa Punsetek oso azalpen bizia eta dinamikoa egin zuen, eta momentu askotan publikoari parte hartzeko eskatu zion. Hala, adierazi zuen duela gutxira arte iraupen fisikoari buruz ikasten ari ginela. "Eta hauxe zen ikasteko genuen gaia —esan zuen—. Alderdi fisikoan gehiegiz babestu dugu geure burua, eta emozioen esparrua alde batera utzi dugu. Iraultza teknologikoak garuneko kaxa beltza irekitzeko baliabideak eman arte, ezinezkoa egiten zitzagun barrutik gertatzen zena ulertzear".

Ildo horretan, Punsetek adierazi zuen emozioak direla gizakiok dugun hizkuntza unibertsal bakarra. Hala, gogorarazi zuenez, "emotikonoei buruz ere hizkuntza bat balira bezala hitz egiten hasiak gara. Eta arrazoi osoa dute; izan ere, gure bizitzan duten funtsezko eginkizuna aitortzen zaie emozioei. Horregatik da hain garrantzitsua horiek ulertu eta entrenatzen jakitea. Ez dugu elkarrekin bizitzeko eta komunikatzeko beste modurik".

Heriotzaren inguruko legeriari buruzko eztabaidea sozial lasaia ireki behar da.

Bigarren jardunaldia "kalitatea eta duintasuna bizitzaren amaieran" atalari buruzkoa izan zen.

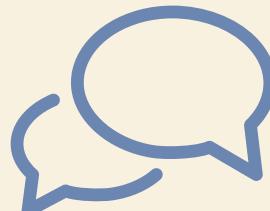
Maria Isabel Marijuan UPV/EHUko medikuntza fakultateko bioetikako irakasleak azaldu zuen zer den heriotza on bat, dagokion unea baino lehen iristen ez den heriotza eta lasai gertatzen dena. Haren ustez, garrantzitsua da planifikatzea eta profesional sanitarioek eta familiak pazientearekin berarekin hartutako erabakiak errespetatzea. "Helburua da —esan zuen— benetako protagonismoa izatea gure bizitzaren amaieran".

Horrekin lotuta, bizitzako testamentua oso tresna garrantzitsua da, baina

Marijanen iritziz, batez ere Erabakien Plangintza Aurreratua (PAD) izan behar dugu gogoan; hau da, momentu jakin batetik aurrera, "gure medikuarekin, komunitateko erizainarekin, gure familiaoekin eta abar hitz egin behar dugu". Adibide gisa jarri zuen Araban Saralegi medikua izaten ari den esperientzia. Berak azaldu duenez, PADek elkarritzeta irekia egiteko bide ematen du diagnostiko batean hainbat aukera eta alternatiba egon daitezkeela daktenean —adibidez, ZIUn ingresatu nahi duten, etxeen edo ospitalean egon nahi duten momentu jakin batean...—, planifikatu egin behar da norberak zein ibilbide egin nahi duen, betiere posibilitateen barruan.

Beste puntu garrantzitsu bat da Eusko Legebiltzarra izapidezten ari den bizitzaren amaiarari buruzko euskal legea. Maria Isabel Marijanen ustez, Donostiaroko egunkari batean eginiko adierazpenen arabera, lege hau beharrezko da, "izan ere alderdi batzuk nahasgarriak dira, eta beste batzuek gatazka sortzen dute, eta, beraz, ona da herriak berak ezartzea, legediaren bidez, horiek lortzeko gutxieneko irizpi-deak". Adibide gisa honako hauek aipa daitezke: zaintza aringarriak jasotzeko eskubidea, tratamendu bat onartu edo baztertu ahal izatea eta "egiten ari zarena ulertzen ari den eta harreman klinikoan arazorik sortuko ez duen nolabaiteko segurtasuna egotea".

Horrez gain, eztabaidean hainbat alderdi jorratu ziren, besteak beste, eutanasia edo lagundutako suizidioa. Horrekin lotuta gaineratu zuen jada izandako esperientziak hartzar behar direla kontuan, bereziki Europako iparraldekoak. "Danimarkakoek zein Holandakoek legeak egin aurretik, eztabaidea sozial ezin interesarriagoa proposatu zuten, eta eztabaidea horretatik ikasi dugu. Hemen ere sortu behar da eztabaidea hori. Lehenik eta behin, egoeraren txostenetan egin behar da, egiten dena eta pentsatzen dutena ezagutu, eta ondoren eztabaidea irekitzeko, epe ez oso luzean legea egiteko".





Koldo Martínez Urionabarrenetxea,
Médico intensivista en la unidad de Cuidados
Intensivos del Hospital de Navarra y máster en Bioética

“Las decisiones al final de la vida tienen un componente tan emocional que muchas veces hace palidecer la razón”

Koldo Martínez Urionabarrenetxea, es médico intensivista en la unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Navarra y máster en Bioética. Junto con María Isabel Marijuán participó en la jornada de Diálogos dedicada a la “calidad y dignidad al final de la vida”. Charlamos con él poco antes de celebrarse el acto que moderó nuestra compañera Maite Olazola, responsable del Servicio de Cuidados Paliativos de OSI Donostialdea.

Usted ha intervenido en la jornada sobre la calidad y la dignidad al final de la vida. ¿Estamos preparados para afrontar la muerte en una sociedad tan materialista?

A la muerte como al sol, es muy difícil mirarla directamente a los ojos. Tanto en un caso como en el otro, cerramos los ojos para protegernos. De la ceguera en el caso del sol y de la aniquilación que supone la muerte en el otro. No, no estamos preparados porque es difícil, porque es enfrentarnos a nuestra propia vulnerabilidad, a nuestro no ser nada... Es enfrentarnos a nuestra desaparición, a nuestra poquedad... a nuestro no ser nada...

Las creencias religiosas, las costumbres sociales e incluso los hábitos han delegado en el médico hasta ahora decisiones en las que debe ser el paciente o sus familiares, al menos, copartícipes si no quienes tomen las decisiones en momentos en los que nos enfrentamos al final de la vida.

¿Cree que el testamento vital es la respuesta? ¿Está funcionando bien según su experiencia? ¿Es suficiente?

El testamento vital es una respuesta que al problema del enfrentarse a las decisiones al final de la vida han dado los legisladores, los médicos, etc., pensando sobre todo en ellos mismos. La solución no es escribir un documento.

La solución es analizar detenida y pausadamente qué supone para cada uno de nosotros la enfermedad, la muerte, la pérdida, la dependencia, el duelo... el pasar a dejar de ser, el ser nada o sólo recuerdo... Por eso los testamentos vitales no están funcionando, porque a la hora de redactarlos fundamentalmente se tienen en cuenta los tratamientos que uno cree que querría o no al final de la vida pero como se firman sin hacer esta reflexión su valor es más bien pequeño. Su relación con la realidad es escasa.

La medicina y otras acciones están permitiendo un alargamiento de la vida, pero en muchos casos a costa de un sufrimiento que muchos discuten. Por un lado están las unidades de paliativos, que están siendo un gran avance, pero también por otro la conciencia de ser una decisión personal. Usted es experto en Bioética. ¿Se ha avanzado en este terreno?

El “paliativismo” ha supuesto un enorme avance en la calidad de la atención al final de la vida al procurar una muerte sin síntomas evitables, sin sufrimiento y sin dolor a los pacientes que los reciben. Todas las decisiones en la atención a la salud, insisto, todas, incluidas las tomadas al final de la vida deben ser consensuadas entre el equipo sanitario y la persona enferma (o en su defecto, por incapacidad de ésta, su representante) Por tanto, siempre interviene la decisión personal. O debe intervenir. Y si es bien informada, voluntaria y libre, nadie tiene nada que objetar si entra dentro de la lex artis, es legal y no produce daños a terceras personas.

¿Estamos ciertamente informados en lo que puede ser una decisión muy importante como es la morir con dignidad? ¿No hay mucha con-

fusión en cuanto a los términos o al menos en los concepto de eutanasia, suicidio asistido, sedación terminal. A veces las palabras las carga el diablo. “Muerte digna” es un concepto que no es de mi gusto. En mi opinión, hay muertes buenas y malas, según si ocurren cumpliendo determinadas condiciones o no. También hay quien afirma que lo más que podemos conseguir es que la muerte sea tolerable... Es un error unir el concepto de “muerte digna” al de eutanasia, porque es cierto que si la eutanasia o el suicidio asistido se producen cumpliendo toda una serie de condicionantes, entonces sí, la muerte puede ser digna pero también lo es cualquier muerte que se produce a partir de determinado momento biográfico de la persona, y se da sin dolor, sin sufrimiento, habiendo tenido la posibilidad de despedirse de los seres queridos, habiendo cumplido con las obligaciones que se esperan de esa persona, de acuerdo a sus deseos y valores, y esa muerte no es un insulto para el sentido y la sensibilidad de quienes quedan vivos, etc...

En esto como en tantas otras cosas, falta una regulación europea, pero parece difícil cuando hay mucha diferencia entre las sociedades de cada país, su forma de afrontar esta y otras cuestiones. Pero la legislación es muy importante. Todavía hay países que castigan penalmente algunas prácticas que en otros están contempladas en la legislación.

Así es. Lo más importante en mi opinión es que seamos capaces de reflexionar y de hablar lo más tranquilamente posible, entre nosotros, como sociedad, de todas estas cuestiones y que no olvidemos que, por mucho que las legislemos –y siendo la legislación en esta tan importante para evitar abusos– las decisiones al final de la vida tienen un componente tan emocional que muchas veces hace palidecer la razón. Por eso, estas decisiones han de ser siempre razonadas, razonables, y sobre todo, deliberadas, habladas y consensuadas de forma serena con todas las personas a quienes les afecta, esto es, persona enferma, sus seres queridos y los profesionales que les atienden.

Donostialdea ESIko I. Prestakuntza Astea

Josune Retegi, Berrikunta eta Ezagutza kudeatzeko Unitatearen Arduraduna Donostialdea ESI

La segunda semana de octubre se celebró la I. Semana de Formación de la OSI Donostialdea con la prioridad de avanzar en cuestiones que estuvieran engarzadas en los programas del Plan Estratégico 2015-2019: Usuarios, Diseño Respuesta Asistencial Integrada, Personas (Profesionales), Gestión de Valores, Sistemas de Información, Sistemas de Gestión Avanzada, Alianzas, Comunicación, I+D+i y Gestión del Conocimiento. Por otro lado, también ha recogido las propuestas de compartir conocimiento que los profesionales indicaron en la Encuesta de Formación OSI Donostialdea 2015.

Donostialdea ESLaren Prestakuntza Batzordeak prestakuntza-programa bat lantzen zuen orain hilabete batzuk izandako jardunaldian, 2015-2019 Plan Estrategikoaren oinarrizko hiru ildoetan ardaaztzena: Erabiltzaileak, Erantzun Asistenzial Integratua, eta Pertsonak.

Heziketa Programak hainbat arlo basikotako jarduerak bildu ditu. Horien artean daude erantzun integratua eman dezaketen oinarrizko asistenzia-arloetako jarduerak (Kronikoak, Pediatría, Mediku Zainketa Intentsiboak, Oftalmología, ORL, Erreumatología, Erizaintzako zainketak, Paciente Bizia, Pacienteari zuzendutako Komunikazio Teknikak eta abar), asistentzialak ez diren arloetakoak (OTI, Hirugarrenen Fakturazioa, SAP eta abar), zein ezagutzari lotutako zeharkako jarduerak (Pacientearen Segurtasuna, Lan-segurtasuna, Etika- eta lege-gaiak, Proiektu-taldeen kudeaketa eta abar).

Abenduaren 16ko Jardunaldiak, "Ezagutza, partaidetza eta erantzun integratua, gure ESLaren ardatz nagusiak" izenburuean, gaur egungo gaietan eragiteko nahia zuen. Izan ere, 2015eko urtarrilaren 1az geroztik, gai horiek eragina dute erakunde berrian, erakunde sanitario integratua garen aldetik. Egindako inkestek emandako datuen arabera, badirudi helburua bete zela.

Ezagutzari buruzko lehen mahai-inguruan bildutako hainbat adituren artean izan zen Pablo Alonso. Cochrane Ibe-

roamérica zentroko eta Guiasalud batzorde zientifikoko kidearen eskutik ikasi genuen zeintzuk diren praktika kliniko arloan dauden lanketa eta aplikazioaren inguruko erronkak, eta ondorengo bi arloak garrantzitsuak direla: nazioarteko lanak, alde batetik, eta gaur egungo Giden egeneratze eta ebaluazioa, bestetik.

Jarraian, arloan adituak diren gure ESIko zein Osakidetzako beste erakunde batzuetako profesionalek —Rafael Rotaechek, Xabier Goikoetxeak eta Marisa Irizarrek—, PKGekin lotutako auzi ezberdinak elkarbanatu zituzten, kudeaketaren eta asistentziaren ikuspuntutik.

Bigarren mahai-ingurua parte-hartzeari lotua egon zen, non Oscar Rebollo entzuteko aukera izan genuen —Universitat Autònoma de Barcelonako Institut de Govern i Polítiques Pùbliques IGOP-eko zuzendaria—, parte-hartze prozesueta gakoez hitz egin zuena. Haren ondoren, Isabel Berasaluceren eskutik —gure erakundeko PEAZeko arduraduna— parte-hartzearekin lotutako bi proiektu aurkeztu ziren: lehenak, Herritarren Parte-hartza Osasungintzan izan zuen hizpide (Osasun Sailari dagokion arloa) eta Nuria Pascualek aurkeztu zuen —Ikerlari seniorra eta gure ESLa parte-hartze aktiboa izaten ari den proiektuko Gestorea—; bigarrena, Hiri Adeitsua Proiektuaren inguruko, Eva Salaberriak —Donostiako Udalaren proiektuko arduradunak— aurkeztu zuen, parte-hartze proiektuetan esperientzia zabala duena.

Azkenik, "Erronka berriak bizitza amarako asistentzian" izeneko mahai-ingurua izan zen, Inmaculada Ruiz moderatu zuena. Gaixotasuna bizitzaren azken fasean izan zuen hizpide dilema kliniko-asistentzialen Praktika Komunitateko Koordinatzaileak, kontua ikuspuntu ezberdinatik aztertz. Gaiari jarraipena emanez, Susana Lopez Altunak —Osakidetzako Zuzendaritza Nagusiko Aholkularitza Juridikoko zuzendariordeak—, gaur egun dagoen legediaren inguruko azalpenak eman zituen. Ordura arte entzundakotik abiatuta eta doluaz diharduen "Aulkia hutsak" dokumentala oinarri hartuta, eztabaideren txanda izan zen.

Bertan, bizitzaren amaierarekin lotutako hainbat alderdiren inguruan aritu ziren. Besteak beste, jardun ziren ahalegin terapeutikoa mugatzeaz, borondate aurreratuez, alderdi juridikoez zein giza-alderdiez. Eztabaideran izan ziren Osakidetzako hainbat profesional, haien ezagutza eta esperientzia partekatu zutenak: Mercedes Zabarte, gure ESIko Medikuntza intentsiboko medikua; Iñaki Peña, Debagoiena ESIko Etxeko ospitalizazioko medikua eta "Aulkia Hutsak" dokumentalaren egilea; Iñaki Saralegui, Medikuntza Intentsiboko medikua Araba Unibertsitate Ospitalean; eta, azkenik, Izaskun Ezenarro, Etxeko Ospitalizazioko medikua, eta Mercedes Zabarte, Medikuntza Intentsibokoa, biak Donostialdea ESIkoak.



Julio Arrizabalaga

Director Científico del Instituto Biodonostia

“Los institutos debemos trabajar cada vez más en áreas transversales, en nuestro caso envejecimiento, medicina personalizada e innovación”

Apenas bost urtean, Biodonostia Institutua egonkortu egin da, eta klinikoekin egiten den oinarrizko ikerketa indartzen lagundu du. Horrez gain, hainbat proiektutan dabil lanean, bai eta nazioarteko batzuetan ere. Aurrera begira, Euskadiko ikerkuntza medikoko lehen institutua den honek zeharkako apustu baten alde egin nahi du, funtsezko hiru arlo hauek lantzeko: zahartzea, medikuntza pertsonalizatua eta berrikuntza. Aldi berean, zahartzeari buruzko jardunaldi bat antolatzen ari dira, eta horrela, 2016an, Donostian, munduko aditu nagusietako batzuek parte hartuko dute. Horretaz guztiak arituko gara Biodonostiako zuzendari zientífico Julio Arrizabalagarekin.

Se han cumplido cinco años desde la creación del Instituto Biodonostia, el primero en Euskadi. Toda una apuesta de un grupo de profesionales del Hospital Universitario Donostia, que con la colaboración de Osakidetza y el Departamento de Salud del Gobierno Vasco supuso un paso adelante en el terreno de la innovación y la investigación en nuestro entorno.

Julio Arrizabalaga, Director Científico del instituto, hace balance para los lectores de nuestra revista.

Creo que es para estar contentos, estamos avanzado y alcanzando objetivos. Pero llevamos solamente cinco años. Hemos crecido de una forma ordenada, se han incorporado investigadores de alto nivel desde el aspecto básico y está empezando a producirse un cambio cultural entre determinados agentes de la OSI, porque nosotros trabajamos con Primaria desde hace mucho tiempo, y hay aspectos como son los proyectos de innovación, que hace que mucha gente se acerque al instituto para conocer como pueden desarrollarlos inicialmente y acceder posteriormente a otras convocatorias.

Es la tercera convocatoria para proyectos de innovación que gestiona Biodonostia. En la primera se presentaron 15, el año pasado 30 y a la de este año se han presentado 46. Lo cual quiere decir que la gente está viendo que puede desarrollar proyectos aunque no sea

un investigador experto, simplemente con el conocimiento que ya tiene por el desarrollo de su trabajo. Esta investigación sirve tanto para desarrollar algo nuevo, como para mejorar lo que hace. Y de esta manera, se está facilitando y ampliando la cultura de la innovación y la investigación.

En total son ya son alrededor de 150 proyectos, algunos referentes y de carácter internacional. Todo un logro para un instituto que, como usted ha recordado, lleva cinco años funcionando.

Estamos hablando de los proyectos de investigación activos, que son más de 150, pero yo destacaría entre ellos, especialmente en cáncer el que está intentando, por medio de un análisis de sangre, determinar células de cáncer de páncreas y de metástasis de melanoma, que son tumores que son muy difíciles de diagnosticar. Este proyecto, además, entra dentro de los considerados por el Carlos III como proyectos de excelencia y es la primera vez que hemos podido conseguir un proyecto de este nivel.

También hay alguno que es referencia internacional como el de la distrofia retiniana.

Hay tres proyectos internacionales que tienen mucho interés. El de cáncer ya comentado, que aunque no se concedió fue el primer proyecto europeo que coordinamos y que llegó a la fase final, lo cual es todo un logro. Es un proyecto liderado por Charles Lawrie, responsable del área de oncología del instituto. Y si hablamos de proyectos internacionales no podemos olvidarnos el de la Michel J. Fox, que seleccionó este hospital para el estudio del Parkinson. Y el que usted hacía referencia, el de la distrofia retiniana, que es un ensayo clínico que se hace en muy pocos sitios.

Recordamos asimismo el relacionado con la recuperación tras un infarto de miocardio

Ciertamente y también de un gran alcance y que consiste en el empleo de células madre para recuperar el músculo dañado. En este hay que destacar, además, que ya no se utilizan fármacos



para el tratamiento sino células. Estudios como este, no se podrían hacer en la OSI si no estuviese el instituto.

¿Cómo es el proceso?

Las células llegan enteras, de la empresa que las produce o mantiene hay que mantenerlas en cultivos celulares y no viven más de 24 horas. De aquí salen cuando tienen que implantarlas al paciente a la Unidad de Hemodinámica, donde realizan el implante.

Estamos entrando en una fase en la que está claro que no hace falta ser un superdotado o un genio para hacer investigación sino que aquí lo que se hace es darle medios y métodos para poder conseguir llevar adelante el proyecto que tiene en mente. Y por otro lado, nos está permitiendo entrar en estudios que si no hubiéramos evolucionado sería muy difícil.

La incorporación de investigadores de Ikerbasque al proyecto fue un salto cualitativo importante. ¿Qué están aportando?

Hay un aspecto práctico. Aportan primero excelencia, son profesionales que de unos 400 que se presentan seleccionan solamente a 10 o 15, y eso significa que científicamente están muy bien preparados. Tienen capacidad de conseguir financiación y tienen capacidad de publicar. Están con muchas ganas de trabajar con clínicos porque ellos les proporcionan muestras con las que poder trabajar, pero tenemos a veces dificultades porque hay todavía profesionales que entienden que las muestras son de su propiedad, que no quieren ceder muestras.

No se dan cuentan de que hay grupos en los que hay ya investigadores de Ikerbasque y clínicos trabajando y que la labor que al clínico no le gusta, como es la de escribir un proyecto, analizar determinadas cosas la puede hacer el investigador, pero el investigador principal es el clínico. Y así cada uno hace lo que sabe hacer mejor, uno atender pacientes y aportar no solo muestras sino también su experiencia y conocimiento, el investigador experiencia en solicitar proyectos, y facilidad de publicar y así poder hacer trabajos que benefician al clínico, al básico y al paciente.

Desde hace ya tiempo, el Instituto Biodonostia está trabajando con profesionales de Primaria, pero aho-

ra con la creación de la OSI esta relación se habrá potenciado.

Hace ya tres años y medio que la Unidad de Investigación de Primaria está aquí en el instituto, en el tercer piso. Esto supone que su responsable, Itziar Bergara, se haya establecido vínculos con diferentes agentes de Primaria que están ya participando en muchas actividades del instituto y de hecho tienen un grupo propio y en el nuevo Plan Estratégico puede que tengan otro más y hasta un área. Es un grupo más, como puedes ser digestivo, neurología... Y en el tema del envejecimiento con la fragilidad para hacer que la fase que no tenemos síntomas tienen una importancia vital. Han solicitado ahora un proyecto europeo con agentes tanto a nivel estatal como de Escocia y Holanda.

"Hay que contemplar las muestras como un material común al servicio de la investigación para mejorar nuestros conocimientos"

Habla del Plan Estratégico. El actual tiene vigencia hasta el 2017. Quizá sea pronto para hablar ya de las nuevas estrategias.

Pues no. Nuestro plan estratégico acaba ciertamente en 2016, pero hay dos cuestiones que nos ha hecho valorar elaborarlo ya para el próximo año. Una, que la mayoría de los ejes que había que cumplir ya están hechos. Y por otro lado, que el año que viene nos sometemos a la reacreditación, porque ya hace cinco años que nos acreditaron.

Por eso hemos decidido renovarlo para el 1 de enero de 2016. Y ahora mismo estamos en ello. Va a ser estructuralmente muy parecido al anterior porque se tienen en cuenta los baremos que valoran los proyectos y el trabajo, y se mantiene, pero si queremos desarrollar un aspecto que cada vez se está produciendo más en medicina, que es la transversalidad, que afectan a todos en mayor o menor medida, tenemos que actuar en ese sentido.

¿Nos puede concretar algo más en qué consiste esta transversalidad?

Le pongo un ejemplo. La medicina personalizada no afecta exclusivamente al cáncer, también a cardiología, puede afectar a cuestiones neurodegenerativas... en una palabra, pueden afectar a varios agentes. Cuando introdujimos hace dos años la estrategia relativa al envejecimiento, de los 25 grupos que tienen el instituto, 13 participan ya de esa estrategia y son grupos de diferentes especialidades: neurología, digestivo, infecciosas, bioingeniería... Los institutos van por ahí, con áreas transversales que sean muy de especialización del propio instituto, y en este sentido nosotros tenemos la medicina personalizada, el envejecimiento –en el que pensamos que en unos años podemos tener unos muy buenos anclajes y estar muy bien situados dentro de un ranking–, y, por último, el tema de la innovación.

Ya que ha hablado del tema del envejecimiento. De cada a la celebración del 2016, la OSI está preparando algunas actividades y desde Biodonostia hay una propuesta de relieve.

Hace dos años cuando, nos estábamos planteando la estrategia en este terreno, tuvimos la oportunidad de estar en Bethesda con el director del National Institute of Fighting, que está en el National Institute of Health y en una reunión en la que vimos toda que la transversalidad del envejecimiento se enmarcaba dentro de la estrategia de los institutos de salud norteamericanos derivando financiación para este terreno. Aprendimos mucho y hemos conseguido que esa persona, que es chileno, Felipe Sierra, venga el 17 de marzo a una jornada en el Victoria Eugenia, junto con López Otín, que es un investigador de mucho prestigio que ha trabajado en el mundo del cáncer, y que como otros investigadores del cáncer ahora lo son del envejecimiento. Y por otro lado, contamos con Ángeles Durán una investigadora desde el punto de vista de la economía, que también nos va hablar de las consecuencias económicas de este envejecimiento si vamos a vivir más y cómo nos va a influir. Se van tocar todos los aspectos. En el caso de Felipe Sierra, hablará de la gerociencia, la ciencia del envejecimiento. Es importante escucharle, porque creo que va ser una revolución en muchos aspectos de la medicina en el futuro.

La Sociedad Española de Oncología Médica concede 20.000 euros a Biodonostia para desarrollar un proyecto de investigación en cáncer de mama

La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, entidad científica que integra a más de 2.000 médicos especialistas en oncología y cuyo fin es avanzar en la lucha contra el cáncer), ha premiado el proyecto de investigación de la Dra. Isabel Álvarez, responsable del grupo de investigación en Cáncer de Mama del instituto Biodonostia y oncóloga de la OSI Donostialdea, y la Dra. María M. Caffarel, investigadora Ikerbasque en Biodonostia.

El proyecto titulado "Estudio del receptor de Oncostatina M como nueva diana terapéutica y predictor de resistencia a quimioterapia en cáncer de mama Triple Negativo" recibió la Beca FSEOM/FontVella de 20.000€ que ha otorgado la sociedad.

El cáncer de mama es una de las principales causas de muerte en mujeres en

países desarrollados. Este término engloba realmente distintas patologías desde el punto de vista de las características moleculares del tumor, el desarrollo de la enfermedad, el pronóstico de las pacientes y su tratamiento. Existe un subtipo de cáncer de mama, denominado triple negativo, que destaca por su mal pronóstico y por la ausencia de tratamientos específicos. Además, una fracción importante de ellos no responde a los tratamientos de quimioterapia convencionales.

Este proyecto de investigación pretende comprender cuáles son algunos de los mecanismos por los que la quimioterapia no es efectiva en algunos tumores y diseñar terapias específicas para estos tumores "resistentes". En concreto, el equipo investigador estudiará el papel de una proteína (el receptor de Oncos-

tatina M u OSMR) como posible diana terapéutica y marcador de resistencia a quimioterapia en el cáncer de mama Triple Negativo. Para ello, empleará distintos modelos de cáncer de mama en el laboratorio (células derivadas de pacientes y modelos de tumores en ratones) y muestras de pacientes.

En el acto de entrega de la beca, celebrado el 29 de octubre en Madrid y enmarcado dentro del XV Congreso SEOM 2015 que tuvo lugar del 28 al 30 de octubre, la sociedad ha otorgado además de esta ayuda, 5 más a proyectos de investigación y 11 becas para realizar estancias en centros de referencia en el extranjero.



Biodonostia participa en el descubrimiento del mecanismo molecular que explica el envejecimiento neuronal

Un estudio liderado por el investigador Sebastian Jessberger (Universidad de Zurich) y en el que ha participado Marcos Araúzo, Ikerbasque Research Professor de Biodonostia (y responsable del grupo de investigación Biología Computacional y Biomedicina de Sistemas del Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia), ha descubierto que durante la división celular de las células madre neuronales se genera una barrera de difusión lateral en la membrana del retículo endoplasmático que promueve la segregación asimétrica de los componentes celulares. Han demostrado que la fuerza de dicha barrera decrece con la edad en respuesta al deterioro de los componentes de la envoltura nuclear asociados a la proteína Lamin. Dicho debilitamiento impide la segregación asimétrica de las proteínas dañadas durante el envejecimiento celular, constituyendo así una de las causas moleculares del envejecimiento neuronal. Estos descubrimientos abren las puertas a que existan mecanismos comunes en el desarrollo de las enfermedades neurodegenerativas.

En las células madre neuronales de cerebros jóvenes, las proteínas dañadas se heredan asimétricamente, de forma que la célula hija no "madre" hereda las proteínas dañadas mientras que la célula hija "madre" se libera de tales proteínas. Mientras que, sorprendentemente, en las células madre neuronales de cerebros envejecidos, las proteínas dañadas se distribuyen más simétrica-

mente entre la nueva célula hija "madre" y la no "madre".

Este descubrimiento, además de ser una de las razones que explica el envejecimiento neuronal, puede contribuir a comprender mejor diferentes enfermedades neurodegenerativas, ya que abre la puerta a que existan causas comunes en diversas dolencias. Puede también ayudar a entender el envejecimiento de otros tipos de células del organismo.

La neurogénesis adulta proporciona un intercambio sustancial de neuronas del hipocampo a lo largo de toda la vida, estando implicadas en ciertas formas de aprendizaje dependiente del hipocampo y la memoria. Además, la falta o la alteración de la neurogénesis están asociadas a enfermedades neuropsiquiátricas como la depresión y la epilepsia. El número de neuronas generadas se regula dinámicamente. Así, en edad avanzada disminuye tanto la proliferación células madre neuronales como la neurogénesis, sugiriendo que la capacidad de auto-renovación de células madre neuronales para generar progenie se reduce en células madre neuronales envejecidas. Sin embargo, los mecanismos celulares que rigen la auto-renovación a largo plazo de las NSCs del hipocampo y que están involucrados en la mediación de la disminución asociada a la edad de su potencial neurogénico siguen siendo desconocidos.

18 irakaslek hartu dute parte Biodonostiak antolatutako biomedikuntzako formakuntza saioetan

Derrigorrezko Bigarren Hezkuntzako eta Batxilergoko 18 irakaslek hartu dute parte Biodonostiak antolatu dituen formakuntza eta eguneratze saioetan.

Jardunaldiak irail eta urrian egin ziren eta irakasleek azken 10 urteetan biomedikuntzan izan diren berrikuntzak ezagutzen aukera izan zuten, horrela beraien jakintza eguneratua eta ikasleei sail honetako azken aldaketak azaltzeko. Saio hauak Biodonostiko Belen Gago, David Otaegui, Matxus Perugorria eta Ana Aiestua ikerlariek eman zituzten eta Eusko Jaurlaritzak emandako "Prest Gara" laguntzari esker gauzatu ziren.

Gipuzkoako 420 ikaslek baino gehiagok Biodonostia ezagutu dute

Gipuzkoako 25 ikastetxetako bigarren batxilergoko 420 ikaslek baino gehiagok Biodonostia ezagutu zuten azaroan. Ate-ireki jardunaldi hauen helburua zientzia ikasleei gururatzea izan zen.

Bisita hauak Biodonostiko ikerlariek gidatu zituzten eta beraz, ikasleek lehen eskutik ezagutu zituzten Biodonostian gauzatzen ari diren ikerketa eta berrikuntza proiektuak. Gainera, ikasketak biomedikuntza arlotik jarraitzeko interesa duten ikasleak direnez, sail honen praktikotasuna ezagutu eta beraien zalantzak argitzeko aukera izan zuten.



“Nola probatzen diren tratamenduak” liburuaren aurkezpena Euskararen Nazioarteko Egunean



Testing treatments liburuaren euskal itzulpenaren aurkezpen egunean, Zubia doktoreak hasieran esan zuen horrelako egun gogoangarrian gure hizkuntza sartzen zela mundu mailako egitasmo batean, eta jarraian, Gurrutxaga ospitaleko zuzendari medikoak azpimarratu zuen “liburuak hausnarketa kritikoa sustatzen duela tratamenduei buruz”. Zuzendari medikoak adierazi zuen liburuaren ingelesezko bigarren edizioa atera zenean, 2011n, nazioarteko ospea lortuta zuela dagoeneko liburuak (gaur egun 13 hizkuntzatan dago emana). Euskarazko edizioa izatea Euskararen Egunean eta Donostia Unibertsitate Ospitalean goraipatu beharrekoa da Gurrutxagaren iritziz, izan ere, ospitalearen konpromisoa, pazientea euskaraz artatzeko eta tratamenduei buruz ikuspegি berrizale eta kritikoa izateko, berbera dela esan zuen Gurrutxagak: irakaskuntza jarduera sendo bat egiten da ospitalean; eta Epidemiologia eta europar mailako

ikerkuntzan parte hartzen duen Osasun Publikoko ikertzaile-taldea duela ospitaleak CIBER-en barruan.

Aurkezpen ekitaldiak jarraitu zuen Amanda Burles-ekin, zeinak liburuaren asmoaz eta metodologiaz hitz egin zuen, haren azalpena adibide askorekin apaindu zuela: Inglaterrako egunkarietako hiru milioi aletan honako hau argitaratu zenekoa, esate baterako: “Estatinek eteten dute Alzheimer gaixotasunaren eboluzioa.” Berria ez zen egia, ez zuen ondorio kliniko praktikorik, eta, hala ere, argitaratu zen. Adibide horretatik abiaturik, Amandak Testing Treatments liburuaren bertuteak goretsi zituen, arazoak sahesteko eta pazienteek beren osasunaz erabaki zuzenagoak egin ahal izateko informazio zuzena eta egokia (noski, egiaztia ere) zer garrantzitsua den argi utziz mementoro.

Jarraitzeko liburutegiko arduradun eta (Jose Ignacio Emparanzarekin batera)

egitasmoaren sustatzaile nagusi Mari Mar Ubedak eta Eukene Ansuategik liburua eta webgunea aletu zituzten, eta jakitera eman, xehe-xehe, bertan bilten diren baliabide guztiak (hiru urteko dedikazioa behar izan da eta), honako esteka honetan kontsulta daitezkeenak: <http://www.testingtreatments.org/>. Azalpenean, biek ala biek azpimarratu zuten liburua egitasmoaren mugari bat izanik ere, ez dela jomuga zabal eta etorkizun oparoko baten ibilbideko geraleku nagusia baizik.

Bukatzeko, Iban Basabe medikuak Paciente Hauskor eta Eriondokoen Unitatearen funtzionamendua azaldu zuen, eta ospitalean Ebidentzian Oinarritutako Medikuntzaren metodologia eta parametroekin lan egiteak paziente mota horri (patologia anitzeko gaixotsun kronikoa duten pazientei) ekarri dizkion onurak argi eta garbi azaldu zituen.

Osakidetzaren aitormenta euskararen aldeko projektuei

Abenduaren 3an Euskararen Nazioarteko Eguna ospatzen da; horren harira, Osakidetzak aurten aitortu nahi izan ditu hizkuntzaren normalizazioan eta erabileraren sustapenean eragin handia izan duten proiektuak.

Aitormentaren ekitaldia abenduaren 4an ospatu zen Osakidetzako Zuzendaritza Nagusiko areto-nagusian (Gasteiz). Giza Baliabideetako zuzendari Jose Mari Armentiak inauguratu zuen, eta aurkeztutako zapiri proiektu aipatu zituen, bereziki hiru: Arabako Eskualdeko Josune Tutor familia-medikuaren ekimenak: "Egun on Araba" eta "Minta-taldea"; Deabarreneko ESIaren ahalegina euskararen proiektuak aurrera eramateko; eta Donostialdea ESIko Ordezkarien Euskara Batzordearen lana, urteetan zehar ekimen asko martxan jartzeagatik euskararen alde.

Donostialdea ESIko Felix Zubia doktoreak batzordearen ibilbideari buruz hitz egin zuen eta eskertu nahi izan zuen batzordekide guztien lana, besteak beste: Santi Larburu lehendakari ohiarena, eta lehen batzordea osatu zuten profesional guztiena. Asko eta asko euskaraz alfabetatu gabeak, baina lanerako borondate eta gogoa zutenak. Kide asko zituenez orduan batzordeak, Zubiak ezin izan zituen denak gogoan izan, baina bereziki oroitu nahi izan zituen Maximo Goikoetxea, ospitaleko gerente zena, haren lan guztien artean, beti hartzen baitzuen tartetxoren

bat batzordearentzat, baita batzordeko aurreko idazkaria ere, Koro Urkizu. Batzordekideen artean Joserra Furundarena ere izan zuen hizpide Zubia doktoreak, hasierako taldekoa izanik, gaur egun bertan jarraitzen duena. Bera gabe, besteak beste, batzordearen bitartez sortutako Joanes Etxeberri saria ez zatekeen posible izango.

Sarituen hitzaldiak bukatutakoan eta ekitaldia amaitu aitzin, Koikili Lertxundi futbolari profesional ohi eta "coachin-g"ak hitzaldi bat eman zuen, "Euskararen normalkuntza erakundeetan", zeinean adierazi zuen "persona elebidunak eraldaketaren motorra direla, eta bere horretan jarraituz, euskaraz hitz egiteko zailtasunak, insecuritateak eta lotsa ditztenei lagundu behar zaiela". Ekitaldia bukatzeko Giza Baliabideetako zuzendari Jose Mari Armentiak eta zuzendari nagusi Jon Etxeberriak sariak banatu zizkieten proiektuen arduradunei.



Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sareak lortu du aurten bikain zilarrezko ziurtagiria

Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sareak eta Uribe Erakunde Sanitario Integratuak eskuratu dute aurten zilarrezko BIKAIN ziurtagiria, 2015eko ebazio-prozesuan. Iñigo Urkullu Lehen-dakaria buru zela banatu ziren Bikain Euskararen Kalitate Ziurtagiriak, Gasteizko Europa Biltzar Jauregian eginiko ekitaldian.

Euskararen erabileraren, presentziaren eta kudeaketaren eredu estandarra ezartzen du BIKAINek eta Osakidetzako 8 erakunde sartu dira dagoeneko hizkuntzen kudeaketa-eredu horretara. Horietako bostek zilarrezko BIKAIN eskuratu dute (aurtengoez gain, Bermeoko eta Mendaroko Ospitaleak eta Bilbo Eskualdea zena) eta gainerako hirurek oinarritzko BIKAIN (Galdakao-Usansolo eta Zumarragako Ospitaleak eta Gipuzkoako Mendebalde Eskualdea zena).

Osakidetza osatzen duten zerbitzu-era-kundeek kudeaketa aurreratuarekin lotura zuzena daukatela gauza jakina da; haietako askok eskuratu dituzte aitortzak, EFQM-n esaterako. Hizkuntza-normalkuntzara ere hedatu da kudeaketa-modu hori, hain zuzen ere Euskaliten eta Hizkuntza Politikarako Sailburuordetzaren BIKAIN ziurtagirien eskutik.

Osakidetzaren II. Euskara Planak zehatzua du plangintza-aldi honetan zehar (2013 – 2019) helburu gisa zerbitzu-erakunde guztiak zilarrezko BIKAIN eskuratzea.



Yolanda Anguera y Josean Fernández, Secretaria y Presidente de AERGI Asociación de Alcohólicos y Adictos en Rehabilitación Gipuzkoa

“Nuestra mayor aportación es la terapia de mutua ayuda y la colaboración con los profesionales para ayudar a las personas con problemas de alcoholismo y otras dependencias”

Zenbait urte dira AERGI elkartea lanean ari dela alkoholismo arazoak edo beste mendekotasun batzuk dituzten pertsonei laguntzeko, sendatu ahal izateko eta gaixotasun horrek dakartzan arazo guztiei aurre egiteko. Elkarrekin elkarri laguntzeko terapia taldeak eskaintzen ditu, eta profesionalen lagunza bilatzen du aurrerapausoak ematen jarraitzeko eta kaltetutako pertsonek errehabilitatzeko benetako aukerak izateko. Gizartea kontzientziatzeko jardunaldiak eta hitzaldiak ere antolatzen dituzte; esate baterako, gizartean zenbait drogarekin horren permisiboak ez izateko –legez kanpoko drogekin edota tabakoarekin baino zorroztasun gutxigorekin ikusten baita–.

AERGI es una asociación de alcohólicos en rehabilitación que hace de esta su seña de identidad, para informar sin secretismos, ni lucro sobre el alcoholismo y las adicciones a otras drogas ilegales y conductuales, de manera totalmente apolítica y aconfesional.

Josean Fernández y Yolanda Anguera se han sentado con nosotros para hablar de los problemas de las personas con adicciones, su rehabilitación, los retos a que se enfrentan y todo lo que rodea a esa enfermedad. En su propia página web comentan que “Tratamos de colaborar con la medicina desde nuestra experiencia, informando a profesionales, pacientes y familiares, puesto que entendemos que una enfermedad como la adicción afecta a todos cuantos conviven o tratan a quienes la padecemos”. Entre otras muchas actividades, han organizado recientemente las IV jornada sobre alcoholismo y adicciones con una respuesta de público que demuestra el interés del tema y también la necesidad de conocerlo más a fondo.

Josean: Así como la anterior jornada estaba más dirigida a los profesionales, esta vez hemos enfocado el acto

a la sociedad guipuzcoana en general. Se planteó una pregunta: “adicciones, ¿complejidad o complicidad social? Trajimos a dos profesionales, como son el Dr. Francisco Pascual, que es vicepresidente de Socidrogalcohol, sociedad que se dedica al estudio de las adicciones, y al Dr. Bartolomé Pérez, psiquiatra del Hospital San Juan de Alicante y profesor de la Universidad Miguel Hernández.

Complejidad o complicidad. ¿A qué se refieren exactamente?

Josean: Nos referimos la complejidad del proceso adictivo, especialmente en esta ocasión del alcoholismo, y de la complicidad social en determinados momentos con lo que viene a ser el desarrollo de la problemática, la inhibición del consumo en jóvenes y cómo se desarrolla esto a lo largo del tiempo. Los dos especialistas a los que antes aludía pertenecen a una de las instituciones más avanzadas en Europa como es Socidrogalcohol y dieron a conocer un perfil de la situación que no es el que estamos acostumbrados a ver Gipuzkoa en el campo profesional. Están haciendo un gran trabajo, serio y metodológico desde las instituciones sociosanitarias públicas en la Comunidad Valenciana en el tema de la incidencia del alcoholismo y las adicciones.

También nuestra sanidad contempla el diagnóstico y tratamiento de esas patologías.

Josean: Sí, pero no de la misma manera. El Dr. Pascual fue el médico que abrió el primer centro de Alcohología del estado español en Alcoy (Alicante) y el Dr. Pérez, dirige una Unidad de Alcohología en el hospital San Juan de Alicante, con capacidad de ingreso directo de paciente en el Hospital General San Juan, algo que a nosotros nos gustaría contar, una unidad específica de alcoholología en el Hospital Universitario Donos-

tia. Que esta enfermedad sean tratada específicamente. Esa atención diferenciada sí se da en las drogas ilegales pero en cuanto al alcohol, no.

Más mujeres que hombres

Y en esta situación, ¿qué hace la asociación? ¿Qué aporta?

Josean: La asociación ayuda a las personas que tienen problemas de adicción a sustancias y conducta adictivas, no solo el alcohol. Las personas que vienen ahora a nuestra asociación no son del perfil clásico del alcohólico que hemos conocido hasta ahora, se trata ya de problemas de policonsumo en los que el alcohol, como el tabaco, es una droga de inicio y de salida. La gente se mete en problemas adictivos con el alcohol, puede pasar luego a consumir drogas ilegales y pueden, también, acabar desintoxicándose del proceso de las ilícitas, pero cuando acaban dicho proceso y salen a la calle, como socialmente está más aceptado, vuelven a quedar atrapados por las drogas de inicio, ya que estando normalizadas socialmente no les parece problemático su consumo.

La asociación no puede ser un aparcamiento de personas con adicciones, la familia también debe implicarse”

Hasta hace no tanto tiempo se relacionaba el alcohol a los hombres. Eso ya no es así, ¿verdad?

Yolanda: No. En AERGI tenemos más mujeres que hombres. Las chicas también empiezan pronto, tanto con el alcohol como con el tabaco...el número de chicas que beben alcohol es mayor que el de los chicos, aunque estos beben más cantidad. Hay ya estudios que lo demuestran. Por eso es tan importante trabajar y hacer un frente común. Es una

asunto muy grave y de ahí que pidamos que los profesionales den otro paso más adelante y profundicen en este área como el caso de los dos expertos que invitamos a la jornada. Pedimos que aquí también haya unidades especializadas, incluso diferenciando entre hombres y mujeres. A la mujer el alcohol le afecta mucho más que a un hombre. Y no se está teniendo esta en cuenta esta diferencia de género en los tratamientos ni en las investigaciones.

Además de esas unidades especializadas en el alcoholismo, ¿qué más se puede hacer según su opinión?

Yolanda. No hay que olvidar que esta enfermedad está relacionada con la violencia machista, los accidentes de tráfico... Hacen unas campañas increíbles por los accidentes de tráfico y, cuantitativamente, los índices de mortalidad relacionados con el alcohol superan en 20 a 1 a las muertes por accidentes de tráfico, en los que en más del 51% también está implicado el alcohol. Tenemos la sensación de que estamos solos, desgraciadamente. Pedimos que los profesionales se impliquen más. Necesitamos ayuda.

La aportación de AERGI

¿Cómo ayudáis a quienes llegan a la asociación con problemas de adicción?

Josean: Lo más importante es la terapia de mutua ayuda. Pero necesitamos más que eso, por eso estamos intentando llegar a un acuerdo con la facultad de psicología para tener psicólogos en prácticas y nos gustaría también contar con la colaboración desinteresada de algún médico o de algún psiquiatra o neuropsiquiatra. No tenemos posibilidades de pagar porque no tenemos ninguna subvención ni ayudas, los gastos los cubrimos con las aportaciones de los asociados.

Yolanda: Hacemos grupos de terapia los lunes, martes y jueves, uno por la mañana y dos por la tarde. Y luego los sábados, una sesión conjunta de todos los grupos. Hay más mujeres que hombres y nos ocurre que 2 de cada 3 mu-

Pedimos unidades específicas para tratar el alcoholismo y diferenciación de género entre hombres y mujeres

ujeres abandonan el proceso de rehabilitación por presiones de sus familiares. Cuando una mujer deja de beber, en muchos casos la propia familia le anima a dejar el grupo, la asociación... Se piensan que por el sólo hecho de dejar de beber ya está todo solucionado. Y el alcoholismo es mucho más que eso. Hay que llegar a las raíces, a las causas más profundas de la enfermedad y crecer personalmente y comprender qué es esta enfermedad. Si no, habrá recaídas. Es, se trata, de una enfermedad crónica y recidivante.

La familia también deberá implicarse...

Josean: Nosotros desde el inicio tratamos de implicar a la familia en el proceso. No queremos ser un aparcamiento de borrachos, de adictos. No puede ser que la familia traiga aquí a alguien y se desaparezca. Tiene que implicarse. Porque además es un parte afectada, aunque algunos al principio no lo quieren reconocer, la figura del co-adicto, del co-dependiente está ya bien estudiada. Pero pocos familiares quieren asumirlo.

Nuestro objetivo y nuestro trabajo es implicar a los profesionales y al entorno de la persona que pide nuestra ayuda con una adicción. En el caso de los profesionales, nosotros lo tenemos

claro: tienen que ir sí o sí a su médico. En caso contrario no inician el proceso. Nosotros no somos médicos, somos técnicos en drogodependencias. Estamos terminando ahora mismo un máster, pero tenemos claro cuáles son los límites y cuál es nuestro papel y función. Son los profesionales los que tienen que llevar la batuta en este tema. Y para el asunto de los familiares, están los grupos de familia que dirige Yolanda, que se reúnen quincenalmente. Pero, en este caso llama la atención que a pesar de que en AERGI hay más mujeres que hombres, en los grupos de familia también hay más mujeres que hombres. El hombre es menos participativo.

Yolanda: Hay familiares que a veces llegan tan tocados o más que el propio adicto, que necesitan tratamiento, ayuda. Se aprende mucho con mucho con los grupos de familia. Hay uno que lleva sesionando más de dos años, que está muy asentado –solo hay un hombre en él– y el cambio que se ha producido en cuanto al sentimiento de culpa, autoestima, soledad... es enorme, increíble, pero es complejo, vienen muy mal.

AERGI

Lasarte en Antxota Kalea 1-1º,
(casa de cristal.)

Teléfono: 943 37 42 90 / 688 86 15
51

Correo electrónico:
aer.aergi@gmail.com

Web:
<http://gialkoholimoak.blogspot.com.es>





Manual de celadores de la OSI

La Dirección de Enfermería y los responsables del Personal Celador han preparado un manual en el que han colaborado también el Servicio de Medicina Preventiva, el Comité de Seguridad (Personal Celador) del Paciente, la unidad de Calidad y la Unidad de Comunicación.

Como se indica en la introducción, al hablar de procedimientos, seguridad del paciente, incidencias y otros aspectos, hay ocasiones en que no se tiene en cuenta al personal celador.

Sin embargo, es un grupo profesional totalmente involucrado y que participa claramente en muchos de los procesos que tienen relación con los pacientes desde traslados, movilizaciones, acompañamiento, etc.

Con el objetivo de formar y establecer criterios unificados, se ha elaborado el manual que recoge los procedimientos más usuales que realiza el personal celador. El manual está dividido en tres grandes apartados: competencias, procedimientos y seguridad del paciente y ofrece igualmente un anexo con la numeración de camas del Hospital Universitario Donostia y la bibliografía empleada.



Bikaintasunarekin konprometitutako zentroak

Urriaren 8an, Donostia Unibertsitate Ospitalean zainketen bikaintasunarekin konprometitutako zentroen programari buruz ekitaldia izan zen. Izan ere, Donostialdea ESla aukeratu dute programa horren barruan. Ekitaldira honako profesional hauek bertaratu ziren: Ana Bustinduy, Integratorako zuzendaria; Pilar Lecuona, Erizaintzako Elkargoen presidente; Esther González eta Laura Albornos, proiektuaren arduradunak estatuan; eta Lucía Gárate, proiek-

tuaren burua Donostialdea ESla. Jardunaldian ebidentzian oinarritutako zainketak sustatzeko estrategiak aztertu ziren RNAOkoko praktika klinikoaren Giden bidez. Bestalde, proiektua abian jartzeko faseak 3 urte iraungo du. Eta 2018. urtean, Bikaintasunarekin konprometitutako zentroko akreditazioa lortu eta gero, erakundeak praktika horiek zabaltzeko eta mantentzeko konpromiso berri bat ezarriko du.

Más salud sariak

Sesosgik (Gipuzkoako osasun-zerbitzuak) eta Diario Vasco Más Salud sariak sortu dituzte, osasun-profesionalek berrikuntzaren arloan eta paziententzako arretan egiten duten lana aitzortzeko.

Lehen edizioan, Donostialdea ESko langile hauek jaso dute saria: Gaixotsun Infekziosoen Unitateko José Antonio Iribarren dk.; Kirurgia Orokorreko Raúl Jiménez dk., arlo klinikoan eta ikerketan egindako lanagatik; eta Jone Labaka erizaina, ostomien eremuan lortutakoagatik. Ekitaldia Donostiarra Miramar Jauregian egin zen.

Langile hauei ere saria eman diete: Donostia Unibertsitate Ospitaleko gerente ohi Máximo Goikoetxea dk., arreta soziosanitarioa bultzatzeagatik; María Blasco dk., Elena Fernández Arin dk. eta ACABE elkartea.

Ikusleek gogoz egin zuten txalo, eta gure osasun-profesionalei eman zizkieten sariak; dena den, Juanjo Calvo buru izanik, epaimahaiak aitortu zuen oso zaila izan zela sariak nork irabaziko zituen erabakitzea, «hautagaien zerrrenda oso luzea baitzen, kalitatea oso handia delako Gipuzkoan». Hala ere, azkenean, «gure iritziz aurten hautatu beharreko sei izen atera ziren».

Adolfo Beguiristain doktoreak ekin zion sarituen txandari. Saridun guztiak oroitzapenezko plaka berdina jaso zuten, eta Beguiristain doktoreak Kirurgia Orokorreko mediku espezialista Raúl Jiménez doktoreari eman zion. Nabarmendu zuten Jiménez doktoreak esteatosi hepaticoaren alorrean eginiko lan klinikoa eta ikerketa-lana. Jiménezek egunero inguruau duen taldearekin partekatu zuen «poza», eta haiei eskaini zien saria.

Jone Labaka erizainak ere saria jaso zuen, eta ez zen zirrara ezkutatzeko gai izan: DVri esan zionez, «erabat harrituta nago deitu zidaten egunetik. Sari bat eman didate atsegina dudana egiteagatik; hau da, nire pazienteak zaintzeagatik». Epaimahaiaren ustez, Labakaren bereizgarria da ostomiak dituzten paciente kronikoekin diharduela bereziki. «Nire lanbidea dela eta, zorionekoa nai zela uste dut, besterik ez». Horixe esan zuen José Antonio Iribarren doktoreak; izan ere, azken 30 urteotan Gipuzkoako herriarrekin berrikuntzan eta arretan eginiko lanagatik sariu zuten, Donostia Ospitaleko Gaixotasun Infekziosoen Unitatearen ordezkari gisa.

Residencia Sanitaria Nuestra Señora de Aránzazu

Manuel Solorzano, Enfermero

Oraingo honetan, atal honen izaerari jarriki, Arantzazu eraikinaren zenbait xehetasun ezagutuko ditugu, ospitalearen parte den aldetik. Izatez, Errepublikaren garaiko proiektu bat da, Gerra Zibilaren ondoren berriro abian jarri zena, bere osotasunean ez bazeen ere. Gaur egun, zentro bakarra osatzen du, eta Donostialdea erakunde integratuan barruan dago. Gure historiaren zati den hura garai bateko argazkien bidez ekarriko dugu gogora.

El edificio Arantzazu del Hospital Universitario Donostia se comenzó a construir en los años 30, pero debido al estallido de la Guerra Civil fueron paralizadas las obras hasta finales de 1955. El 18 de septiembre de ese año, se constituyó la Comisión Permanente de la Constructora "Nuestra Señora de Aránzazu", que es la que materializaría la obra bajo la presidencia del entonces gobernador civil Garicano Goñi. La Residencia Sanitaria Nuestra Señora de Aránzazu comenzó a funcionar el 1 de agosto de 1960 y fue inaugurada el 13 del mismo mes, con una dotación de 378 camas, distribuidas en 4 plantas (la cuarta planta que se encontraba cerrada, se abrió varios años después) y se fue ampliando paulatinamente, según las necesidades, hasta ofrecer un amplio catálogo de servicios sanitarios. El día anterior a la inauguración se efectuó el traslado de los primeros pacientes: las mujeres y los niños que estaban ingresados en la maternidad de la Villa San José en Ategorrieta. Su director médico y el administrador, el doctor Alfonso Ugalde y Manuel Sanz, fueron nombrados para los mismos cargos en el nuevo centro sanitario. Pocos días después, el Jefe del Estado inauguraba oficialmente las nuevas instalaciones. Este edificio ocupó el pabellón que iba a albergar la Escuela de Enfermeras. Hasta entonces, la sanidad pública en Gipuzkoa apenas contaba con la maternidad antes citada y el Hospital público San Antonio Abad, más conocido popularmente como Hospital de Manteo del barrio de Gros, pero que no reunía las debidas condiciones, ya que



había salas de hasta 40 enfermos y el propio edificio estaba muy deteriorado. El resto de prestaciones, tanto médicas como quirúrgicas, estaban concertadas con diversas clínicas, que eran numerosas en San Sebastián, como las Clínicas de San Ignacio, Martín Santos, San Juan de Dios o Cruz Roja.

La atención sanitaria a los pacientes ingresados estaba a cargo de los médicos, supervisoras, enfermeras, Hijas de la Caridad y auxiliares de clínica que realizaban su trabajo en las plantas y servicios centrales.

El día que se inauguró, en las plantas estaban ingresados 74 enfermos de ambos性es y 37 niños recién nacidos.

La enfermería

La enfermería surgió a finales del siglo XIX y principios del XX, como una profesión fundamental en el cuidado y la atención de los pacientes en los servicios de salud. Símbolos como el uniforme, la cofia y la capa fueron representativos de la actividad.

Una de las profesiones que se ha caracterizado a través de la historia por el uso del uniforme es la enfermería como legado militar, junto con los títulos de supervisora y jefe, condiciones que hacen referencia en la actualidad a profesionales de enfermería. El uniforme también se constituye en otra herencia de tipo religioso (justamente en sus inicios los uniformes de las enfermeras se parecían mucho a los hábitos de las monjas).

El color blanco del mismo expresa la vocación profesional de enfermería por la vida, la bondad y el sentido de protección y seguridad, al que tienen derecho todos los ciudadanos. Por eso, los uniformes negros, símbolos de muerte y de desgracia de las órdenes religiosas, en la sanidad se volvieron blancos. El Uniforme de la enfermera hasta los años 80, consistía en un vestido o bata azul celeste, con mangas largas o cortas, con puñetas blancas y almidonadas, cuello almidonado blanco, cofia blanca, medias blancas y zapato blanco. Delantal blanco con peto y dos bolsillos. Las enfermeras que estaban en pediatría llevaban en vez de cofia, turbante blanco. En las cofias según las franjas correspondía al grado de jerarquización de las enfermeras: tres franjas, jefa de enfermeras; dos franjas, adjunta de enfermeras y una franja, supervisora de enfermeras. Las auxiliares llevaban el mismo traje, diferenciándose en el vestido o bata que era a rayas de color marrón clarito y blanco.



Quienne's Band

un grupo de música celta compuesto por profesionales del hospital

“Nos identificamos con la música de taberna para que la gente esté animada”

Ospitaleko bost zeladorek, beren denbora librean, musika zelta tradizionaleko kantak entseatu eta prestatzen dituzte, ondoren, taberna eta pubetan jotzeko. Bost urte daramatzate elkarrekin, eta beren musika instrumentalaren helburua hauxe da: entzuleak ondo pasaraztea, jotzen dituzten kantu enritmoan dantza egin eta mugitzen diren bitartean. Kontua ez dute txantxetan hartzen, astero baitituzte entseguak, haien musikak ahalik eta soinu politena izan dezan. Taldeak “Quiennes Band” du izena.

Flavio Salvador al violín y la mandolina, Patxi Aldabe con la guitarra y el banjo, Pablo Leza a la guitarra, Iñaki Berdote en las percusiones y Alberto Movilla con sus flautas forman “Quiennes's Band”, un combo de música tradicional celta que en sus ratos libres toca esta música en pubs y tabernas. Cinco compañeros que han hecho de su afición una válvula de escape como cuentan en esta entrevista que hemos hecho a Flavio y Patxi, dos de los componentes del grupo.

¿Cómo surgió la idea?

Flavio: Hace unos cinco años. Yo llevaba tiempo con la música celta como aficionado y Patxi toca la guitarra des-



de chaval. Un día comenzamos a tocar juntos Pablo y yo, luego vino Patxi y después los demás.

¿Por qué música celta?

Patxi: A Flavio le gusta esa música, es la que tocaba siempre y él manejaba bien las melodías y yo los acordes y el acompañamiento. Y la verdad es que a todos nos gusta, está claro.

¿Sólo música celta? ¿Habéis pensado ampliar vuestro repertorio a otras músicas?

Flavio: De momento, no. Hacemos música tradicional escocesa, irlandesa, bretona... todo lo que es el mundo celta. Y es muy accesible para conseguir nuevos temas por internet. Hacemos temas de Gwendal, Dubliners, Chieftains... es la gente que más ha sonado y de la que hemos recibido buena parte de nuestro bagaje en este tipo de música. Hemos crecido con esa música.

Los pubs serán el lugar más idóneo para hacer vuestra música.

Patxi: Sí, normalmente solemos tocar en bares o pubs, lo que nos gusta es tocar en los sitios más típicos y lo más cercano es un pub. Afortunadamente hay unos cuantos, pero también lo hacemos en bares como "La Taberna" en Virgen del Carmen, en Egia, donde tocamos hace poco.

Flavio. Nos identificamos con la música de taberna.

¿Cuántas actuaciones hacéis, más o menos, al año?

Flavio: Aproximadamente, ocho o diez.

Y todo por afición, claro.

Flavio: Por supuesto, no cobramos un duro. Los bares no tienen mucho presupuesto. Algunas cervezas y algo para picar. Además, lo hacemos por afición, nunca hemos pretendido hacer dinero con esto. Es una válvula de escape para sanear nuestras vidas, una forma de terapia mental para sanear nuestras vidas.

Y también para divertiros

Flavio: Claro, esta música nos gusta y disfrutamos cuando tocamos.

Habrá que ensayar

Patxi: Hacemos un ensayo semanal los cinco, como mínimo, y luego cada uno en su casa también ensaya por su cuenta.

¿Quién propone los temas?

Flavio: Entre todos. Alguno escucha un tema por ahí y lo propone al grupo y si nos convence con la partitura en la mano pues lo incorporamos al repertorio. Buscamos los acordes y cada uno empieza a "cocinarlo" por su cuenta y luego nos juntamos en el ensayo y le damos forma entre todos.

Tendréis alguna maqueta grabada.

Flavio: Algo así. Grabamos en el estudio de un amigo rockero y nos hizo una grabación de catorce temas que nos sirve sobre todo para que el bar o el pub donde tengamos oportunidad de tocar tenga una idea de qué hacemos y cómo tocamos. Una cosa orientativa.

Algunas canciones de vuestro repertorio...

Flavio: No cantamos, es todo instrumental. Hay algunas muy conocidas como "Mountain road", "Miss McCleod's", así como jigas y polcas muy conocidas.

¿No cantáis?

Patxi: Está el problema del idioma... alguna ya hemos preparado, pero al final la hemos tocado en versión instrumental. No es fácil cantar en gaélico, por ejemplo. Tampoco se nos da muy bien el inglés. Nos complicaría el trabajo y no tenemos claro si funcionaría.

No habéis tocado nunca en el hospital

Flavio: Es una música muy de taberna, de pub, nunca lo habíamos pensado. Pero es cierto que podríamos preparar un recital más enfocado a tocar en un local como el salón de actos. Podría ser...

Patxi: Nosotros hacemos música tradicional, para mover el cuerpo, y lo más importante es que la gente quiera bailarlo.

Flavio: O para crear un ambiente festivo en la plaza de un pueblo, en una taberna con el ruido de las vasos o las jarras chocando...



Girmay Hagos Araaya, médico del Hospital Universitario Ayder de Mekelle (Etiopía)

“Mi estancia en el Hospital ha sido una maravilla”

La OSI Donostialdea mantiene una estrecha colaboración con organizaciones no gubernamentales que trabajan en tareas asistenciales y sociales. Una de estas organizaciones es la fundación Etiopía-Utopía, que junto con la Escuela de Enfermería de la UPV/EHU, el Hospital Universitario Donostia y el Hospital Universitario Ayder de Mekele, ha puesto en marcha un proyecto conjunto para formación de profesionales sanitarios y apoyo en material y equipamiento sanitario del que ya informamos en nuestra revista.

Fruto de esta colaboración nos visitó el médico etíope Girmay Hagos Araaya, quien nos ha explicado que “A través de la fundación Etiopía-Utopía muchos médicos del Hospital Universitario Donostia, entre ellos Santiago Larburu, de Cirugía Digestiva, y los doctores. Oñatibia y Gonzalo Vega-Hazas de radiología, han estado en el Hospital de Ayder con la misión de ayudar en sus respectivas especialidades. Esto me



dio la oportunidad de conocer y hacer amistad con estos médicos. Para fortalecer esta relación yo fui invitado por la fundación a visitar San Sebastián y el Hospital Universitario Donostia”.

Según nos ha dicho, “Mi estancia ha sido una maravilla. Gracias a Santi tuve la oportunidad de visitar el Hospital Universitario Donostia, los servicios de Farmacia, Radioterapia, Radiología, quirófanos, broncoscopias y me quedé totalmente impresionado por los avances de medicina que se están realizando”. Lo que más le ha llamado la atención durante su estancia con nosotros ha sido la forma de distribuir los medicamentos a cada paciente, el uso efectivo del smart care, el manejo de pacientes

graves en Cuidados Intensivos, la cirugía robótica asistida, pero también otros aspectos como las líneas de colores que guían a los usuarios de la entrada a diferentes unidades...

Además, también he visitado Zumaia, disfrutando de la comida y del vino y, sobre todo, de la gente tan amable y tan respetuosa.

El Dr. Hagos Araaya es cirujano general, del tórax, vascular y jefe del departamento. Cursó la carrera de medicina en Cuba y la especialidad de tórax y vascular en México.

El Hospital de Ayder es un hospital universitario y de referencia para casi ocho millones de habitantes del norte de Etiopía. Cuenta con 400 camas y diferentes especialidades. “Es interesante, nos decía en nuestro encuentro, la colaboración con el Hospital Universitario Donostia sobre todo por el intercambio de experiencias que tenemos con los médicos que trabajan en este hospital y que han estado en Ayder”. “Para nosotros, quiso subrayar, es vital la colaboración de ustedes en la formación de médicos en diferentes especialidades y en ayudar a conformar un buen equipo de mantenimiento”.



Toraxaren Ospitaleko Karitateko Mesedetako Ahizpeiburuzko liburua

Gure kide Manuel Solorzanok oraintxe aurkeztu du ospitaleak argitaratutako liburu berria. “El Hospital del Tórax de San Sebastián y las Hermanas Mercedarias de la Caridad” liburua da. Donostialdea ESla argitaratzen ari den bilduma osatzen du Ian honek, eta helburua da zentro sanitarioen eta gipuzkoarren arretan nabarmendu diren profesionales historia jasotzea.

Argitaratze-kontseiluak hitzaurrean adierazten duen bezala, osasuna gure historiaren parte da, eta historia horren protagonistik, euren hobetzeko nahiarri eta gizatasunari esker, aspaldi erein zuten gaur egun dugun sanitatearen hazia.

Donostialdea ESla Traumatologiako erizain Manuel Solorzano aditua da erizaintzarekin eta osasunarekin loturiko gaietan; donostiarra da, eta dagoeneko zazpi lan argitaratu ditu arlo honetan. Eusko Ikaskuntzako eta Zaintza Aringarrien Euskal Elkarteko kidea da, eta Zaintzen Aldizkari Etikoa idazten parte hartu zuen. Erizaintzako Historiaren Sare Iberoamerikarreko kide ere bada, baita Euskalerriaren Adiskideen Elkarteiko kide ez-numerarioa ere.

Liburu aipagarrien artean, honako hauek ditugu: Dispensario Médico de Santa Isabel. Gratuito para los pobres de San Sebastián, Hospital Civil San Antonio abad (2011), Ibon Casas: La lucha cotidiana contra la retinosis pigmentaria eta Clínica Nuestra Señora de las Mercedes.

Argazki-erakusketa Ospitalean



Argazkilari Elkartearekin eta Donostia 2016rekin elkarlanean, zenbait argazki-erakusketa ikusi ahal izan ditugu Ospitalearen erdiko eraikineko sarreran 2015ean zehar. Lehen erakusketa José San Francisco erizainarena izan zen, eta munduko zenbait tokitako irudiak erakutsi zizkigun. Manuel Rodríguez Prietoren naturaz ere gozatu genuen; zehazki, lore-bilduma bat ekarri zigun objektibo makro batekin. Maiatzean, Ángel Ispizua otorrinoaren "Pooltrai-t"-ak ikusteko aukera izan genuen, eta ekainean, José Luis García Madinabeitiak Belle Epoque-era eraman gintuen, garai bateko eta egungo irudiekin jolas eginda.

Uztalean, Bigarren Mendeurrenara dela eta, SFGko kide batzuek hiriko hainbat txoko erakutsi zizkigutenean. Gorka Asencorrekin Indiara eraman gintuen abuztuan, begirada biziez betetako bildumaz baliatuta. Irailean, Natxo Castellanosek Donostiako toki berezienei ateratako argazkiak ikusi genituen. Bestalde, Txaro Barinaga-Rementeríak natura hil berzi-bereziak erakutsi zizkigun gero, eta azaroan, Jaione Garcíak "Arquitectura" bilduma erakutsi zuen.

Donostialdea ESLaren Komunikazio Unitatea lanean dabil, datorren urtean beste argazki-erakusketa batzuk ikusteko aukera izan dezagun.

Belén Ferreras erizaina da ESLan, Argazkilari Elkarteko kidea da, eta erakusketen komisario-lanak egin ditu. Azaldu

duenez, 2016 proiektuaren barruan, Argazkilari Elkarteak proposatu zuen erakusketak egitea hiriko zenbait tokitan, argazkilaritza zenbait lokaletako kalera eramateko. "Lehiaketan aurkezten diren lanekin Ospitaleak urtero antolatzen dituen argazki-erakusketa ikusita, gure proiektua txertatzeko toki ona zela iruditu zitzaidan. Planteatu genuen, eta Ospitaleak baiezkoa eman zuenez, urte osoan egon da erakusketa bat ikusgai".

Belén Ferrerasen iritziz, oso toki ona da, handia delako eta argi ona duelako, eta hori bermea da argazkien egilearentzat. Horrez gain, ospitaleratuta dauden pertsonak edo norbait ikustera etortzen direnek ere entretenitzeko aukera dute, eta horrelako erakusketa aukera ezin hobea dira".

Ferrerasen dioenez, "parte hartu duten argazkilari guztiak amateurrak dira, eta SFGko kideak. Eta datorren urtera begira, harremanetan gabiltza España osoan erakusketak egiten dituzten profesionalekin, baina oraindik ez dugu programa osatu". Orobak, Belén Ferreras pozik agertu da, agertoki onenetako bat izan delako. Izan ere, kalean bertan haietako zenbait gelditu dituzte, Ospitaleko erakusketa dela eta. Amaieran, erakusketen komisarioak adierazi zuen "Argazkilari Elkarteak esker ona eman nahi duela, Ospitaleak ematen digun espazioaren pareko gutxi ditugulako".

Vespa Tour

Donostia Unibertsitate Ospitalea "Vespa Tour"raren –Minbizaren aurkako españiar Elkarteko proiektuaren– etapetako baten helmuga izan da. Proiektu horren helburua da hainbat zentro sanitario bisitatzea dirua biltzeko. Ospitaleera iritsi ziren Marqués de Valdecilla Ospitaleko umeek egindako pankarta bat guri emateko. Bestalde, gure ospitaleko txikiiek beste pankarta bat egin zuten, ilusioz handiz, "12 de Octubre" Ospitaleko umeentzat.



Darth Vader en Pediatría

Unas semanas antes de que llegase a las pantallas la última película de la saga de las galaxias, la Unidad de Pediatría pudo disfrutar de la fantasía/ciencia-ficción del universo Star Wars, representada por la Asociación sin ánimo de lucro "Legión 501st Spanish", visitaron la unidad las tropas imperiales con Darth Vader a la cabeza y seguido de los cuatro soldados de las tropas imperiales, con regalos para todos y un diploma acreditativo de colaborador de las tropas. Una puesta en escena muy cinematográfica, haciendo las delicias de niños y familiares.

Olentzero etorri da

Abenduaren 24ko gauean Euskal Herriko umeek Olentzeroren bisita izan zuten, baina aurretik ospitaleko haurrak bisitatu zituen. Zakua ekarri zuen opariz beteta eta Mari Domingiren eta hainbat haurren laguntzarekin Ama-haurren eraikineko solairuak animatu zituen gabon kantekin.



Errealekoen bisita haurrei

Real Sociedad Fundazioak antolatutako bisita izan genuen, Pediatriako eta Onkologiako haurrei poz pixka bat ekarritz. Ion Ansotegi, Jonathas, Leire Baños eta Iraia Iparragirre, Nekane Soria kontseilaria eta Irrien Lagunak-ekoak egon ziren, zein baino zein ilusio gehiagorekin, opariak eta irriak banatzeko.



Actividades navideñas en el hospital

Además del Olentzero, al que dedicamos un espacio en estas mismas páginas, a lo largo de las fiestas navideñas también nos visitaron los reyes Magos con sus pajes y multitud de regalos para hacer más llevadera su estancia a los niños ingresados en esas fechas en el hospital.

La Unidad de Comunicación, como todos los años, ha organizado un sinfín de actividades que se iniciaron con la "Gran Gala de Magia del mago Oliver"



y continuaron con Algaraklown. El 17 de diciembre se celebró la entrega de libros que el Gremio de Libreros de Gipuzkoa regala cada año a los chavales ingresados, en una animada jornada que contó con la cantante Amaia Elizagoin acompañada por el guitarrista Manex Arriolabengoa.

También se ha ofrecido un taller de manualidades y los tradicionales villencicos que nos ofrecieron Natalia, Nerea y Ana.

Argazki-lehiaketaren sariak

Abenduan, aukera eduki genuen Donostialdea ESIko langileen argazkiak ikusteko Donostia Unibertsitate Ospitaleko sarrera nagusian, bereziki presztatiriko erakusketa batean. Edizio honetan, gai libreko 84 argazki aurkeztu ziren, eta abenduaren 22an irabazleek sariak jaso zitzuzten.

Lehenengo saria Amara Berri Osasun Zentroko langilea Maria José Salazarrek irabazi zuen "Calma / bare" argazkiarekin.

Bigarren saria Donostia Unibertsitate Ospitaleko Mantentze zerbitzuko langilea Jose Mari Igarzabalek jaso zuen "Quietud" lanarekin.

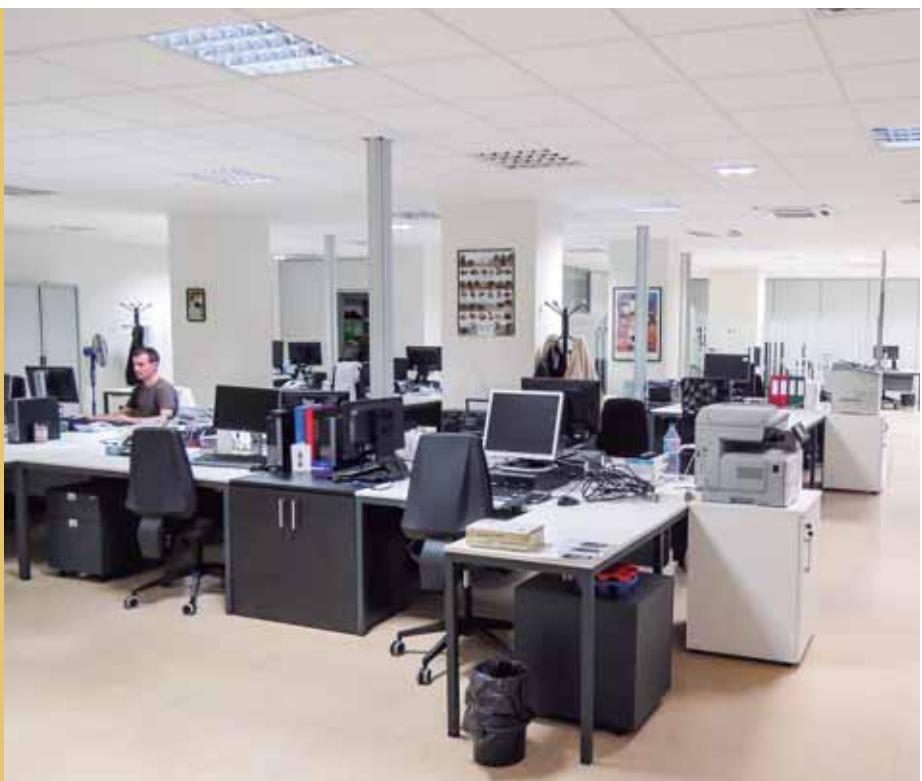
Hirugarren saria 2. solairu 4. unitateko langilea Arantxa Cortajarenaren "Reflexión" argazkiarentzat izan zen. Sarrien banaketara ESLaren gerentea José Manuel Ladrón de Guevara, eta Berrikuntza eta Ezagutza kudeatzeko Unitatearen zerbitzuburua Josune Retegi bertaratu ziren.



Informazio Sistemetako egoitza berria

Gogoratu nahi dizuegu Donostialdea ESIko Informazio Sistemetako Zuzendariordeztako profesionalak dagoeneko Donostia Unibertsitate Ospitaleko Ama-haurren eraikineko bigarren sotoa daudela.

Gogoratzen dizuegu ere gorabeheren telefono bateratua 806350 dela. Beste eskakizunetarako 836050.



Cocina saludable

Elsa Elguea, Nutricionista, Unidad Básica de Prenvención
Manolo González, Gastronomía

Hummus, un plato milenario

El ciclo “Culinary Zinema” del festival de cine de nuestra ciudad ofreció hace pocos años un divertido y trabajado documental sobre el Hummus del realizador Trevor Graham, que lleva el sugerente título de “Haz el Hummus y no la guerra” recordando que uno de los puntos en común de árabes y judíos es esta crema de garbanzos que es una de las joyas de la gastronomía del Próximo Oriente y del que los historiadores sitúan su origen en el antiguo Egipto. Hay incluso referencia en la Biblia, en el Libro de Ruth, pero como recuerda la gastrónoma judía egipcia que reside en Londres Claudia Roden, “no creo que en la Biblia la receta incluyera tahini, limón y ajo”. Su existencia está acreditada en el Mediterráneo oriental, Turquía y Siria esencialmente. De ahí pasó a la India y Persia.

Garbanzos, ajo, limón y la salsa tahini –un majado de semillas de sésamo con un poco de aceite de oliva–, son los ingredientes básicos a los que en ocasiones se añaden pimentón, comino y otros muchos productos.

Sukaldaritza osasuntsua bala-bala dabilela denen ahotan, eta plater begetarianoak, horrenbestez, nonahi eskaintzen dituzte. Hummus da horietako bat. Zera da, azken finean, txitxirio purrea, zeinari gaineratzen zaizkion tahini, limoi zukua eta baratxuria.

Plater zaharra da, zalantzak gabe, jatorria Egipto eduki dezakeena, baina garbantzuak ekialdeko Mediterraneoan erantsi zizkioten platerari eta zonalde horretakotzat jotzen da gaur egun. Egun, Ekiade Ertainean da oso kontsumita, eta gurera iritsi da bi arrazoi nagusirengatik, globalizazioa delakoren-gatik zein sukaldaritza osasuntsuaren gaur egungo joerengatik.

Benetan pita ogiarekin jaten den arren, gurean errejeta klasikoago bat da indarrez sartzen ari dena.

Osagaiak

400 g txitxirio kozinatu
Egosketako baso bat salda
2 baratxuri-ale zuritu
Piper-beltza
Gatza
Oliba olio birjin estra

Tahinia egiteko

80 g sesamo hazi
Oliba olio birjin estra

Bukatzeko

La Verako piperrautsa
1 limoi

Osaketa

Lehengo tahinia egin behar dugu; horretarako almaiz baten sesamo-haziak eta olio zorrotadatxo bat jarri eta dena txikitu, harik eta ahalik eta ore trinkoen lortu arte. Txitxirioak birrindu, ondo xukatuta, baratxuri, oliba-olio zorrotadatxo eta gatz amiñi batekin. Salda erabiliko dugu, purrea krematsuago irten dadin.

Tahinia gaineratu pixkaka (ahal bada espatula bat erabiliz, fusio egokia lortzeearren).

Zerbitzatzeko unean piperrauts ukitu bat eta limoi zorrotadatxo bat eransen dira. Apaingarri jar daitezke sesamo-hazi batzuk edo kuminoa. Nahi izatera, belar aromatikoak ere ametitzen ditu, hala nola errromero edo martorría. Pita ogiaren laguntzarekin bikatin gelditzen da..

Plater elikagarria kolesterola kontrolatzeko

Hummusa proteinetan aberatsa da, eta, hori dela eta, oso egokia da dieta begetariano eta beganoetan haragiaren ordez jateko.

Proteína osagarri gisa funtzionatzen du, ogiarekin batera kontsumitz gero (normalean pita ogiarekin jaten da).

Bikaina da kirolarien dietan zein argaldu nahi dutenentzat, apetitua gutxiagotu eta odoleko azukre-mailak egonkor-tzen lagundi baitezake.

Bitaminak ere baditu –batez ere B taldekoak– eta mineralak, hala nola kalzioa, potasioa, burdina, fosforo eta magnesioa.

Koipe gutxi du eta gantz-azidoen ekarpen onuragarria egiten dio gorputzari,

bereziki azido linoleiko eta oleikoa, kolesterol mailak kontrolatzen laguntzen duelarik.

Xurgapen geldoko karbohidratoen eta zuntzen ekarpenea egokia da, txitxirioei esker.

Bi zopa-koilarakada hummusek 50 kaloria ditu.

Atal honetan errejetaren osagarri prínzipalen balio elikatzailea aztertu nahi dugu, eta, horregatik, plateraren osagai nagusi den txitxirioen, sesamoaren eta La Verako piperrautsaren ezaugarriak zehatz-mehatz azalduko ditugu.

Garbantzuak

Hummusaren elementu garrantzitsuena txitxirioa da, dieta mediterraneoan funtsezkoan diren lekaren artean ezau-garri elikagarri eta sukaldaritzako bikainak dituena.

Kaloria aldetik, 100 gramo txitxiriok 300 kaloria inguru dituzte. Ekarpen handienak honako hauek dira; karbohi-

dratoak, % 55; proteinak, % 20 ; eta lipidoak, % 5,5.

Txitxirioen karbohidratoak xurgapen motel edo geldokoak dira, eta, horri esker, ez dute azukre-mailan igoera azkarrik eragiten, energia eta asebetetasun-sentsazioa denbora gehiago irauten duelarik, zeina baita oso egokia diabetesa duten pertsonentzat eta argaldu nahi dutenentzat, hurrenez hurren.

Proteína begetaletan aberatsa da, eta organismoak berak sintetizatu ezin ditzakeen nahitaezko aminoazidoen ekarpenea egokia lortzeko arrozarekin nahastea gomendatzen da, plater ezin hobea lortuta, horrelaxe, nutrizio aldetik.

Txitxirioak zuntz eduki handia du, hes-te-iragotzea erraztuz, zeinak idorreria saihesten baitu. Bitamina aldetik aipatu beharrekoak dira B taldekoak (B1, B2, B6, B9) eta C, E eta K-koak.

Mineraletan burdina, magnesioa, potasioa, fosforoa, kaltzioa eta zinka ditu.



Anemia dutenentzat guztiz egokia da. Azido folikoa duenez, haunduntzan eta edoskitze-aroan gomendatzen da.

100 gramo garbantzuren osagaiak:

- Kilokaloriak: 305
- Karbohidratoak: 48,6
- Proteinak: 20
- Koipe totalak: 3,4
- Zuntza 9,5
- Kolesterolak: 0
- Bitaminak: A, erretinol: 30 / B1, tiamina: 0,50 / B2, erriboflabina: 0,15 / B3, niazina: 1,5 / B6, piridoxina: 0,54 / C: 4
- Mineralak: sodioa: 27 / potasioa: 580 / kaltzioa: 110 / fosforoa: 428 / magnesioa: 108 / burdina: 6,5.

Sesamo

Sesamoaren haziak proteinetan eduki-maila handia dute, aminoazido esenzial batzuk falta zaizkien arren. Horratik, baditu Omega-3 eta Omega-6 eta zerealekin nahasiz gero, balio biologiko handiko proteina lortzen dugu.

Zuntza dute, eta honako bitamina hauek: B (B1, B3, B6, azido folikoa), E. Mineraletan: burdina, fosforoa, potasioa, magnesioa eta, bereziki, kaltzioa.

La Verako piperrautsa

Bitamina ugari ditu: B,C, E, D eta A edo niazina; eta mineralei dagokienez, zinz, iodo, sodio, fosforoa eta potasioa.

Burdinan eta zuntzean aberatsa da.

Kaloriak: 357 kcal / 100 g.

El balcón de las malloas

Iñaki de la Caba y Santi Larburu

Oraingo honetan, mendizale gi-puzkoarren gogoan iltzatuta dagoen ibilbide bat proposatuko dugu, Ara-larren egitekoa. Zehatzago esanda, mendikateareen gailurretako batean: Balerdi tontorrean. ESIko lagun-talde batek txango hura egin du berriki, eta Santi Larburuk eman digu horren berri. Zeharkaldian kontuan izan beharreko hainbat gomendioz gain, pasadizo eta bitxikeria batzuen berri ere eman du, ibilaldian zehar izandako giroaren adierazgarri.

La Sierra de Aralar es, para un guipuzcoano aficionado a la montaña, algo muy nuestro, tan familiar y cercano que nos entraña rápidamente con la naturaleza. A pesar de ser un macizo pequeño y rodeado de núcleos urbanos, son innumerables los caminos y senderos que todavía nos invitan a la aventura. Este año, organizado de nuevo por Emma, del Servicio de Cirugía de la OSI Donostialdea, nuestra II Marcha montañera nos ha acercado al monte Balerdi cuyo cresterío nos ofrece una magnífica panorámica de las Malloas.

Debido a las numerosas actividades que nos ocupan al mundo sanitario esta convocatoria ha reunido escasamente a media docena de intrépidos montañeros que mochila al hombro nos hemos acercado a la ermita de San Martín en Amezketa (400 m) para iniciar una ruta de unas cinco horas que supera un desnivel de unos 800 metros hasta alcanzar la cima del Balerdi (1197m). Es posible también que el famoso paso aéreo de la parte final de la cima, que le confiere cierta mala fama, haya asustado a más de uno. No han valido las advertencias de que no es necesario atravesarlo para disfrutar igualmente de este paraje. De hecho nosotros tuvimos un viento sur de gran intensidad que nos hizo desistir de llegar hasta la cima.

El recorrido en su ascenso es muy aéreo y los caminos pierden a veces las indicaciones, por eso conviene llevar GPS o mapa para no perdernos. Desde la ermita de San Martín, donde aparcaremos el coche, se toma una carretera que asciende entre caseríos alrededor de kilómetro y medio hasta un punto donde nos encontraremos con un indicador a la derecha que nos coloca en una senda bien señalizada. Llegados a un pequeño collado (aproximadamente 1 hora) con una borda muy bonita, podremos observar la primera panorámica del barranco de Arritzaga por el que transcurre el camino de minas que tendremos que recorrer a nuestro regreso. Desde allí y siguiendo el ascenso (GR-121) atravesamos un sendero muy estrecho, siempre sobre barrancos, que nos coloca en una zona pedregosa, kárstica que nos encauzara hacia la cima.

Una alambrada nos acompañará en el ascenso final, pero debemos alertar nuestro sentido de la orientación porque las señales se pierden con frecuencia. No resulta muy difícil porque abría camino, con gran agilidad, nuestra compañera Paula, que por primera vez en su vida hacía un recorrido montañero. Alcanzamos en primer lugar el buzón del monte Artubi (1263m) desde el que observamos todo el cresterío del Balerdi, las malloas, el valle del Araitz y, finalmente, el collado de Astunalde, que nos servirá de referencia para nuestro regreso. Nos acercamos al cresterío de nuestro monte y es la hora de los valientes. El famoso paso, estrecho y muy aéreo, a escasos metros de la cima nos espera. A nosotros nos pudo la prudencia pero aprovechamos sus magníficas vistas para dar cuenta de un magnífico bocadillo que nos puso en condiciones de emprender la vuelta. Había apetito y menos mal que había género porque Alberto

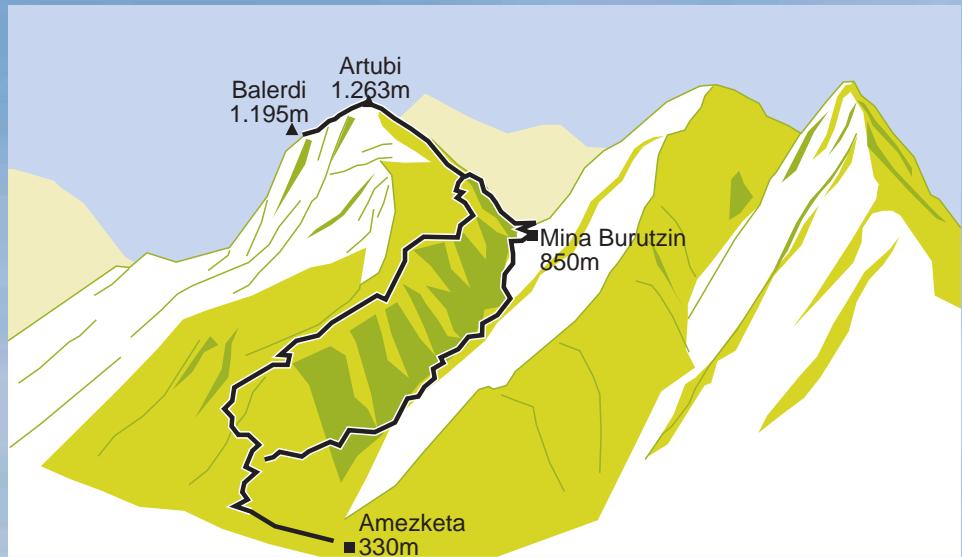


estaba hambriento y no terminaba de saciarse.

Descendimos al collado de Astunalde y desde allí a Minas por pequeños senderos muy empinados. Tras contemplar con respeto y admiración el entorno y el silencio recuperados por la naturaleza después de siglos de explotación minera, tomamos en descenso el curso del riachuelo que nos conduce sin perdida, entre restos de cables, vagones y otros objetos, hacia el punto de partida de nuestra excursión. Conviene reservar parte de nuestras fuerzas para esta parte final ya que el sendero es exigente.

La expedición sufrió y tardó más en el descenso que en el ascenso. No obstante, y gracias a los conocimientos en botánica de Miguel Ángel, que nos ilustró sobre las características de los árboles que nos encontrábamos por el camino, pudimos olvidar las molestias musculares generadas por el esfuerzo. Finalmente todos coincidimos que había merecido la pena y todavía en las noches de guardia se cuentan las aventuras que vivimos aquel día.





- > Gogoratu, pazientea da informazioaren jabea, zuhurtziaz erabil ezazu.
- > Gogoratu, pazientea da informazioaren jabea, ez partekatu beste inorekin, beharrezkoa ez bada.
- > Gogoratu, itzal ezazu ordenagailuko pantaila edo ateraz zaitez aplikaziotik lantokia uzterakoan.
- > Gogoratu, ekidin ezazu tokiko publikoetan pazienteen inguruko gaiez hitz egitea.
- > Gogoratu, ez partekatu zure pasahitzak inorekin, pertsonalak eta besterenezinak dira.
- > Gogoratu, ekidin ezazu korridore eta espazio publikoetan informatzea.
- > Gogoratu, babestu ezazu pazientearen identifikazio-datuak dituen dokumentazioa.

- > Recuerda, el paciente es el titular de la información, úsala con prudencia.
- > Recuerda, el paciente es el titular de la información, no la compartas sin necesidad.
- > Recuerda, apaga la pantalla del ordenador o sal de la aplicación cuando dejes tu puesto de trabajo.
- > Recuerda, evita hablar en lugares públicos sobre los pacientes.
- > Recuerda, no compartas tus claves con nadie, son personales e intransferibles.
- > Recuerda, evita informar en pasillos y espacios públicos.
- > Recuerda, protege la documentación que tenga datos identificativos del paciente.

