

La higiene de manos, nueva fase en la campaña para reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria

Praktika
komunitateak

20. or.



José Manuel
Ladrón de Guevara:
“nuestro objetivo
es que el
hospital sea
patrimonio de
los guipuzcoanos” 16. or.



la brújula

lehenengo eskutik

Próxima actividad científica	Pág. 4
Preservar el Sistema Sanitario de Euskadi	Pág. 5
Curso del Tratamiento del vértigo de Ménière	Pág. 6
Ospitaleko laurteko plana	Pág. 7
El portal fisterra publica una guía clínica sobre lumbalgia del Dr. Barrera	Pág. 8
La higiene de manos centra la nueva fase para reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS)	Pág. 9
efBIO, una nueva red transpirenaica para impulsar la investigación biomédica	Pág. 12
Se realiza una cirugía de tumor cerebral con mapeo cortical en paciente despierto en nuestro hospital	Pág. 15



José Manuel Ladrón de Guevara, Gerente del Hospital Universitario Donostia

Pág. 16

Agradecimiento a benefactores de Biodonostia

Pág. 18

La Unidad de Neonatos del hospital recibe la Medalla al Mérito Ciudadano

Pág. 19

erreportaia

Ezagutzaren kudeaketarako eta berrikuntzako unitatearen eskutik, dei bat egiten dute Praktika Komunitateetan parte hartzeko

Pág. 20

te puede pasar a ti

La importancia del empleo adecuado de guantes

Pág. 22

encuentros

Cuatro citas profesionales sanitarias en abril

Pág. 23

opinión

Vivencias de un paciente ingresado en el Hospital Universitario Donostia

Pág. 24

nos visitó

El mago Oliver nos muestra su entusiasmo en la magia

Pág. 26

ospitalean euskaraz

Karlos Ibargurenek jaso du Euskarazko Tesien III. Koldo Mitxelena saria osasun zientzien alorrean

Pág. 27

berriak

Bera Berako neskak bertara etorri ziren

Pág. 28

Erretiratuei omenaldia

Pág. 29

mendiko koadernoak

Aralar, lugar de arroyos y pastos

Pág. 30



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



Aldizkariaren ale honetan aurkezpen batzuk egin behar dizkizuegu.

Lehenengo eta behin, Jon Darpón Osasun sailburu berriaren mezua Osakidetzan lan egiten dugun profesional guztientzat.

Jarraian urtetako zuzendari mediko eta orain ospitaleko zuzendari gerente Jose Manuel Ladrón de Guevararen aurkezpena ere. Buruan dituen egitasmo eta helburuak azaldu dizkigu, behiena delarik gipuzkoarrei sentiaraztea gure ospitalea duten ondasun preziatuenetakoa dela.

Aurkeztuko ditugu pazienteen erkidegoan egindako lanak ere eta infekzio nosokomialen prebentziorako egitasmoaren barruan kokatzen den eskuen garbitasunari buruzko kanpaina.

Eta zentroko profesionalen esku jarri nahi ditugu Kontsumobideko gomendioak zein ospitaletik igaro diren gipuzkoar ezagunen esperientziak ere, aldizkariako apartatu berrien barruan.

Eta, beti legez, izan dugu tokia ospitaleko eta haren profesionalen lan, biltzar, jardunaldi eta sariak jasotzeko.

Eta, azkenik, Donostiako Udalak Neonatologiako Unitateari udal areto nagusian emandako Hiritar Merituaren Garaikurra berri pozgarria izan da denontzat Edukiok, beste behin ere, gogobetegarriak izatea espero dugu

En este nuevo número de la revista, os vamos a hacer varias presentaciones:

La primera, el saluda que el Consejero de Salud, Jon Darpón, quiere trasladar a los profesionales que trabajamos en la red de Osakidetza.

La presentación de Jose Manuel Ladrón de Guevara, durante años Director Médico de nuestro centro como nuevo Gerente y los proyectos y objetivos que tiene pensados para conseguir que la sociedad guipuzcoana considere al Hospital universitario Donostia como uno de sus patrimonios más preciados.

Os presentamos los trabajos que se realizan desde la comunidad de pacientes y la nueva campaña sobre higiene de manos que enmarcamos dentro del gran proyecto de la prevención de las infecciones hospitalarias.

También queremos ir acercando a los profesionales del centro y a nuestros lectores, los mensajes de Kontsumobide y una nueva sección que hemos creado donde personajes de la sociedad que han pasado por nuestro centro, nos cuentan su experiencia.

Y como siempre, espacio para resaltar los trabajos, congresos, jornadas y premios relacionados con nuestro hospital y/o con sus profesionales.

Y por último, todos debemos felicitarlos por la Medalla al Mérito Ciudadano que el Ayuntamiento de San Sebastián ha concedido a la Unidad de Neonatología y cuya entrega se celebró en un acto entrañable que se desarrolló en el Salón de Plenos.

Esperemos que los contenidos sean de vuestro agrado.

Osakidetzako egiturazko langileen gehienezko mugak ezarri ziren joan zen Otsailaren 19an

Talde profesionalen arabera antolatuta eguneratzea onetsi zuen Gobernu Kontseiluak: 25.816 langile, orotara, hain zuzen. Joan den urteko maiatzean onetsi zuen azkeneko mugak ezartzeko erabaki bat, eta aurtengo urtarrilean hura eguneratu dute. Administrazio Kontseiluak 2012ko azaroan postuak amortizatzen eta sortzen espedienteak onetsi zuen eta, ondorioz, dauden baliabideak gaur egungo beharrezanetara egokitzeko zerbitzuen berrantolatu beharrak ekarri du muga berriak ezarri beharra.

IN MEMÓRIAM



Joseba Legazkue

Pasaste por cocina como tú eras y en el camino fuiste dejando huellas y de tanto caminar... perdiste las fuerzas.

No será fácil olvidarte Joseba

Marisa Lizarraga



Toma de posesión del nuevo Gerente

José Manuel Ladrón de Guevara ha sido nombrado nuevo Gerente del Hospital Universitario Donostia. Nacido en Irun en 1959, es Licenciado en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública por la UPV y Máster en Gestión de Empresas por la Universidad de Deusto.

Buen conocedor de la organización, ha sido desde 2007 hasta su nombramiento, Director Médico del Hospital Universitario Donostia. Desde 2002 al 2007 fue Subdirector de Asistencia Sanitaria en Osakidetza y desde 1997 hasta 2002, Director Médico del Hospital Bidasoa, habiendo sido con anterioridad responsable de control de gestión del citado centro.

La toma de posesión tuvo lugar en el centro sanitario en un acto al que asistió el el Director General de Osakidetza, Jon Etxeberria, el Director de Asistencia Sanitaria, Antonio Arraiza, y miembros del equipo directivo.

VI Etxeberri saria Medikuntzako Ikasleen Batzarreko egitasmo batentzat

VI. Etxeberri sariaren epaimahai-bilera egin zen joan zen apirilaren 17an, epaimahaiburu Jose Ramon Furundarena zela. Edizioko irabazlea honako hau izatea erabaki zuen Irene Gilek eta Iñaki Villoslada-ek ere osatzen zuten epaimahaiak: Medikuntzako Ikasleen Batzarreko Adrian Hugo Llorente Aginagalderean "Euskalosasuna.eu / Osasungintzako euskararen ataria" egitasmoa. Saria emateko epaimahaiaren arrazoibideak honako hauek izan dira: "Badira urte batzuk medikuntzako eta erizaintzako fakultateetan euskarazko ikasketak sartzen doazela eta euskaraz sortutako materialen behar handia dago. Proiektuak bete-betean asmatzen du unibertsitateko osasunikasketen garapenerako beharrezkoa den tresna baten sortze eta garapenarekin". Epaimahaiak bereziki jo du positibotzat egitasmoaren ondorioa izango den Web-orrria eguneratua mantentzeko asmoa, zein erabiltzaileen parte hartzea bultzatzea eta sare sozialetara irekia izatea.

Actividad científica

En estos meses se están celebrando varios eventos en los que participa el hospital. El primero de ellos, el XXIV Congreso nacional de Técnicos en Cuidados de Enfermería, en el Palacio del Kursaal entre el 17 y el 19 de abril. Se centró en la atención y cuidados del TCE/AE al paciente con enfermedad crónica. Y con una asistencia de más de 500 profesionales.

Entre los días 24 y 26 de abril, se celebró el I Congreso conjunto de la Asociación Española de Artroscofia (AEA) y de la Sociedad Española de Rodilla (SEROD), además de un curso de enfermería de artroscofia y rodilla, con una asistencia de 1.000 congresistas en el Palacio del Kursaal y el presidente del Comité

organizador es el Dr. Cuellar.

Los días 2 y 3 de mayo, se organiza la XXIII Reunión Nacional de la ISDE (Internacional Society for Diseases of the Esophagus), sección de Cirugía Esofagológica de la AEC. El presidente del Comité organizador es el Dr. José Luis Elorza. Se espera una asistencia de 150 personas para este acto que se celebrará en el Aquarium.

En mayo también, la Sociedad Española de Neurocirugía (SENEC) celebrará su XVIII congreso, conjuntamente con la Sociedad y Academia alemanas de Neurocirugía. El lema del congreso es "Innovación en Neurocirugía" y su presidente es el Jefe del Servicio de Neurología, Dr. Enrique Úrculo.

Euskadiko Osasun Sistema zaintzea

Mediku eta kudeatzaile gisa jardun dut Osakidetzan lanean eman dudana denbora gehiengoa. Horregatik, abenduaren 15ean Eusko Jauriaritzako Osasun Sailburu izendatu nindutenean argi asko izan nuen datozen urte zail hauetan izango dugun lehen lehentasuna izango dela Euskadiko osasun-sistema publikoa atxikitzea eta haren printzipioei eustea: unibertsaltasuna, elkartasuna, berdintasuna, zerbitzuen kalitatea eta herritarren parte-hartzea.

Bestela esanda, haren funtsa babestu behar dugu. Herritarren osasuna zaintzeko ez ezik, horretarako aukera ematen duen sistemaren beraren jasagarritasunari eusteko ere.

Ez dut ziririk sartu nahi: ez daukagu zotz magikorik, ez formula magikorik ere. Errezeta bat, ez dugu besterik; egunero-egunero beren etxean ehunka eta ehunka familia eta pertsonak aplikatzen duten errezeta bera: krisialdian zuhur jokatzeko, azalekoari uko egitea funtsa babestearren. Eta horrek, Administrazioan, esanahi bakarra du: gastuak eta zerbitzuak arrazionalizatzea, hobeto erostea, bikoiztasunak baztertzea eta antolamendua hobetzea lehen arreta eta ospitaleak integratuta eta osasun-zerbitzuak eta gizarte-zerbitzuak hobeto koordinatuta. Hobetzeko tarte eta aukera dagoenean, gauzak berrantolatuta; ebaluazioa eginez eta horren arabera jokatu...

Eta lanegunen bat edo beste gehiago lan eginda ere bai. Osakidetzan, haize ekonomikoa aldekoa zenean, 35 orduko lan-astea ezarri zen (estatuko lehenak izan ginen); halaber ezarri ziren bestelako hobekuntza batzuk ere, hala nola baimenak eta karrera profesionala. Gaur egun dugun krisiko testuinguruan, gure sistemari eusteko ahalegin berezia egin behar dugu eta elkar hartuta jardun. Ildo horretakoa da Eusko Jauriaritzak onetsi duen jardunaldia arautzeko Dekretua. Baina irtengo gara krisialditik, garai hobeak etorriko dira eta egin ahal izango ditugu berriz ere geure lan-baldintzetan hobekuntzak.

Gure osasun-sistema gizarte-lorpen bat da. Guztion artean eraikitako ereduak 1983an sortu zenetik hona herritarren eta osasun-munduko profesionalen artean ospe eztabaidaezina irabazi du eta beste autonomia-erkidego eta herrialdeetarako zerbitzu eta kudeaketako erreferentzia bilakatu da.

Gaur egun ezin genuke irudikatu Euskadi Osakidetzarik gabe. Gure osasun-sistema bere printzipio eta konfigurazioarekin babestea da gure apustua. Ez diogu, haatik, krisiari bizkarra ematen; aitzitik, aurkako haize ekonomikoa gora-behera, Osasun Sailak hartzen du Eusko Jauriaritzaren aurrekontuaren heren bat baino gehiago. Apustu liluragarri horretara bideratuko dugu geure ahalegin, konpromiso eta pasio guztia. Guztion artean, herritar, profesional, kudeatzaile nahiz agintari, lortuko dugu. Horren arabera izango baitu etorkizuna, oraina ezik, Euskal Osasun Sistemak. Besterik ez. Eta ez da gutxi.



Preservar el Sistema Sanitario de Euskadi

He trabajado como médico y sobre todo como gestor buena parte de mi vida en Osakidetza. Por eso, desde que el pasado 15 de diciembre fui nombrado Consejero de Salud del Gobierno Vasco tuve claro que nuestra máxima prioridad en estos años difíciles debe ser mantener el sistema sanitario de Euskadi como público, y preservar sus principios de universalidad, solidaridad, equidad, calidad de servicio y participación ciudadana.

En otras palabras, debemos salvaguardar lo esencial. No sólo para cuidar la salud de la ciudadanía, sino también para garantizar la sostenibilidad del propio sistema que lo posibilita.

No quiero engañar a nadie: no tenemos ninguna varita mágica ni existen fórmulas mágicas. Tan sólo una receta, la misma que en casa utilizan a diario, cientos y

cientos de familias y personas: ser cauto en momentos de crisis, renunciar a lo accesorio para blindar lo fundamental. Y eso, en la Administración, significa lo que significa: racionalizar gastos y servicios, comprar mejor, evitar duplicidades, mejorar la organización, integrando a atención primaria y los hospitales, coordinando mejor los servicios sanitarios y los servicios sociales. Reorganizando donde haya margen de mejora, evaluando y actuando en consecuencia...

También trabajando alguna jornada más. En Osakidetza, en los momentos de bonanza económica, se implantó la semana laboral de 35 horas (fuimos de los primeros del Estado) y también otras mejoras en forma de permisos y carrera profesional. Hoy, en el contexto de crisis económica que sufrimos, para mantener nuestro sistema sanitario debemos realizar un esfuerzo laboral y arrimar el hombro: en esta línea se enmarca el Decreto de regularización de la jornada laboral aprobado por el Gobierno Vasco. Pero saldremos de la crisis, vendrán tiempos mejores y podremos volver a realizar mejoras en las condiciones laborales que nos afectan.

Nuestro sistema sanitario es una conquista social. Un modelo construido entre todas y todos y que desde su creación en 1983 ha alcanzado un prestigio incuestionable entre los ciudadanos y los profesionales sanitarios, convirtiéndose en referente de servicio y de gestión para otras comunidades autónomas y para otros países. Hoy no imaginaríamos a Euskadi sin Osakidetza. Preservar nuestro sistema sanitario con sus principios y su configuración es nuestra apuesta. Una apuesta que no es ajena a la gravedad de la crisis, pero pese a la adversidad económica, la Consejería de Salud compromete más de un tercio del presupuesto total del Gobierno Vasco. Una apuesta apasionante a la que vamos a dedicar esfuerzo, compromiso y pasión. Entre todos y todas, ciudadanos y ciudadanas, profesionales sanitarios, gestores y gobernantes, seremos capaces de lograrlo. Porque de ello dependerá que el Sistema Sanitario de Euskadi tenga, no ya presente, sino sobre todo, futuro. Nada más... y nada menos.



Curso de Tratamiento del vértigo de Ménière

Medio centenar de especialistas asistieron al curso sobre el tratamiento del vértigo de Ménière que se organizó en nuestro hospital auspiciado por la sociedad vasca de Otorrinolaringología y patrocinado por Amplifon. El curso, dirigido por el Dr. Altuna contó como panelistas a los doctores Saga, Goiburu, Navarro y Larruskain.

En la jornada se expusieron las diversas opciones terapéuticas existentes para los pacientes con esta enfermedad, finalizando

con el tratamiento quirúrgico para los casos más rebeldes al tratamiento conservador. El último día del curso se realizaron 2 casos de cirugía en directo en dos pacientes: neurotomía vestibular y descompresión de saco. El Hospital Universitario Donostia es el centro al que estos pacientes con vértigo incapacitante y rebelde al tratamiento acuden derivados por los especialistas de la CAV y otras comunidades para este tratamiento tan especializado.

Parte hartzen duten erakunde guztien artean osasun eta gizarte-arreta koordinatzeko organoa sustatuko du Osasun Sailak

Eusko Jaurlaritzako Osasun sailburuak, Jon Darpónek, jakinarazi du osasun- eta gizarte-arretan parte hartzen duten sail eta erakunde guztien koordinazio sozio-sanitariorako egitura bat sustatzeko asmoa dutela. Koordinazio-organo horrek sustatu beharko ditu Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluak onartutako eta lehenetsitako ildo estrategiko guztiak.

Legebiltzarrean egindako galdera bati erantzunez, sailburuak azaldu du gizarte gaiekin lankidetzan jarduteko beharrak sorraz duela ekimen hau.

Behar hori lehentasuntzat markatu zuen, otsailean, Osasun eta Kontsumo Sailaren aurrean agertu zenean ere.

Tesis sobre el VIH pediátrico



Miren Alicia Apilanez, del Servicio de Pediatría ha realizado la lectura de la tesis doctoral *"Evolución histórica de la infección pediátrica por VIH en Gipuzkoa (1984-2011): Un recorrido entre sombras y luces"*, recibiendo la calificación de Cum Laude. En la Tesis Doctoral se realiza un análisis retrospectivo (1984-2010) de 239 hijos de mujer VIH (+) nacidos en Gi-

puzkoa y sus madres, recogiendo así mismo las experiencias de los profesionales implicados en la atención del niño expuesto a la infección y los artículos de prensa local que, a lo largo de la historia, han reflejado la evolución de la epidemia en el niño. En 25 años de VIH pediátrico en Gipuzkoa prácticamente se ha erradicado la infección en el niño.

En el transcurso de los años se evidencia una evolución en la forma de adquisición de la infección VIH materna, mayoritariamente por drogadicción en los inicios y por contagio heterosexual en la actualidad, así como una notable mejoría de la situación inmuno-virológica materna al parto y reducción de la alta tasa de mortalidad materna de los primeros años. La transmisión materno-fetal de la infección se reduce desde el 23,9% al 2,4% gracias a las estrategias preventivas y empleo de terapia antirretroviral (TAR) en el embarazo, no evidenciando efectos adversos en el niño salvo una elevada tasa de prematuridad. Los avances en técnicas diagnósticas han acortado la edad de diagnóstico en el niño de 18 a 6 meses de vida, permitiendo un inicio precoz del TAR y disminución de la morbimortalidad. El Plan de Escolarización de niños VIH (+) del País Vasco, instaurado en 1987 y vigente en la actualidad, ha sido modélico en Gipuzkoa, sin registrarse marginación ni cambio de colegio en estos años a causa de la infección VIH. El trabajo en equipo de los profesionales ha constituido el pilar fundamental en el control de la infección VIH pediátrica.



Ospitaleko laurteko plana

Unibertsitate ospitaleko zuzendari gerente izendatu berriak aurkeztu zuen, martxoaren 18an, ospitalearen datorren laurteko plana, goi eta erdi mailako buru eta arduradunen artean.

Pazienteen beharrak eta igurikapenak betetzeak lehentasuna izango du egitasmo berrian, profesionalengan oinarritua dagoena. Gipuzkoan egongo da ardatza eta pertsona informatuak, konpromisoa eta ardura dutenak gidariak izango dira.

Kudeaketa aliantzetan oinarrituko den egitasmo berritua da, helburua duena gipuzkoarrek har dezaten ospitalea beren ondasun preziatuenetakotzat.

Adituek baieztatu dute ez berritzea dela Osasungintzarentzat benetako kostua

"Orain, inoiz baino gehiago, zaindu egin behar dugu euskal osasun-sistema, publikoa eta kalitatekoa". Irmo hitz egin zuen Jon Darpón Osasuneko sailburuak Bilboko Euskalduna Jauregian egin zen XVIII. Ospitaleetako Kongresu Nazionalaren inaugurazio-ekitaldian, 1.700 bat aditu entzule zituela.

Darpónek eskatu zien ospitaleen kudeaketako espezialistei, administrazio publikoetako osasun-arloko arduradunei, aholkularitzetako kideei eta ospitale-erakundeetako erakunde akademikoei zentzuzko kudeaketa egiteko, hori baita "errezeta bakarra". Osasuneko sailburuak adierazi zuen zailtasun ekonomikoko garaioan "etxean bezala: oinarritzak babes-

teko, bigarren mailakoa bazterrerara utzita" egin behar direla osasun-politikak.

Balio iraunkorra sortzeko berrikuntza eta lankidetzak eraginkorrak izan ziren programaren ardatzak. "Osasungintzarentzako benetako kostua ez berritzea eta teknologiarik eza dira". Hori izan zen Tecnología y transformación del Sistema Sanitario (Teknologia eta Osasun Sistemaren eraldaketa) mahai-inguruko ondorioetako bat. Mahai-inguru hartan, herritarren eskura diagnostikorako eta tratamendurako baliabiderik modernoek jarritz laguntzak hobetzen jarraitzeko eta, aldi berean, kolapso ekonomikoa saihesteko sistemaren eraginkortasuna hobetzeko moduak aztertu ziren.

Martinez Zabaleta doktore andreari saria

Donostia Unibertsitate Ospitaleko neurologoa den Maite Martinez Zabaleta doktoreak egindako *"El sistema de cálculo de costes por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) infravalora los costes hospitalarios de los pacientes con ictus de tratamiento complejo"* horma-irudiak Ku-

deaketa eta Asistentzia Neurologikoari buruzko ahozko komunikazio edo horma-irudirik onenaren saria irabazi zuen Espainiako Neurologia Elkartearen (ENE) LXIV. urteko Bileran.

ENEn Ekitaldi Instituzionalean izango da sari-ematea, maiatzaren 23an, Salamancan.

Curso de hipnosis clínica para personal sanitario



La Asociación Guipuzcoana de Hemofilia ha organizado, conjuntamente con la Universidad del País Vasco, Colegio Oficial de Enfermería de Gipuzkoa y Escuela de Enfermería de Gipuzkoa, un curso sobre "Hipnosis clínica con FDS para personal sanitario" en el que han participado cuarenta profesionales de la salud impartido por el Instituto Europeo de Psicoterapia de tiempo Limitado

El curso, ya en su cuarta edición, ha contado con la colaboración en su presentación del Gerente del Hospital Universitario

Donostia, Dr. José Manuel Ladrón de Guevara, Pilar Tazón, Directora de la Escuela de Enfermería de Gipuzkoa, María Jesús Zapirain, Directora del Colegio de Enfermería de Gipuzkoa; Francisco Javier Monzón, representante de la Universidad del País Vasco, y el Presidente de la Asociación Guipuzcoana de Hemofilia, Javier Carrera.

Los asistentes de la mesa hicieron especial mención sobre la necesidad de sinergia entre las distintas organizaciones y la apertura de propuestas en un tema que hoy por hoy es pionero en nuestro país: la ne-

cesidad de continuar con proyectos de formación como el presentado.

Roberto Aguado, Presidente del Instituto Europeo de Psicoterapias de Tiempo Limitado, Gerente del Centro de Evaluación y Psicoterapia, quien habló sobre "Aspectos generales de la intervención psicosocial en hipnosis clínica con FDS, planteando los aspectos psicológicos, tipos de vínculos y tipo de pacientes, fases de la intervención, mecanismos intermedios: neurofisiológicos, neuroendocrinos, inmunológicos y psíquicos.

Ángel Fernández, Licenciado en Psicología por Universidad Autónoma de Madrid y Máster en Psicoterapia Gestalt y Psicología Clínica y Psicoterapia, habló de la profundización y aplicación de las técnicas hipnóticas en procesos crónicos, como la hemofilia, diabetes, hipertensión o fatiga crónica, y también en enfermedades cancerígenas, cirugía, parto y obstetricia, así como la atención al paciente Terminal, el dolor o las pruebas invasivas.

El portal fisterra publica una guía clínica sobre lumbalgia del Dr. Barrera

El portal Fisterra, <http://www.fisterra.com/>, uno de los principales portales de consulta sobre información clínica para profesionales de la medicina en español ha publicado la actualización de la Guía Clínica "Lumbalgia", cuyo autor es el doctor Javier Barrera Portillo, facultativo del Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Donostia.

Fisterra contiene actualmente 471 guías clínicas, caracterizadas por estar elaboradas de acuerdo a fuentes actuales de información de validez contrastada (en este caso, fundamentalmente revisiones sistemáticas).

En la actualidad 15 comunidades autónomas, entre ellas la Comunidad Autónoma Vasca a través de Osakidetza, ofre-



cen sus contenidos para los profesionales de sus servicios de salud. Durante el año 2012, este portal fue visitado por 8

millones de usuarios.

La Guía Clínica "Lumbalgia", cuyo objetivo es ser una herramienta útil para la toma de decisiones, aborda un problema muy frecuente (afecta a más del 80% de las personas en algún momento de su vida) y de buen pronóstico la mayor parte de las veces que, en más del 85% de los casos, no puede atribuirse a una causa concreta ni grave (lumbalgia inespecífica).

Un problema aparentemente banal que, sin embargo, supone una carga económica muy elevada, tanto por el coste directo (sanitario) que genera como por el indirecto (absentismo laboral), 5 veces superior al sanitario.

Gipuzkoako medikuen artean, eraso gehien jasan dituztenak emakumeak izan dira

Gipuzkoako medikuen Elkargoak 2011 eta 2012 urteetan medikuek hamasei eraso jasan dituztela zenbatu du. José María Urkia presidenteak esan duenez, erasotuen artean hamabi emakumeak izan dira. Martxoaren 20an, osasun arloko erasoen aurkako egunean, Donostian egindako prentsa-aurre batean Urkiak esan zuen gizaritari errealitate hori gogoarazi nahi izan diotela. Urkiak esan zuenez, 3.411 mediku daude lanean Gipuzkoan eta 2011n hamarrek salatu zituzten eraso fisikoak. 2012an, aldiz, sei mediku izan ziren salaketak jarri zituztenak.

Urkiak baieztatu zuen, gutxiagotze hau protokolo bat onartu zelako izan dela. Eta erasotzaile potentzialak atzera egiten du, badakielako bere jarrerak ondorioak izan ditzakeela. 2011n egon ziren erasoetatik, zazpi emakumeen kontra izan ziren eta hiru gizonezkoen kontra; 2012an berriz, bost eraso emakumeen aurka eta seigarren bat gizonezko baten aurka.

Urkiak argitu zuen salatu ziren kasuen arrear gaudela, baino beste asko daude salatzen ez direnak. Gainera, azpimarratu zuen, kasu gehienak epaiketa gabe bukatzen direla. Urkiak argitu zuen kasu batzuetan, "barkamena eskatzea nahikoa izaten dela, kasua konpontzeko".

Bestalde, Gipuzkoako Medikuen Elkargoko presidentek adierazi zuen kasu gehienak

kolektibo publikoen artean ematen direla eta erasoen jatorriak ondorengoak izaten direla: osasun-txostenak pazienteen eskakizunekin bat ez etortzea, lan-eragatasunean erlazionatutako kasuak, eta itxarongelatan zain egoteagatik edo pazienteek nahi

Euskadiko anbulatorioetako erabiltzaileak oso pozik

Euskal anbulatorioetako erabiltzaileak oso pozik daude zerbitzuarekin. Horiek dira Eroski Consumerrek bere aldizkariarentzat 16 osasun zentroetan egindako galdeketa batetik ateratako emaitzak. 640 pertsona izan ziren galdetuak eta horietako erdia baino gehiago emakumeak ziren. Gipuzkoan 80 paziente kontrolatu ziren. Hauetatik bakarrik % 2,5 sartu ziren zegoen orduan. Kontsultara sartzeko atzerapen media bederatzi minutukoa izan zen eta medikuarekin kon-tsultaren batez bestekoa 9 minutu ingurukoa izan zen. Hamar minutu edo gehiago medikuarekin egon zirenak galdetutako % 33,8 izan ziren. Itxaronaldi luzeena Araban izan da, non 21 minutu inguru itxaron behar izan zuten.

dituzten medikamenduak ez agintzeagatik gertatzen direnak.

Urkiak esan zuenez, normalean erasotzaileak aurrekariak izaten dituzte, gaixotasun organikoak edota aurrekari psikiatriko edo psikologikoak.

Reconocimiento a Osakidetza

La Fundación Avedis Donabedian (FAD), que premia la calidad en la asistencia sanitaria en España, ha galardonado a Osakidetza en tres de las categorías que concede. En concreto, la Comarca Gipuzkoa ha sido premiada por su labor en la categoría de responsabilidad social corporativa; a la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Bidasoa le reconocen por la calidad en la integración asistencial, y la Comarca Bilbao es destacada por su labor en Atención Primaria.

Una delegación de Osakidetza acudió a la entrega de premio en el Palau de la Música de Barcelona. La Gerente de la Comarca Gipuzkoa, Marisa Merino, subrayó la importancia de los galardones que premian públicamente el trabajo de los sanitarios en relación también a la satisfacción de los usuarios.

La higiene de manos centra la nueva fase para reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS)



Osasun-arretari loturiko infekzioak (HCAI) prebenitzeko, Osasun Mundu Erakundeak (OME) efikazia frogaturiko lan-lerro estrategikoekin bat etorrira, ebakuntza-geletako kanpainaren ondoren, eskuen higie zuzeneko abiaturik ospitalean. OMEren azterketa batek zera dio, pazienteen ehuneko bederatzia infektatu zirela ospitaleratzean. Eta gutxienez hamar infekzioetatik lau saihestu zitezkeen.

Hori jakinik gure ospitaleak jarri ditu hidroalkoholezko poteak solairu eta zerbitzu guztietan. Gainera profesional talde bat sakonki prestatzen ari da, tekniken eta edukien bitartez; eta profesional horien esku beharrezko tresnak jarri(ko) dira, izan daitezkeen, halaber, beste profesional batzuen trebatzaile, denonganaino iritsi behar duen kanpaina baten barruan eta helburua duena infekzio nosokomialen kopurua gutxiagotzea.

La batalla contra la infección nosocomial es un proceso largo que precisa de la colaboración de todos los profesionales sanitarios para conseguir reducir sus efectos. Hoy, a la luz de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), existen evidencias científicas sobre la importancia y eficacia de la higiene de manos y señalan que la frecuencia de infecciones relacionadas con la atención sanitaria IRAS puede ser reducida hasta en un 50% cuando los profesionales sanitarios se lavan las manos regularmente.

Las IRAS son consecuencia involuntaria y no deseada del proceso asistencial y suponen uno de los sucesos adversos más frecuentes, tanto a nivel hospitalario como en la atención primaria.

Estas infecciones ocasionan una alta mortalidad en los pacientes y sus fami-

lias y generan una enorme carga económica adicional para el sistema sanitario. Las cifras de diversos estudios sobre las repercusiones de las IRAS muestran claramente la necesidad de establecer medidas para reducir su impacto. Según el estudio EPINE del año 2011 (Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España), la prevalencia de pacientes infectados por una IRAS fue del 6,3%, lo que supuso que de cada 100 pacientes que ingresaron ese año en nuestros hospitales, entre 6 y 7 sufrieron una infección asociada al cuidado sanitario recibido. De esas infecciones, cerca del 1% son causa directa de muerte de los pacientes y otro 3-4% son causa contribuyente a la misma.

Las infecciones hospitalarias o nosocomiales son un problema de salud con

una importancia creciente. En los últimos años, el aumento de los pacientes a riesgo de padecerlas, la aparición de cepas bacterianas resistentes a los antibióticos habituales, la preocupación social por la calidad de los cuidados y las ventajas económicas ligadas al control de la infección, son factores que han aumentado el interés por el desarrollo de esfuerzos dirigidos a la prevención y control de las infecciones nosocomiales.

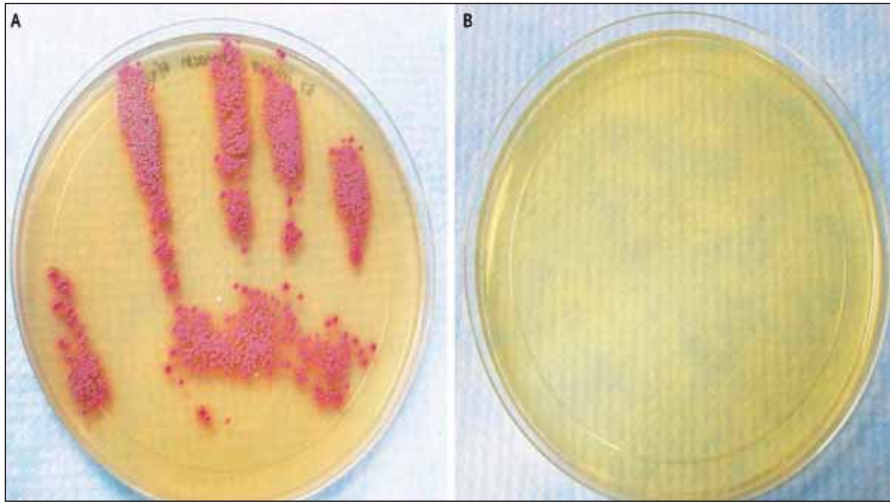
En el año 1990, las preocupaciones surgidas en distintos hospitales confluyen con las del Departamento de Salud y Osakidetza en la creación del Plan de Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales (Plan INOZ), que se propuso el desarrollo y mejora de los Programas de Vigilancia, Prevención y Control (PVPCIN) de las infecciones nosocomiales en los hospitales de la CAPV.

La campaña en nuestro hospital

Ya a mediados de los años 90, y apoyado por la Comisión de Infecciones, el Servicio de Medicina Preventiva estudió y supervisó la colocación de dispensadores de pared de jabón líquido, de toallas de papel en el hospital y de crema de manos, fundamentalmente en vestuarios. Asimismo inició la impartición de cursos sobre la importancia de la higiene de manos y cuándo y cómo realizarla. Esta labor se fue desarrollando año tras año con un número importante de cursos impartidos en los que participaron numerosos profesionales y que también incluyeron a estudiantes de medicina y de enfermería.

Desde entonces, y de manera progresiva, el Hospital Universitario Donostia desarrolla actividades dirigidas a la vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS), integradas dentro del anteriormente citado PVPCIN, liderado por la Dirección y en el que participan profesionales de diversos servicios.

Añadido a lo anterior, en los últimos 2 años el hospital inició una campaña de prevención de la infección nosocomial cuyo punto de partida fue la reorganización, mejora estructural y normativa de algunos aspectos relacionados con el blo-



En la fotografía de la izquierda (A) se muestra el cultivo de una mano que ha tenido contacto con un paciente con un paciente con SARM. A la izquierda (B) El cultivo tras el lavado de manos.

que quirúrgico y en el que hay que destacar la colaboración de todos los profesionales del centro.

Ahora, en esta segunda fase, se aborda un aspecto básico y fundamental para la prevención de las IRAS, la adecuada higiene de manos de los profesionales sanitarios.

Añadiéndose a acciones anteriores lideradas por el Servicio de Medicina Preventiva en la formación de profesionales en la higiene de manos y en la instalación de dispensadores y preparados de base alcohólica en puntos de atención de todo el hospital, el año 2012 se creó un Comité de Higiene de Manos dependiente de la Comisión de infecciones, con el objetivo de poner en marcha la estrategia multimodal del programa de higiene de manos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Dentro de la estrategia de Seguridad del paciente, la OMS lanzó a nivel mundial en el periodo 2005-2006 el reto **“Una atención limpia es una atención segura”**, para prevenir las IRAS mediante una adecuada higiene de manos. La importancia que se ha dado a estas acciones hace que formen parte del Comité de Higiene de Manos la Gerencia, Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Unidad de Calidad, Microbiología, Medicina Preventiva, Unidad de Enfermedades Infecciosas, Unidad de Innovación y del Conocimiento y Unidad de Comunicación. En este contexto, a partir de este mes de Abril el Servicio de Medicina Preventiva ha comenzado a impartir un **curso de formación de formadores en higiene de manos** dirigido a personal médico y de enfermería de todo el centro. El curso de formación se desarrolla durante dos días, los martes el grupo recibe formación de

contenido más teórico y los jueves las sesiones son fundamentalmente prácticas. Además, se incluye formación específica sobre observación y valoración del cumplimiento de la higiene de manos. La idea es que los “alumnos” sean luego **formadores** para los profesionales de sus unidades correspondientes. Y lo mismo en cuanto a la observación-valoración.

Para la organización y la acreditación de estos cursos se ha contado con el apoyo de la Unidad del Conocimiento del hospital. También la Unidad de Comunicación ha desarrollado un plan que contempla acciones para ayudar en el mejor conocimiento de la campaña, sus objetivos, técnicas de lavado, importancia de la higiene para frenar la transmisión, etc.

“Está demostrado que la higiene de manos es la medida más importante para evitar la transmisión de microorganismos y prevenir las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria”

Cómo evitar la transmisión de microorganismos

¿Por qué es tan importante la higiene de manos? Sencillamente, porque las manos del personal sanitario pueden transmitir microorganismos a los pacientes al realizar actividades tan habituales y necesarias como tomar el pulso, la temperatura, la tensión o actividades más complejas. Dichos microorganismos pueden sobrevivir

en las manos desde unos minutos y varias horas. Los expertos calculan que alrededor del 80 % de la transmisión de los mismos se realiza por las manos.

Cuándo hay que realizar la Higiene de manos

Hay cinco momentos que son clave:

1. Antes del contacto con el paciente.
2. Antes de una tarea aséptica (ej: antes de contacto con mucosas y piel no intacta, realización de técnicas invasivas, etc).
3. Después de una exposición a fluidos corporales.
4. Después del contacto con el paciente.
5. Después del contacto con el entorno del paciente.

En cuanto al tipo de higiene de mano, se puede emplear una solución de base alcohólica o realizar un lavado con agua y jabón.

El empleo de agua y jabón debe efectuarse siempre que las manos estén visiblemente sucias o tengan restos de materia orgánica.

El uso de una solución de base alcohólica, que también elimina la flora transitoria y parte de la residente, se recomienda en el resto de las situaciones. Es más efectiva, el tiempo empleado es de apenas 20 segundos y, además, este método tiene mejor tolerancia dermatológica, pues el uso frecuente de agua y jabón aumenta el riesgo de dermatitis.

Uso correcto de guantes

El uso apropiado de los guantes y una efectiva higiene de manos reduce el riesgo de exposición a agentes infecciosos tanto al profesional sanitario como al paciente. Hay que destacar que el uso de guantes **no sustituye la higiene de manos, debiendo realizar este procedimiento antes e inmediatamente después del uso de los mismos.**

Las recomendaciones de los CDC para el uso de guantes son:

- a. Llevar guantes cuando se pueda contactar con sangre u otros fluidos potencialmente infecciosos, membranas mucosas y piel no intacta
- b. Quitarse los guantes tras atender a un paciente. No usar el mismo par de guantes para atender a más de un paciente. No lavar los guantes entre paciente
- c. Cambiar los guantes durante el cuidado de un paciente si se va a pasar de tocar un sitio contaminado a uno limpio.

Esku-garbiketari buruzko funtsezko hamar galdera

Zer dira eta nola kutsatzen dira osasun-arretarekin zerikusia duten infekzioak?

Osasun-arretarekin zerikusia duten infekzioak osasun-sisteman arreta jasotzen ari denean pazienteak hartzen dituenak dira. Infekzioak era askotara kutsa daitezke (arnasbideetatik, digestio-sistematik, ukipen bidez), baina ohikoena osasun-profesionalen eskuekin izandako kontaktuaren bidez kutsatzea da.

Zer da eskuen higieena?

Eskuetako larruazalean dagoen mikroorganismo-kopurua gutxitzeko prozedura da eskuen higieena. Prozedura ur eta xaboia-ekin egiten bada, esku-garbiketa deritzo. Oinarri alkoholoduna duen prestakin batekin edo xaboi antiseptikoarekin egiten bada, eskuen desinfekzioa deritzo.

Zer da hobia, eskuak garbitzea edo desinfektatzea?

Eskuak zikin badaude, ur eta xaboiz garbitu behar dira, xaboiak zikinkeria kentzen laguntzen baitu. Eskuak kutsatuta badaude baina zikinik ikusten ez bada, desinfektatu egin behar dira, oinarri alkoholoduna duten prestakinekin, antiseptikoek mikroorganismo gehiago suntsitzen baitituzte.

Zergatik da garrantzitsua eskuen higieena?

Kontaktuz kutsatzen diren infekzioak ez

hedatzeko guztiok dugun modurik errazena eta eraginkorrena delako. Argitalpen askok erakutsi dute eskuen higieenak osasun-arretari lotutako infekzioak gutxitzen laguntzen duela.

Noiz egin behar da eskuen higieena?

Osasun-sistemako edozein puntutan arreta behar duen norbaitekin kontaktua izan aurretik eta ondoren, beti. Horrez gain, Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) kasu hauetan ere gomendatzen du eskuen higieena egitea: teknika aseptiko bat egin aurretik, beti; gorputz-jariakinekin kontaktua izateko arriskurik egon bada, beti; eta pazientearen ingurunearekin kontaktua izan ondoren, beti.

Nork egin behar du eskuen higieena?

Pazienteen zaintzan parte hartzen duten profesional guztiek, paziente horien diagnostikoa edozein dela ere. Halaber, pazienteek, haien senitartekoez eta artatzen dituzten bisitariek ere egin behar dute.

Zenbat denbora behar da eskuen higieena egiteko?

Garbiketa egiteko, 20 segundoz igurtzi behar dira eskuak ur eta xaboiarekin; gero, xaboi kendu, eta eskuak lehortu behar dira. Eskuak oinarri alkoholoduneko prestakinekin igurtzen badira, erabat lehortu arte jarraitu behar da igurtzen. Gutxienez 20

segundoan igurtzen emateko adina pres-takin hartu behar da. Aldiz, fabrikatzaileak denbora gehiagoz igurtzeko gomendatzen badu, haren gomendioei jarraitu behar zaie.

Zer faktore hartu behar dira kontuan eskuetako larruazalari kalterik ez egiteko?

Arazo dermatologikorik ez izateko, oso garrantzitsua da prozedura bukatzen denean eskuak erabat lehor egotea. Eskuak ur eta xaboiz garbitu ondoren, eskuak erabat lehortzeko behar beste toalla –papezkoak– erabili behar dira. Era berean, higieena oinarri alkoholoduneko prestakin batekin egiten bada, prestakina erabat lehortu arte jarraitu behar da eskuak igurtzen. Oso gomendagarria da osasun-profesionalak bere eskuetako larruazala zaintzea, egunean zenbait aldiz hidratatuz –lanaldia bukatutakoan, ahal dela–.

Eskularruak erabiltzea eskuen higieenaren ordeko izan daiteke?

Ez, inoiz ez. Eskularruek ez dute inoiz eskuen higieena ordeztan. Erabiltzen badira, beti aldatu behar dira paziente batekin bukatu ondoren, beste batekin hasi baino lehen, eta, kentzen diren bakoitzean, eskuen higieena egin behar da.

LOS 6 PASOS EN LA CORRECTA HIGIENE DE MANOS



Distribuir en las manos la cantidad necesaria de producto



Frotar palma sobre palma con dedos entrelazados



Frotar palma de una mano sobre dorso de la otra con dedos entrelazados y viceversa



Frotar nudillos con las manos entrelazadas



Friccionar pulgar rodeándolo con la palma de la otra mano



Frotado rotacional de puntas de dedos sobre la palma de la otra mano

efBio, una nueva red transpirenaica para impulsar la investigación biomédica

Ikerketa egitasmo lehiakorrek sustatzeko, Europa mailan, ikerkuntza biomedikokoa erakunde batzuk, Biodonostia barne, bildu dira, duela gutxi Toulousen, mugaz gaindiko sare bat sortzeko asmoz.

Ocho entidades de investigación biomédica de ambos lados de los Pirineos, Aragón, La Rioja, Navarra, País Vasco y Midi Pyrénées han iniciado la constitución de una red transfronteriza de investigación biomédica de los Pirineos (RefBio), con el objetivo de promover proyectos de investigación competitivos a nivel europeo.

Los primeros pasos de este proyecto de red transfronteriza de investigación biomédica ya se han dado con la celebración de una jornada de trabajo que se ha desarrollado en la ciudad francesa de Toulouse y que ha servido para que los especialistas en cada área temática definan el marco de trabajo para la constitución de esta red.

RefBio es una iniciativa que se enmarca en

el Programa Operativo de Cooperación Territorial España-Francia-Andorra 2007-2013 (POCTEFA), que se extenderá hasta noviembre de 2014 –fecha en la que se formalizará la red-, y en la misma se dan cita 8 entidades públicas de investigación biomédica: la Fundación Miguel Servet (FMS) -líder del partenariado, el Institute National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) de Midi Pyrénées Li-mousin, el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), la Université Paul Sabatier de Toulouse, (UPS), el Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse (CHU), la Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF), el Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR), y el Instituto de Investigación Sanitaria (BIODONOSTIA).

El proyecto de constitución de la red se sustenta en tres ejes de actuación: la interconexión del tejido investigador, la optimización del uso compartido de infraestructuras y la creación de un marco de formación conjunto. En este sentido, la red definirá áreas científicas de interés común, identificará sinergias y como resultado desarrollará proyectos de investigación colaborativos de envergadura e impacto para presentarlos a convocatorias competitivas europeas.

RefBio es un proyecto que incide directamente sobre los desafíos detectados a nivel europeo en el ámbito de la investigación biomédica, como son la mejora de la interconexión y la complementariedad del tejido investigador biosanitario, el refuerzo de las capacidades investigadoras en el tema de salud del espacio transfronterizo, la mejora de la relación y potenciación de la vinculación entre hospitales, centros de investigación, universidades y empresas, o la estimulación de la inversión privada en I+D a corto y medio plazo.

También se incluyen entre estos desafíos la contribución al desarrollo de nuevas actividades de gran valor añadido, la posibilidad de aparición de empresas innovadoras de base tecnológica (EIBTs), la implantación y consolidación de polos de formación e investigación biomédica en las regiones del proyecto, y la contribución al desarrollo de la oferta de formación transfronteriza en temas biosanitarios.

Un importante estudio de profesionales del HUD y Clinic

Los grupos de investigación del Dr. Bujanda (Hospital Universitario Donostia) y del Dr. Castells (Hospital Clinic de Barcelona) han determinado cómo la expresión de ciertos micro RNA en plasma son útiles para en el diagnóstico del cáncer de colon. Además, el micro RNA18a permite diferenciar personas con pólipos en el colon de aquellos que no los tienen. Para el estudio, se determinó la presencia de 6 micro RNA que previamente habían demostrado su utilidad para detectar cáncer de colon en 63 pacientes. El estudio será publicado próximamente en la revista *Clinical Gastrointestinal Hepatology*, una de las más importantes de la especialidad.

Según nos ha explicado a esta revista el Dr. Bujanda, “los miRNA son moléculas de ARN transcritas a partir de genes de ADN, pero no son traducidas a proteínas. La función de los miRNA está relacionada con la regulación de la expresión génica. En la actualidad se sabe que están implicados en una amplia variedad de procesos del desarrollo de las células. Cualquiera sobreexpresión de los miRNA podría conllevar grandes problemas regulatorios en la célula, favoreciendo el desarrollo de tumores. De hecho, se ha mostrado que los perfiles de expresión de los miRNA están modificados en un gran número de tipos de cánceres”.

Recientemente se ha generado un nuevo interés en estas moléculas, ya que han sido localizadas en sangre periférica y por lo tanto se ha sugerido que tienen un alto potencial como biomarcadores en sangre de varias enfermedades humanas, tales como el cáncer. Los microRNA reflejan los procesos celulares que ocurren en tejidos y órganos. Los niveles de ciertos microRNA en plasma, así como también cuáles son expresados, son característicos de cada enfermedad (y de cada subtipo), lo que permite que puedan ser utilizados como biomarcadores para realizar un diagnóstico muy sensible de muchas enfermedades agudas y crónicas con mínima invasión.

El Dr. Bujanda señala que “los microRNA en sangre son biomarcadores atractivos, ya que se puede pensar que en un futuro (no muy lejano) se puedan diagnosticar diversas patologías tales como el cáncer, enfermedades del hígado y del riñón, diabetes, afecciones cardíacas y muchas otras, sin la necesidad de recurrir a métodos de diagnóstico invasivos como biopsias. Incluso se puede pensar en técnicas para medir distintos microRNA en un sólo momento, generando un perfil más completo de la enfermedad o del estado de salud del individuo. Además, quizá también permitan hacer tratamientos personalizados”.

Calendario previsto de sesiones generales de la Comisión de Tumores

24 Abril

Comité Tumores Cabeza y Cuello

TUMORES SUPRAGLÓTICOS EN ESTADIO AVANZADO. RESULTADOS A DIEZ AÑOS CON CIRUGÍA LÁSER Y TRATAMIENTO ADYUVANTE

Ponentes:

Dr. Sergio Cafiero Ballesteros (Servicio de Oncología. Radioterápica)

Dr. Alex Sistiaga Suárez (Servicio ORL).

15 Mayo

Comité Tumores Ginecológicos

Ponentes:

Dra. Agesta (Ginecología y Obstetricia)

Dr Ruiz (Ginecología y Obstetricia)

Dra. Arrillaga (RNM)

Dra. Caballero, Dra. Rerzola, Dra. Ruiz, Dra. León (Anatomía Patológica)

Dra. (Querejeta Oncología Radioterápica)

Dra. Ancizar (Oncología Médica)

Programa:

Diagnóstico por histeroscopia del adenocarcinoma de endometrio

Valoración de la infiltración miometrial por RNM

Tratamiento quirúrgico del adenocarcinoma de endometrio

- Acceso laparoscópico

- Indicaciones de la linfadenectomía

- Ganglio centinela

Aspectos anatomopatológicos del adenocarcinoma de endometrio

Tratamiento radioterápico en estadios iniciales

Tratamiento complementario (Quimioterapia, Hormonoterapia) en el adenocarcinoma de endometrio en estadios precoces

29 Mayo

Comité Neuro-Oncología

Presentación: Dr. Mariano Arrazola

Valor pronóstico de los estudios de perfusión DSC-T2 en el estudio de Glioblastoma Multiforme tratados mediante cirugía, quimio y radioterapia frente al ofrecido por otros marcadores moleculares, genéticos e inmunohistoquímicos. Dr. Jorge Villanúa

Estudio Inmunohistoquímico del Glioblastoma Multiforme. Dra. Irune Ruiz

Identificación de SOX2 y SOX9 como posibles marcador diagnóstico y pronóstico en Glioblastoma. Dr. Ander Matheu

12 Junio

Comité Sarcomas y Partes Blandas

TEMA : OSTEOSARCOMA, ESTADO ACTUAL.

Índice:

1.- Introducción (Dr. González Acha. COT)

2.- Pruebas de imagen en osteosarcoma. (Dr. Beristain. Radiología)

3.- Histología del osteosarcoma (Dra. Gomez. Anatomía patológica)

4.- Tratamiento quirúrgico del osteosarcoma (Dr. Esnaola. COT)

5.- Papel de la radioterapia en el osteosarcoma. (Dr. Egiguren. Oncología radioterápica)

6.- Tratamiento sistémico del osteosarcoma (Dr. Piera. Oncología médica. Dr. Piera)

7.- Conclusiones (Dr. González Acha. COT)

25 Septiembre

Comité Tumores Infantiles

Moderador: Dr. Uriz

- Motivos de sospecha y despistaje de tumores en edad pediátrica. Dr. Uriz.

(Oncohematología Pediátrica)

- Circuito de derivación rápida ante la sospecha de tumor en edad pediátrica.

Dra. García de Andoin (Oncohematología Pediátrica).

- Función del radiólogo en el diagnóstico y seguimiento de los tumores en edad pediátrica. Dra. Fernández (Radiología pediátrica).

16 Octubre

Comité de Tumores Hepato Biliares

Pancreáticos

ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS:

EXPERIENCIA DE NUESTRO COMITÉ

Moderadores: Dr. Adolfo Beguiristain y Dra.

Adelaida Lacasta

Dra. Sara Arévalo: tratamiento paliativo.

Dra. Inma Ruiz: tratamiento radical.

30 Octubre

Comité Onco-Hematología

13 Noviembre

Comité Tumores Gastro-Esofágicos

27 Noviembre

Comité de Tumores Pulmonares

AVANCES EN EL ABORDAJE

MULTIDISCIPLINAR DEL CÁNCER DE PULMÓN

RADIOLOGÍA (Dr. Mendoza)

Situación actual del screening en el CPNCP.

MEDICINA NUCLEAR (Dr. Ríos)

La PET/TAC en la evaluación del NPS.

NEUMOLOGÍA (Dr. Michel)

Estadificación mediastínica: PET vs. Mediastinoscopia vs. EBUS.

ANATOMÍA PATOLÓGICA (Dra. Lobo)

Papel del patólogo en el tratamiento del CPNCP en el 2013.

CIRUGÍA TORÁCICA (Dr. Izquierdo)

Lobectomía con disección ganglionar sistemática por toracotomía o por cirugía videoasistida: selección de pacientes y tumores.

ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

(Dr. Mínguez)

Radioterapia estereotáxica hipofraccionada radical en CPNCP en estadios iniciales.

ONCOLOGÍA MÉDICA (Dr. Paredes)

Tratamiento sistémico individualizado en enfermedad avanzada.

18 Diciembre

Comité de Mama

CÁNCER DE MAMA PRECOZ – NUEVAS ESTRATEGIAS

Moderador: DR. Francisco Javier Recio (Presidente del Comité de Cáncer de Mama)

1.- Estadios clínicos N0. Estudio del Ganglio Centinela. Indicaciones de Linfadenectomía axilar.

Ponente: Dra. Marta Fernández Calleja (Servicio de Ginecología-Unidad de mama)

2.- Valoración anatomopatológica del ganglio centinela.

Ponente: Dra. Irune Ruiz (Anatomía Patológica)

3.- Radioterapia: Hipofraccionamiento en el tratamiento del Cáncer de Mama precoz

Ponente: Dr. Jose Maria Urraca (Oncología Radioterápica)

4.- Indicaciones de Quimioterapia adyuvante en Cáncer de mama Receptor Hormonal positivo – HER2 negativo. Papel de las nuevas plataformas genéticas.

Ponente: Dra. Isabel Álvarez (Oncología Médica)

Se realiza una cirugía de tumor cerebral con mapeo cortical en paciente despierto en nuestro hospital

Gure ospitaleko Neurokirurgiako Zerbitzua ekintza berritzaile asko ari da egiten azkenaldian. Haie-tako bat, berriena, garun-kortexa-ren eta cortex azpiko bide eroa-leak mapatzea izan da: garuneko gune adierazgarrietan dauden tu-moreak kendu ondoren izaten diren mugimen-asaldurak eta hizkuntzarenak murrizteko modu bat da. Baina, horrez gainera, gure ospitaleko Neurokirurgiako Zerbitzuak antolatuta, Espainiako Neurokirurgia Elkartearen eta Alemaniako Neurokirurgia Aka-demiaren XVIII. Kongresua egingo da Kursaal jauregian, “Berrikuntza Neurokirurgian” goibu-ruarekin, eta nazioarteko hainbat aditu bertaratuko dira.

Se ha realizado con éxito el primer caso de cirugía cerebral en paciente despierto con técnica de mapeo cortical en nuestro Hospital. Se trataba de un paciente de 53 años con un tumor cerebral parietal izquierdo localizado en área motora y de lenguaje.

Dada la localización que presentaba la lesión y alto riesgo de posibles secuelas neurológicas postquirúrgicas (pérdida de lenguaje y parálisis), se decidió realizar la cirugía con mapeo cortical. Para ello el Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario Donostia solicitó la colaboración del Dr. Santiago Gil Robles, neurocirujano del Hospital Quirón de Madrid, especialista con amplia experiencia con esta técnica quirúrgica. Asimismo y debido a la importancia del equipo de Anestesia durante estas cirugías, colaboró también el Dr. Martínez, anestesiista experto en este tipo de técnicas.

Como explica el Dr. Enrique Úrculo, jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario Donostia, previamente a la cirugía, se estudió el lenguaje mediante el test diagnóstico para la examinación de afasia. La topografía de la lesión se analizó con tractografía y RM funcional que mostraba un desplazamiento anterior de la vía piramidal y una representación motora contralateral en la parte anterior y caudal



Paciente despierto colaborando durante la cirugía cerebral.

del tumor con el fascículo arcuato desplazado inferiormente.

El responsable de neurocirugía nos explicó que “en quirófano, el paciente se coloca en decúbito lateral procediendo a su anestesia con mascarilla laríngea sin cambiar la posición. Realizada la craneotomía y después de una meticulosa infiltración con anestésico local de la duramadre para evitar el dolor, se procede con el paciente despierto a realizar el mapeo cortical y subcortical mediante estimulación eléctrica superficial y profunda, localizando directamente sobre la corteza cerebral las áreas del lenguaje, motoras y sensitivas”.

Paciente despierto colaborando durante la cirugía cerebral

Una de las características de esta interesante técnica es que el paciente permanece despierto durante la intervención quirúrgica y colabora de forma activa. Para ello es necesaria una colaboración total del paciente al cual se le va pasando continuamente un test de valoración del lenguaje y se le realizan preguntas sobre estímulos sensitivos y motores.

Mientras se realiza el mapeo y la estimulación se procede a la extirpación tumoral con ayuda del aspirador ultrasónico.

Finalizada la exéresis tumoral, se vuelve a dormir al paciente para el cierre dural y de la craneotomía.

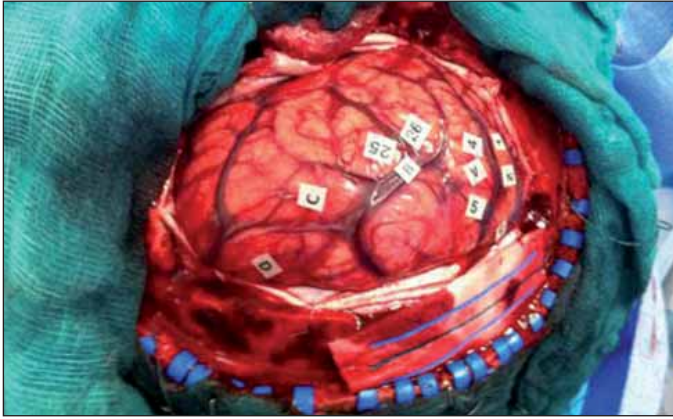
El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y el control de RM postoperatoria confirmó que la extirpación tumoral fue completa, siendo dado de alta a su domicilio una semana después de la cirugía sin déficit neurológico sobreañadido.

“La cirugía con mapeo cortical y subcortical en paciente despierto, detalla el Dr. Úrculo, permite identificar las zonas elocuentes en el córtex cerebral y en profundidad, tanto motoras como aquellas relacionadas con el lenguaje, permitiendo llevar a cabo la cirugía dentro de unos límites seguros. Para ello, se hace necesaria una colaboración multidisciplinar entre el neurocirujano, el anestesiista, el neuroradiólogo, el neurofisiólogo y el equipo de enfermería, que deben formarse para poder desarrollar esta técnica”.

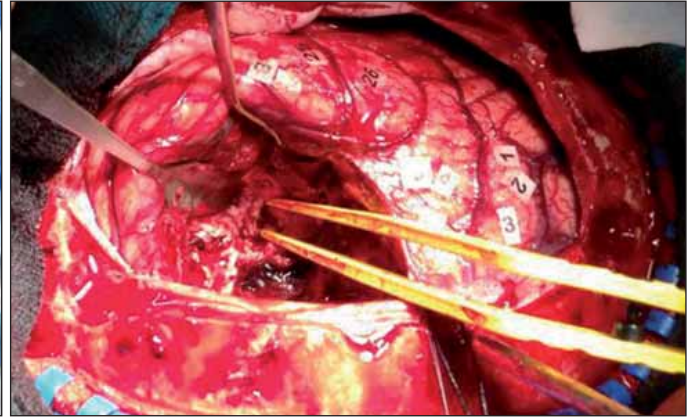
La necesidad de extirpar ciertos tumores cerebrales mientras el paciente permanece despierto es desde hace tiempo motivo de controversia entre los neurocirujanos. Según algunos expertos, esta técnica es imprescindible porque reduce el riesgo de que el paciente sufra déficits neurológicos no esperados durante el postoperatorio. Según otros, este tipo de procedimientos no sería necesario pues otras formas de planificación quirúrgica, basada en estudios anatómicos y funcionales no invasivos, ofrecería el mismo grado de seguridad; evitando al mismo tiempo agregar más complejidad a una intervención quirúrgica de por sí compleja.

Resolver uno de los problemas más complejos de la neurocirugía

En opinión del Dr. Úrculo, “el problema que intenta resolver esta técnica de extirpación de los tumores cerebrales es, tal vez, uno de los más complejos a los que se enfrentan hoy en día las neurociencias. Por un lado, sabemos desde los estudios de Sherrington en el siglo XIX que las fun-



Mapeo cerebral cortical representando las zonas elocuentes durante la cirugía con el paciente despierto.



Mapeo subcortical durante la extirpación tumoral con paciente despierto.

ciones cerebrales fundamentales están localizadas en áreas cerebrales específicas. Sin embargo, esta localización difiere de un individuo a otro y las diferencias pueden ser notables. Es por ese motivo que, por poner un ejemplo frecuente en la práctica clínica, no podemos conocer con suficiente precisión la localización exacta del área o áreas del lenguaje, fundamentalmente en pacientes políglotas, en concreto prescindiendo de los estudios electrofisiológicos. De estos últimos, el mapeo del córtex cerebral y de las áreas subcorticales es el método más fiable y el patrón de referencia contra el que se deben validar otros métodos no invasivos como la magnetoencefalografía o la resonancia magnética cerebral funcional".

Según nos indica, hay aún otros factores que añaden más complejidad al problema. Uno de ellos es la propia naturaleza de las lesiones que se pretende extirpar: los tumores cerebrales primarios. "Este tipo de tumores, nos dice, no se parece a ningún otro tipo de cáncer humano. Los tumores cerebrales son únicos como único es el órgano en el que asientan; el cerebro, el órgano más complejo de la naturaleza. Estos tumores pueden infiltrar áreas especialmente elocuentes, como el área del lenguaje, sin producir síntomas. Por ese motivo, en ocasiones, se pueden producir trastornos funcionales del lenguaje después de la cirugía de los tumores cerebrales incluso si el cirujano se limitó a extirpar exclusivamente el área tumoral".

El primer cirujano en realizar mapeo cortical con el paciente despierto fue el canadiense Wilder Penfield (1891-1976) y lo hacía con el objetivo de tratar a pacientes epilépticos. Uno de sus discípulos, George Ojemann, trasladó estos conocimientos a la cirugía oncológica cerebral. Desde ese entonces no ha cesado la discusión respecto a la utilidad real de esta técnica.

Una apuesta por la innovación

Sin embargo, la cirugía de tumores cerebrales con el paciente despierto parece estar resistiendo con vigor el paso del tiempo, y eso seguramente ocurre porque se trata de una herramienta válida en el tratamiento de algunos pacientes. Y, sobre todo, porque ha sabido adaptarse, transformarse e integrar innovaciones de muchos campos consiguiendo una notable simplificación de las diferentes etapas del procedimiento.

Pero, aclara el responsable de neurocirugía del Hospital Universitario Donostia, "en mi opinión, el tratamiento de los pacientes con tumores cerebrales debe ser individualizado y ninguna técnica puede ser aplicada indistintamente en todos los casos. Es esa la política del comité de Neu-

roncología y del Servicio de Neurocirugía de nuestro hospital: adaptarse a las necesidades de cada paciente para ofrecer el mejor tratamiento posible con un especial acento en la seguridad".

En ese contexto, el servicio quiere incorporar progresivamente en el quirófano de Neurocirugía diferentes técnicas de mapeo cortical, con el objetivo de hacer más segura la cirugía de los pacientes que padecen tumores cerebrales, dentro de un grupo multidisciplinar integrado por anestesiólogos, enfermeras, neurofisiólogos y neurocirujanos. "Todo ello, destaca el Dr. Úrculo, entra a formar parte de la "innovación en neurocirugía", lema por cierto elegido por el grupo en el congreso que estamos organizando en el Kursaal a celebrar en Mayo del 2013".

ESPAINIAKO NEUROKIRURGIA ELKARTEAREN (SENEC) XVIII. KONGRESUA

Espainiako Neurokirurgia Elkarteak (SENEC) 18. kongresua egingo du.

Oraingoan, SENECen urteko biltzarrak, Alemaniako Neurokirurgia Elkartearekin eta Akademiarekin batera egingo denak, maila zientifikoa goratu eta kultura-truke probetxugarria egiteko aukera emango du.

Kongresuaren goiburua, "Berrikuntza Neurokirurgian", espezialitateko eguneratze teknologia adierazteaz gainera, gauzak egiteko modu berri bat —kongresuaren egituraren eragina izango duena— adierazten du. Kongresuaren presidenten Úrculo doktoreak adierazi duenez, "zenbait helburu bete nahi ditugu, hala nola jarduera zientifikoa multzokatzea, ahal den neurrian saio paraleloak gainjartzea saihestuz; multimedia-posterrari ematea lehenetsuna, komunikazio-modu nagusi gisa (aurkezpen guztiek egiaztasun bera izango dute); adituen eta neurokirurgialari gazteen artean hurbiltasun-ha-

rremana bideratzea, lan-gosariaren bidez; teknologia informatikoa sartzea, eta, hartara, kongresuko parte-hartzaile guztiei aukera ematea kongresuko informazio guztirako (osoko bilkuren audio- eta bideo-grabazioak, eta abar) online sarbidea izan dezaten".

Aukeratutako gaien harreman dute eguneroko jarduerarekin: Neurokirurgia hirugarren adineko pazienteetan, orno-kanalaren endekapenezko estenosiak, hidrocefalia kronikoa helduengan, meningioma kranial eta errakideoak, trigeminoaren neuralgia, neurinoma akustikoa, traumatismo kranioentzefalikoak, edo Neurokirurgiaren historia. Azken batean, kongresu praktikoa diseinatu da batez ere, sinpletasuna lehenetsiz konplexutasunaren gainetik, konplikazioak arrakasten aurretik, eta irudia hitzaren gainetik.

Informazio gehiago: www.neurocirugia2013.com/es/presentacion

José Manuel Ladrón de Guevara, Gerente del Hospital Universitario Donostia

“Nuestro objetivo es que el hospital sea considerado dentro de cuatro o cinco años como un patrimonio de los guipuzcoanos”



José Manuel Ladrón de Guevara ospitaleko zuzendari gerenteak kontatu dizkigu elkarrizketa honetan zeintzuk izango dira zuzendaritza-taldearen lan-lerro nagusiak datozen ekitaldietan.

Zailtasun ekonomikoek erronka berrien aurrean jarri gaituzte, baina, horiei aurre egiteak ondo kokatuko gaitu, gerora begira jauzi kualitatiboak emateko. Elkarriketan esan digu iktusa eta patologia kronikoak bezalako arloek osatzen dutela apustu estrategikoa. Baina, batez ere, ospitalea kokatu nahi du gipuzkoarrek gehien estimatzen duten herrialdeko aktiboen artean.

Conoce perfectamente la organización ya que ha sido Subdirector de Asistencia sanitaria de Osakidetza, director médico del Hospital del Bidasoa y hasta su nombramiento como Gerente, Director Médico de este hospital. Licenciado en medicina y cirugía, está especializado en medicina preventiva y salud pública. Cuenta igualmente con un máster en gestión de empresas. Charlamos con él a los pocos días de asumir una nueva responsabilidad: la gerencia del Hospital Universitario Donostia.

- ¿Cuáles son las líneas generales de actuación para los próximos años?

- Queremos basar la estrategia del hospital en una serie de pilares fundamentales. En primer lugar, lo que tiene que ver con una mejor atención al paciente, que parte de atender bien sus necesidades, sus expectativas. La cuestión es cómo podemos nosotros organizarnos para dar satisfacción a lo que nos pide. Los pacientes quieren que les atendamos cerca de su casa, que les expliquemos cómo vamos a actuar, que lo hagamos en euskera... y tenemos que establecer una cartera de servicios mejor adaptada a esas necesidades. Una

cartera moderna, que de respuesta las necesidades actuales y con una estructura también adaptada a esas necesidades.

- Eso supone, como usted mismo reconoce que habrá que modificar algunos aspectos de la dinámica mantenida hasta ahora e introducir novedades que permitan esa adecuación de la que usted habla.

- Tenemos que orientar nuestros esfuerzos a las personas que atendemos, claro, es una razón de ser, pero también a los profesionales que vendrán en el futuro, a los que nos van a relevar en este trabajo. Por tanto, hay que mantener el desarrollo profesional, la motivación, pero vamos a orientarnos, que es uno de los cambios fundamentales, hacia la gestión de los equipos de personas. Osakidetza, tradicionalmente, se ha orientado al desarrollo profesional, a la integración dentro del hospital, a los movimientos horizontales, a la promoción... y por eso está menos desarrollada la gestión de los equipos de personas.

- ¿Y qué se va a hacer?

- Pues que tendremos que variar forma de trabajar para pasar de los esquemas tradicionales, estructurados básicamente en servicios y unidades de enfermería, a ac-

tuar en equipos de ictus, de urgencias, pacientes con enfermedades crónicas... equipos multidisciplinares, por tanto, con diferentes perspectivas que se complementan para dar una respuesta más global e integral. Es el futuro, pero ya lo estamos haciendo en el presente. No es un proyecto sino una realidad que ha dado sus primeros pasos y en el que tendremos que perseverar.

- Ha hablado usted de los futuros profesionales. ¿En el caso de medicina y enfermería, el que ahora seamos un hospital universitario tiene también su importancia?

- Somos un hospital universitario, queremos ser un hospital académico en el que se integren los estudiantes de medicina y de enfermería, el posgrado, pero también queremos tener alianzas con ingenierías, biología y las universidades del entorno, como Mondragón Unibertsitatea.

- Establecer alianzas, compartir proyectos y conocimiento... ¿A qué alianzas se refiere y qué significan para el hospital?

- No podemos pensar solamente en la comarca de Donostialdea, hay que pensar en Gipuzkoa. Nuestra relación con la Atención Primaria, con los hospitales comarcales, con los centros concertados, con los soa-ciosanitarios, con cualquier otra organización guipuzcoana que sirva para mejorar nuestros objetivos estratégicos y para mejorar también el bienestar de los guipuzcoanos.

Las alianzas van en ese sentido: son positivas para el hospital, para los partners y sobre todo para Gipuzkoa, para los guipuzcoanos.

Y, todo ello sin olvidarnos de la investigación. Biodonostia tiene ya una trayectoria sólida que esta siendo un signo identificativo del hospital y hay que seguir trabajando. Estamos en una muy buena situación competitiva y hay que aprovecharlo.

- El hospital tiene ya unos signos de identidad...

- Por supuesto. Y no hay que perderlos: la ética, la transparencia, la participación ciudadana en todos los ámbitos de la organización. En segundo lugar, la calidad, entendida como modelo de gestión, como seguridad clínica, como mejores prácticas. En tercer lugar, la eficiencia. Nos toca vivir una época económica compleja y tenemos que ser capaces de adaptarnos para que cada uno de los procesos, de los equipos humanos, vayan mejorando la eficiencia.

- De todas maneras, no hay que olvidar que somos un centro público y hay unas líneas de actuación fijadas que no hay que



“Hay que optimizar los recursos para pasar el bache y ponernos en una buena situación para que cuando los ciclos económicos cambien poder dar un salto adelante”.

perder de vista.

- Y no lo hacemos. Tenemos muy claro, y hablo en plural porque yo me considero parte de un equipo directivo, que hay que mantener la universalidad de la atención que prestamos, la responsabilidad pública en la asistencia sanitaria, hacerlo con calidad incrementando la seguridad de los pacientes y mantener los

“Nuestro principal activo son los profesionales y trabajando en equipo podemos seguir avanzado en nuestros objetivos”

resultados en salud.

- Ha mencionado la seguridad clínica. Es uno de los objetivos en que viene trabajando el hospital.

- Es una de las líneas estratégicas. La seguridad clínica debe ser siempre un objetivo de una organización como la nuestra. En los últimos años estamos ciertamente trabajando en ese sentido. Primero fueron las pulseras identificativas y luego hemos comenzado una campaña de reducción de la infección nosocomial que arrancó en quirófanos y que ahora en trabaja en la higiene de manos. Es un proyecto muy ambicioso que integra a varios quipos y que lidera Medicina Preventiva junto a Calidad.

- Pogámonos en un horizonte de cuatro a cinco años. ¿Cuál es el objetivo que usted destacaría como gerente?

- Tenemos claro que haciendo lo que estamos haciendo no vamos a conseguir los resultados que debemos. Tendremos que mejorar nuestras prácticas, observar mejores prácticas e incorporarlas para conseguir mejores resultados.

Todo esto tiene un fin: que el Hospital Universitario Donostia sea considerado dentro de cuatro o cinco años como un patrimonio de los guipuzcoanos.

Y tenemos, de salida, una ventaja competitiva, una ventaja a nuestro favor: los equipos humanos son nuestro mejor argumento, el mejor capital. Tenemos que invertir en conocimiento, en talento, en los equipos humanos. Además, partimos de la base de una posición tecnológica que no es la perfecta, pero que es buena. Sobre la base de los equipos de personas, reorientándolos desde el punto de vista de la eficiencia, podemos pasar el bache de tres o cuatro años que nos está tocando vivir y nos pondrá en una buena situación para que cuando los ciclos económicos cambien, poder dar un salto adelante.

Tenemos un reto importante, que es mejorar nuestro trabajo en equipo, avanzar en este terreno, reorientar nuestra estructura, optimizar las inversiones, establecer puentes y alianzas con otras organizaciones, mejorar también nuestra relación con la Atención Primaria... Trabajo no nos va a faltar, pero yo no soy nuevo en el hospital, conozco a los profesionales, y no me refiero solamente a médicos y enfermería, sino a técnicos, administrativos, auxiliares, subalternos... No es un reto de unos pocos, sino para todos los que trabajamos en el hospital.



Agradecimiento a benefactores de Biodonostia

El pasado 18 de enero el Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia celebró un encuentro para agradecer a todos aquellos benefactores que lo han apoyado para seguir avanzando en el camino de la investigación sanitaria.

Fueron 13 los invitados al salón de actos como los ayuntamientos de Azpeitia, Azkoitia, Beasain, Zumarraga, Urretxu y Legazpia, además de Goieki, el Hospital Universitario Donostia, Kutxabank, la Diputación de Gipuzkoa, y las Asociaciones Ka-

txalin y Begisare. A todos ellos se les dedicó unas palabras de agradecimiento y se les entregó un diploma junto a un detalle.

Parkinsonen eritutako pertsonen %80k asaldu kognitiboak izango ditu

Biodonostia institutuan lan egiten duen Mari Cruz Rodríguez Oroz bereziki arduratu da bere karreran zehar endekapen kognitiboaren hasiera ikertzeaz. Ikerbasqueko kide da 2011ko maiatzetik eta interesgune nagusizat Parkinsonen gaixotasuna du.

Sinetsita dago epe ertainean gaixotasuna eramangarriagoa bihurtu lezaketela datozen urteetako aurrerakuntzek.

Gaixoen batez besteko adina 60 urte ingurukoa da. Baina Parkinsonen gaixotasuna diagnostikatzen denerako, neuronen % 60 galdu da. Eriak sendatzeko, neuronen heriotza gelditu eta galdutakoak ordezkatu beharko lirakeke.

Gaixoaren sintomarik behinena mugimen-asaldua da eta, memento honetan, ez dakigu askorik gaixoaren endekapena aurrera duden mekanismoek, ez eta ere funtzio kognitiboaren gaitze progresibo-

ari galga jartzeko moduez edo estrategia onenez.

Baina, jakin berri dugu badagoela harremanik ibiltzearen endekapenaren eta gaitasun kognitiboaren gaitzearen artean; alderdi batzuk partekatzen dituzte. Eta orain bilatzen ari dira biomarkagailuak, esango digutenak —itxaropen hori dute— noiz hasten den alterazio kognitiboaren prozesua. Prozesua abiatzen den memento atzetik badaiteke ziurtasunez, memento horretatik aurrera hasi daitezke tratamenduak saiatzeko, endekapena saihestu edo kasurik okerreanean, atzeratzeko.

Baina ikerketak ez dira merkeak, eta iaz Miramar jauregian egindako sinposioa garrantzitsua izan zen. 160 ikerlarietatik gora batera komunean jarri zituzten ideiak, asmoak eta finantzabide-aukerak landu zituzten.

Julio Arrizabalaga doktorea, Parc Tauli-ko Aholku Batzorde Zientifikoko kide

Julio Arrizabalaga doktorea, Biodonostia Osasun Ikerketako Institutuko zuzendari zientifikoa, Parc Tauli-ko Aholku Batzorde Zientifikoko kide izendatu dute.

Kontsulta eta Aholku Batzordea Parc Tauli-ko ikerketa- eta berrikuntza-jarduerari buruzko kontsulta- eta aholkularitza-organoa da. Parc Taulin egiten den biomedikuntzaren ikerketarako eta berrikuntzarako ezinbestekotzat jotzen diren ezagutza-alorretako estatuko eta nazioarteko zenbait lagun ospetsuk osatzen dute Batzordea. Gizarteko hainbat sektoretakoak dira adituak, nola sektore publikokoak hala pribatukoak, eta zenbait eremutakoak, esate baterako ikerketaren kudeaketa, jabeago intelektualak, zientzia eta enpresa.

La Unidad de Neonatos del Hospital recibe la Medalla al Mérito Ciudadano



El pasado 19 de enero la Unidad de Neonatos de nuestro hospital recibía la medalla al mérito ciudadano en un solemne acto celebrado en el salón de actos del Ayuntamiento donostiarra. El galardón fue recogido por María Antonia Pérez, Paquita Perurena, Carmen Prego y Juncal Etxeberria, quienes indicaron que su trabajo es "preciso y precioso", "estresante" pero, a la vez, "maravilloso" y, sobre todo, "gratificante". El coro Kantakidetzta también participó con la interpretación de una canción africana acompañado por la banda de txistularis en un acto que presidió el alcalde donostiarra Juan Karlos Izagirre

Aurtengo Merezimendu Hiritarraren Ga-raikurra jaso zuten

José Luis Alvarez Enparantza Txillardegi hizkuntzalari eta idazleak, Jaime Caballero igelariak, Luisa Etxenike idazleak, Txotxongilo Taldeak eta Donostia Unibertsitate Ospitaleko Neonatologia Sailak. Urtarrilaren 19an entregatu zituzten dominak, 1813an hiriko ereserkia izan zena jo zuten haurren eta helduen konpainietako 1.400 danborrari, Alderdi Ederren, Udalaren Txistulari Bandak, abesbatza batek eta dantzari talde batek lagunduta. Ondoren udalbatzaren aretoan, ekitaldiaren buru Juan Karlos Izagirre alkatea egon zen, udal talde guztietako zinegotziez lagunduta, legebiltzarreko lehendakaria eta gure lurraldeko ahaldun nagusia ere bertan egon ziren.

Ospitaleko ordezkartza bat ere egon zen presente eta Osakidetzak kantaldi ederra eman zuen ekitaldiko memento hunkigarrienetako batean: Bebe mama ye afrikar kanta interpretatu zuten Ansorena buru zen txistularien hots gozoen laguntzarekin.

Erein eta hazi

Juncal Etxeberria, María Antonia Pérez, Paquita Perurena eta Karmen Prego, Donostia Ospitaleko neonatologia unitateko langileak, egon ziren ekitaldiko oholztan domina jasotzen. Etxeberria doktoreak duela

gutxi arte unitateko buru izan dena -erretiroa hartu arte— esker ona adierazi zuen unitatearen izenean. Eta honako hau adierazi zuen: "Domina hau estimulua da, profesionaltasunez eta ondo eginez lanean jarraitzeko". Gaineratu zuen unitateko langile guztiek ilusio handia zutela dominarekin. Domina horren meritua partekatzen duen pertsona-kopurua ez da makala, asko direlako egunero txikien ardura bere gain hartzen duten langileak ospitalean. Eskualdeko ospitaleen meritua ere bada, zioen unitateburuak, izan ere, arduratzen baitira gure ospitalera bideratu beharreko kasuak erabakitzeaz. Horrelako unitate batean oso inportantea da gauzak ondo antolatuta egotea, bai erditzeetan bai haurduntzan. Urteko 600 erditze ingururen kopurutik ehuneko hamarra, 60, haurtxo goiztiarrak dira unitatean eta gipuzkoarrak pozik daude unitatearen errendimenduari eta ez dira gutxi iritzi hori plazaratzen dutenak. Gure lana da eta kariño handiz egiten dugu, saria ezuste polita izan da eta asko atsegin zaigu, izan ziren unitateko langile baten hitzak, domina jasotzeko ekitaldian. Ez dakite nork egin zuen unitatearen proposamena dominarako, baina unitatean ziur daude gurasoren bat edo batzuk izan zitezkeela udaleraino eraman dutenak eskaria. Gurasoak ezinbestekoak dira unitate

tean haurtxoei ematen zaizkien arretak izan daitezen onenak, eta ingresuak dirauen bitartean, azkenean, langileen eta gurasoen artean sortzen da harreman berezi bat, konfiantza eta elkarrekiko errespetuzkoa dena, eta bukaeran ia familia giroa egon ohi da.

La Unidad de Neonatos

La Unidad de Neonatología del Hospital Universitario Donostia es una unidad neonatal de nivel IIIb, referencia para todo el Territorio de Gipuzkoa.

En el momento actual el staff de la Unidad de Neonatos está formado por 8 médicos, 33 enfermeras, 18 auxiliares de enfermería, secretaria, personal de limpieza y de mantenimiento. Cuenta con el apoyo de otras unidades pediátricas y de servicios centrales, como laboratorio, oftalmología, ortopedia, etc. Durante el año 2012 nacieron en nuestro hospital 4.269 niños. Desde 2008, con 4.535 partos, se ha producido un descenso leve pero progresivo del número total de partos. En este pasado año, hubo un total de 135 partos múltiples lo que supone un porcentaje del 6,3% sobre el total.

Además de los pacientes ingresados en la unidad, los médicos de la unidad neonatal se encargan de explorar a los recién nacidos sanos o que pueden estar con su madre en las planta de maternidad, de las reanimaciones en sala de parto, así como de coordinar el despistaje de enfermedades metabólicas y del déficit auditivo.

En el año 2012 ingresaron 619 niños en la Unidad Neonatal, de los que 157 lo fueron en la Unidad de Cuidados intensivos neonatales. Una parte asistencial importante de la Unidad Neonatal, al ser hospital de referencia territorial, es atender a todos los recién nacidos con menos 1.500 gramos de Gipuzkoa, grupo de población muy vulnerable, con riesgo importante de morbilidad que puede condicionar compromiso en su calidad de vida a largo plazo, que necesita de unos cuidados muy específicos, delicados e individualizados, realizados por personal especializado. Su tasa es de 12,3 por mil, con unos 55 pacientes atendidos al año. Estos pacientes, además, continúan su atención en la consulta de seguimiento hasta los 2 años, siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Neonatología.



Ezagutzaren kudeaketarako eta berrikuntzako unitatearen eskutik, dei bat egiten dute Praktika Komunitateetan parte hartzeko

Praktika Komunitateak ospitalean lanean dagoeneko

Donostia Unibertsitate Ospitaleko ezagutzaren kudeaketa eta berrikuntzako unitateak praktika komunitateen aldeko apustua egin du ikaskuntza eta partekatutako ezagutzak elbarbanatzeko helburuarekin. 2011. urtean Donostia Unibertsitate Ospitaleko ezagutzaren kudeaketa eta berrikuntzako unitateak proiektu berri bat hasi zuen. Helburua berrikuntzaren garapena eta ezarpena sustatzea zen. Horretarako Komunitate Praktikak sortzea proposatu zuen, partaideen artean informazioa osatu, pilatu eta partekatu ahal izateko. Komunitate Praktikak pertsonak osatutako taldeak dira, ezagutza espezializatua izan eta gai ezberdinen ikaskuntzan sakontzeko asmoa dutenak.

Praktika bati lotuak dauden pertsonen gaintzekoei konfiantza eta segurtasuna transmititzen dizkiete, eta horrek jarduerari honi zentzua ematen dio.

Josune Retegi Ormazabal Komunitate Praktiken burua da Donostiako Unibertsitate Ospitalean, eta zera dio: "Denok zerbait dakigula onartzea da garrantzitsua eta ez dagoela den-dena dakien inor. Gauzak horrela batzuek besteengatik ikatea oso emankorra da maila pertsonalean ez ezik, baita kudeaketaren ikuspuntutik ere". Ezagutza partekatzea oso puntu garrantzitsua da komunitate praktiketan, pertsonen arteko harremanekin batera. Ezagutza taktikoak antzematea –jakintzaren hierarkiarik gabe–, informazio eta ezagutzaren trukea sustatzea eta pertsonak ondo sentiaraztea dira komunitate hauen beste alderdi garrantzitsu batzuk.

Retegik dioenez talde hauen helburua denok aldi berean ikatea da, profesionalak elkar ondo ezagutzea eta bakoitzak di-tuen ezagutza espezifikoak banatzea. Saiatzen dira bultzatzen pazienteari, profe-

sionalei edota organizazioari begira garrantzitsuak diren ezagutzak identifikatzea, IZARKI bidez, eta ezagutza horien indarrak kontziente egitea partaideak. Komunitate bateko partaidea izateko pertsonaren ezagutzak eta esperientziak besteekin banatzeko prest egotea eta gogoia izatea dira baldintza bakarrak.

Erakunde guztiek bezala, komunitate praktikak printzipio eta arau batzuk ditu, elkarrekotasuna izanik bereizleenetakoa. Ez da taldean pasibotasuna onartzen, hau da, taldeko partaideek ekarpenak egin behar dituzte bileran, hori baita praktiken helburuetako bat. Esatekoa da taldean ez dagoela inongo jakintza-hierarkiarik partaideen artean. Arauen artean badago beste bat zeina baita iritzia ematea ez dela nahikoa, baizik eta denen artean iritzia osatzea dela garrantzitsua. Talde hauetako partaide batzuek azaltzen dutenez, "bile-

retan partekatzen den informazioak iturri fidagarria eduki behar du eta garrantzizkoa izan tratatzeko". Prozesua ondo bideratzeko kudeaketa-, koordinazio- eta monitorizazio-arau batzuk daude, talde sustatzaile batek ezartzen dituenak.

Talde sustatzailea praktikatzaile batzuek sortzen dute, profesionalen ikuspuntu ezberdinak irudikatzen dituztenak ezagutza aldetik. Haiek egiten dituzte lehenengo ekarpenak, eta beste pertsona batzuk gonbidatzen dituzte taldeko partaide izateko, gai ezberdinak aukeratzen, partaideen sarrera eta irteerak ezartzen eta baliabideak kudeatzen ere laguntzen dute, are babesle eta filantropoak bilatzen ere, kasuan kasu.

IZARKIK praktika komunitate bat sortzeko proposatzen dituen urratsak hauek dira: hasteko, aurretiko bilera bat egiten da. Bertan taldearen ezarpen-bileraz (bi) eta talde sustatzaileari buruz hitz egiten da. Saio honetan deitzaileen iritziak jasotzen dira honako hauez: taldearen partaide-kopurua, kronograma, zer-nolako gaiak landuko diren... Horren ondoren, partaideek praktika komunitatea antolatzeko baiezkotza ematen badute, ezarpeneko bilerak antolatzen dira. Lehenengoan, komunitatearen izena adosten da, praktika mugatzen da, jarraibide batzuk ematen dira eta pertsonaiei gai ezberdinak esleitzen zaizkie, bakoitzaren espezializazioaren arabera. Bigarren bileran mekanismo-kudeaketa bukatu eta Web 2.0-ra edukiak igotzeko koordinatzaile bat aukeratzen da.

Praktika komunitateen jarduerak lau fase ezberdinetatik pasatzen dira. Lehenengo fasea elkarrekintzako da. Nahiz eta fase hau zailenatariko bat izan, partaide guztiek dakite bertan helburu finko batzuen atzetik joateko daudela, komunak direnak, eta denbora bat ematen da iruzkinak trukatzeko eta iritziak ematen, konpromiso espezifikorik gabe, hasiera honetan.

Lankidetzakoa da bigarren fasea. Lehenengo fasea gainditu denean, gai zehatz bati buruz informazioa trukatzeko hasten da. Hirugarren fasea ezagutzakoa da. Gertatzen da gai jakin bati buruz interesgune bat azaltzen denean, eta gauza pertsonal bat izaten hasten da praktika. Azkenik kooperazio-fasera iristen dira komunitateak. Gainontzeko fase guztiak pasatzen joan diren heinean, ikuspuntuak trukatzeko elkarrekin zerbait sortzearen ideia sortzen da, eta hausnartu den hori martxan jartzeko era ezberdinak pentsatzen dira. Orduan esaten da kooperazio-fasean dagoela komunitatea.



Praktika komunitateak indarrean

Gure ospitaleari dagokionez, funtzionamenduan dauden praktika komunitateak hiru motakoak dira. Lehenengoan, patologia konkretu baten inguruan biltzen diren profesional sanitarioak daude, bigarrenean komunitate profesional sanitario eta ez-sanitarioak biltzen dira kontu asistentzialen gainean, eta, azkenik, profesional sanitarioen, ez-sanitarioen eta gaixotasun kronikoa duten pazienteenak daude.

Informazio eta komunikazioko teknologia berriek izan duten arrakasta ikusirik, Komunitateak ez dira atzean geratu horiek profitatzeko orduan. Eta Web 2.0 plataforma bat sortu dute, gai interesgarrienak burutzeko orduan lanak sustengatzeko eta partekatzeko.

Plataforma hau adar ezberdinetan dago sailkatuta, bertan igotzen joaten den informazioa ezagutarazteko eta denek ikusteko. Informazioa Webera igotzen denerako landua eta txukuna egon behar du. Horrela fisikoki praktikatzaileak elkartzen direnean ezagutza dagoeneko handiagoa da eta garatuago dago.

“Elkarrekotasuna da gure printzipio garrantzitsuenetariko bat”

Batzuetan praktika komunitateak foroak diren galdetu izan da. Erantzuna ezetz da. Foroak iritzi-bildumak dira elkarrizketa bati derrigorrez lotuak egon gabe. Komunitateetan esfortzu bat egin behar da informazio garrantzitsua helarazteko besteei eta norberaren ezagutza partekatzeko ahalegina derrigorrezkoa da. Galdera asko daude baina denek dute erantzun bat, denek artean bilatu beharrekoa.

Oraindik orain honako komunitate praktikak ari dira lanean: iktusa, disfunzio mikzional neurologikoa, gaixotasuna bizitzaren azken aroan, bihotz-errehabilitazioa, biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa, logura-apnea, ospitaleratutako pazientearen nutrizioa, sarbide baskularra eta umeen elikagaietako alergია.

Duela gutxi “Praktika komunitateak kudeatzen ikastea” ikastaroa bukatu da eta, ondorioz, pazienteen segurtasuna, paziente trakeostomizatuak, arazo baskularrak dituen paziente diabetiko heldua, paziente hauskorren erorikoak, zain-barneko eta azal zeharreko bide eta terapiak, euskararen erabilera, eta profesionalaren arretakoa hasiko dira osatzen, beste batzuen artean.

Amaitzeko, ospitaleko ezagutzaren kudeaketa eta berrikuntzako unitatetik partaide guztiak egiten ari diren lana nabarmendu nahi da, pazientearenganako arreta hobetzearen alde egiten ari diren lana gorai-patuz.

La importancia del empleo adecuado de guantes

Oraingoan atala istripu biologikoak gutxiagotzeko geure esku dagoen babes behienetako batez dihardugu: eskularru egokien erabilera. Istripu biologiko, kimiko eta zitostatikoekin izandakoak ez ziren maiz gertatuko, langileek zein eskularru erabili behar dituzten dakitenean, eta, noski, erabiltzen dituztenean, dagozkien mementoetan.

El 30% de los accidentes del Hospital Universitario Donostia entre los años 2011 y 2012 han sido de tipo biológico, químico o por contacto con citostáticos. Las consecuencias de algunos de ellos podrían haberse minimizado usando el guante adecuado.

Los guantes sanitarios ofrecen una protección específica para cada tipo de riesgo según la normativa que cumplan, y no según el material del que están hechos, ya sea látex, vinilo, nitrilo u otro material.

El guante es un equipo de protección

El fabricante acredita el nivel de protección mediante el cumplimiento de la normativa de productos sanitarios (RD 1591/2009) y de equipos de protección (RD 1407/1992) así como de una serie de normas armonizadas que hacen referencia a los ensayos realizados para cuantificar diferentes propiedades de los guantes - ver tabla-

Cómo saber qué tipo de guante es el más adecuado en cada caso

Según el riesgo del que te quieras proteger, debes utilizar el guante más adecuado.

FRENTE A RIESGOS QUÍMICOS

Cuando hay contacto con fluidos biológicos o tejidos contaminantes (intervenciones quirúrgicas, manipulación de instrumental sucio, recogida de residuos biológicos, etc.) se deben utilizar GUANTES MÉDICOS DE UN SOLO USO, para garantizar impermeabilidad, flexibilidad máxima y gran sensibilidad. Cuando se precise, serán estériles.

Pueden estar fabricados de látex natural o de otros elastómeros como vinilo, nitrilo, neopreno, etc.

No se precisa su uso general para explo-



ración de piel intacta, para el traslado de pacientes en silla de ruedas o en camilla, para ayudar en deambulación, etc.

FRENTE A PRODUCTOS QUÍMICOS

Cuando se manipulan productos químicos (en el laboratorio, en anatomía patológica, recogiendo envases vacíos, trasladando productos, etc.) hay que utilizar GUANTES DE PROTECCIÓN QUÍMICA.

En este caso el tipo de guante depende del tipo de producto ya que cada material (látex, vinilo, nitrilo, butilo, etc.) puede proteger muy bien de unos productos químicos y muy mal de otros.

FRENTE A CITOSTÁTICOS

En tareas en las que pueda existir un contacto directo con el fármaco (preparación en farmacia, traslado desde farmacia, administración, recogida de excretas de pacientes tratados, etc.) se deben utilizar GUANTES DE PROTECCIÓN FRENTE A CITOSTÁTICOS.

Utilizar doble par de guantes (uno por debajo del puño de la bata y otro por encima), pueden ser de látex sin polvo, de nitrilo o de neopreno.

Si tienes necesidades especiales

Si tienes alguna patología que te impide usar el guante suministrado, debes acudir a Salud Laboral para que se valore qué tipo de guante es el más adecuado en tu caso.

Recuerda

- Utiliza los guantes específicos para las tareas y procedimientos en los que se requiera. Si tienes cualquier duda, consulta con tu mando intermedio.
- Usa la talla de guantes correcta.
- Lávate o descontaminarse con hidroalcohol las manos antes y después de usar los guantes. Ten en cuenta que los guantes no siempre protegen completamente.
- Cubre cualquier herida de la mano con un apósito impermeable antes de ponerte los guantes.
- No lleses relojes, pulseras, anillos u otros objetos, que pueden romper los guantes y convertirse en depósito de los contaminantes.
- Para más información puedes consultar la Guía de Salud Laboral nº 20 "Uso adecuado de guantes en el medio sanitario" que también está disponible en la web del Hospital Universitario Donostia, en el apartado Publicaciones-Guías.

Salud Laboral
Unidad Básica de Prevención

Normas armonizadas para los guantes de protección

GUANTES MÉDICOS DE UN SOLO USO

UNE EN 455/1-2-3. Guantes médicos de un sólo uso.

- Ausencia de poros (EN 455-1).
- Propiedades físicas (EN 455-2).
- Cantidad de polvo (EN 455-3).

UNE EN 374/1-2. Penetración de microorganismos.

- Longitud mínima impermeable a los líquidos (EN 374-1).
- Ensayo de fuga de aire y agua (EN 374-2).

ISO 16604. Resistencia a virus.

ASTM F1671. Penetración viral (VHI, VHB y VHC).

ASTM F1670. Permeación de sangre.

GUANTES DE PROTECCIÓN QUÍMICA

UNE EN 374-3. Penetración de productos químicos.

GUANTES DE PROTECCIÓN FRENTE A CITOSTÁTICOS

UNE EN 374-3. Penetración de productos químicos.

ASTM D 6978/05. Resistencia a fármacos de quimioterapia.

Cuatro citas profesionales sanitarias en abril

“El Kursaal es ideal para la celebración de congresos”

Más de 1.500 profesionales de la sanidad han congregado en el mes de abril en el Kursaal en cuatro congresos –tres de ellos simultáneos– que abordaron la atención al paciente crónico desde el perfil de los técnicos en cuidados de enfermería (17-19 de abril) y las novedades en la disciplina artroscópica y la cirugía de la rodilla para médicos y enfermeros (24-27 de abril).

M^a del Carmen Moneo, presidenta del Comité Organizador del XXIV Congreso Nacional de Técnicos en Cuidados de Enfermería, señala que “durante varios años, los compañeros de fuera de Gipuzkoa nos han pedido que trajéramos el congreso a San Sebastián. Nos decidimos y la candidatura ganó. Es normal, tenemos un espacio, el Kursaal, que es ideal: está muy bien preparado y ubicado en un marco inmejorable. Y de la ciudad ya sabemos que la gente se va a ir encantada”.

“Cuidados del TCE al paciente crónico” fue el eje central de este encuentro, organizado por la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE) y el Sindicato de Técnicos de Enfermería (SAE), y que reunió alrededor de 500 profesionales TCE en torno a más de 30 ponentes que plantearon dicha atención en enfermos de diferentes patologías. Según los datos de la última Encuesta Europea de Salud, más del 45,6%, de la población española mayor de 16 años padece, al menos, un proceso crónico, y el 22% de la población padece dos o más procesos. Asimismo, una población cada vez más envejecida tiene como consecuencia lógica un aumento de pacientes con enfermedades crónicas: entre los 65 y los 74 años, los ciudadanos padecen una media de 2,8 patologías. Las enfermedades crónicas son la causa del 80% de las consultas de Atención Primaria y eje del citado congreso.

La ayuda del Kursaal y Convention Bureau

Al triple congreso en torno a la artroscopia y la rodilla acudieron al Kursaal ponentes europeos, asiáticos y norteamericanos, en lo que constituye para la AEA (Asociación Española de Artroscopia) y la SEROD (Sociedad Española de Rodilla) un auténtico reto ya que es la primera vez que se celebra conjuntamente para ambas sociedades. Los días entre el 24 y el 27 de abril, en el Kursaal, el congreso potenció una



María del Carmen Moneo, presidenta del Comité Organizador del congreso de TCE.



Ricardo Cuéllar, presidente del Comité Organizador Local de AEA-SEROD.

vez más las aulas de instrucción tanto de la disciplina artroscópica como de la rodilla en su vertiente quirúrgica. Otra de las características que se impulsó en este congreso conjunto fue el de la participación. Para ello, todas las mesas redondas contaron con un tiempo mínimo de discusión de 15 minutos, dedicando una sesión a los mejores trabajos publicados a lo largo del año. Y se han multiplicado las posibilidades de exposición al aumentar las sesiones de videotécnicas. Se desarrollaron también cirugías en espécimen y cirugías en directo, estas últimas desde los quirófa-

nos del Hospital Universitario Donostia. Ricardo Cuéllar, miembro de AEA, fue el impulsor de San Sebastián y el Kursaal como sede del congreso conjunto: “Se votó en Tenerife en 2011 y la decisión fue casi unánime. Se había celebrado anteriormente en Donostia en dos ocasiones, una de ellas ya en el Kursaal, en el año 2000. El edificio se adapta muy bien a la celebración de congresos, es un lugar irreprochable, a todo el mundo le encanta”. En cuanto a su experiencia en la labor como presidente, el doctor Cuéllar resalta la labor de apoyo del Servicio de Traumatología del Hospital que integra el Comité Organizador, tanto en su vertiente médica como de enfermería, así como la Dirección Médica y de Enfermería. “Resulta muy satisfactorio –señala Cuéllar– promover este tipo de encuentros con los colegas en los que se exponen los avances y novedades y que da lugar a que podamos saludarnos y vernos. Como organizador puedes tener algún quebradero de cabeza pero es estimulante ver que todo va saliendo bien. En este sentido tengo que decir –indica– que el personal del Kursaal y de San Sebastián Convention Bureau realiza una gran labor de ayuda a los organizadores. Sin su aportación hubiera sido imposible”.

XXXI Congreso Asociación Española de Artroscopia

XXXII Congreso Sociedad Española de Rodilla

XXI Curso de Enfermería en Artroscopia y Rodilla

Comité Organizador Local AEA-SEROD

Presidente: Ricardo Cuéllar

Vicepresidente: Gaspar de la Herrán

Secretario: Javier García-Ariño

Vocales: Manu Aduriz, Iñaki Aguinaga, Alex Baguer, Antonio García, Javier Goyeneche, Alberto Hernández, Ignacio Torre, José M. Urreaga

XXIV Congreso Nacional de Técnicos en Cuidados de Enfermería

Comité organizador TCE/AE

Presidenta: María del Carmen Moneo Ormazabal

Vocales: Isabel Galán (secretaria administradora FAE), Carmen Martija (TCE), Coro Cuesta (TCE), Idoia Uson (TCE), Marian Tapias (TCE), Richard Vázquez (TCE)

Vivencias de un paciente ingresado en el Hospital Universitario Donostia

Estimados amigos y compañeros,

Con los miles de trabajadores que conformamos el Hospital Universitario Donostia, estoy segura de que más de uno ha sufrido un proceso médico que le haya hecho ingresar o quizás le hayan realizado una intervención quirúrgica, sin embargo no he visto sugerencias que de alguna manera hayan servido para mejorar la calidad asistencial de nuestro Centro.

Las organizaciones, las empresas avanzan cuando incorporan a su quehacer hechos o ideas que surgen desde dentro.

Esta razón me ha movido a aprovechar la Revista de nuestro Hospital para plasmar unas vivencias como paciente. Os diré que desde Abril en que me diagnosticaron de un cáncer entré en una situación de "mundo al revés". Pensar que de un día para otro pasas de estar al lado de la cama de un paciente a ser tú la que ocupa esa cama, cuando vemos indiferentes pasar una camilla, os aseguro que no es lo mismo si tú vas en ella, por cierto mirando el techo, a propósito de lo cual sería interesante el dar una mano de pintura a los techos de los pasillos de la 2ª verde, y ¿qué decir de la información de tu proceso? Ahora estás al otro lado de la mesa oyendo tu diagnóstico, las posibilidades de recuperación o el tratamiento que te van a poner.

En fin, el verdadero "mundo al revés" y al que en poco tiempo te tienes que adaptar.

Con todo esto, lo que quiero llamar hoy la atención se refiere a las Consultas Externas de Oncología Médica. Cuando estaba esperando mi turno escucho a través del ALTAVOZ mi nombre y los dos apellidos para que me dirigiera a la Consulta nº 1. No podía creer lo que estaba oyendo. Cuando todos los días en nuestro trabajo tenemos que meter nuestro usuario y contraseña para acceder a la documentación clínica de un paciente en aras de la Seguridad, en pro de la Confidencialidad de datos, de pronto a través de un altavoz te cargas el derecho que todo paciente tiene a la intimidad y a la confidencialidad. Por eso agradecería a los responsables de Oncología Médica que subsanen lo más rápidamente

posible este problema, con ello ni siquiera contribuirían a la mejora asistencial de su Servicio, solamente cumplirán con los derechos de los pacientes respecto a la intimidad y confidencialidad, nada más y nada menos.

Todos sabemos que el diagnóstico precoz en cualquier patología es definitivo para su evolución. Si nos centramos en el cáncer, ese diagnóstico precoz es clave de ahí todas las campañas de prevención en estas sociedades occidentales en donde vivimos.

Una vez diagnosticado un cáncer el poder intervenir ese tumor en un tiempo record es lo que debería asegurar un hospital moderno y preparado. Así lo hicieron conmigo. Los pacientes no deberían esperar más de unos días en poder ser operados ya que la extirpación del tumor hace que se pueda iniciar la segunda fase del tratamiento que es la quimioterapia.

¡Ay la maldita quimio!, un tratamiento sin sentido común, porque ¿os parece adecuado que para luchar contra unas células malignas ataquemos y destruyamos aquellas que cumplen su función correctamente?

Pienso que en los próximos años esta parte del tratamiento es la que más va a cambiar. Que así sea porque de verdad que el tratamiento quimioterápico es terrible, muy duro y Dios quiera que sea efectivo.

Esto lo comprenderán todos aquellos que han pasado por algo parecido.

Por eso con estas incertidumbres hay que reforzar la confianza con el oncólogo responsable. Quizás no haya respuestas para acontecimientos que ocurren mientras te dan la quimio porque no tenemos que olvidarnos que no hay enfermedades, que hay enfermos y las respuestas son individuales aunque lógicamente en línea con lo que le ocurre a la mayoría.

La administración de la quimioterapia en nuestro Hospital se realiza en el Hospital de Día.

La primera vez que recibí en esa sala la quimio quedé horrorizada. Me recor-

daba a la cubierta de 3ª clase de la película "Titanic". A pesar de llevar 38 años trabajando en el Hospital nunca había tenido ocasión de visitar esas dependencias. Son salas abiertas en donde se hacían unos pegados a otros sillones chaise-longue y donde los pacientes van llegando y les van dando su tratamiento.

Unos como yo estábamos 4 horas cada día de quimio, otros eran sesiones más cortas.

Veías como había personas que hablaban por teléfono, banalizaban la situación, yo la verdad estaba acongojada, en silencio, observando la magnífica labor de las enfermeras que están ahí, por cierto, únicas responsables durante toda la jornada, pues nunca vi a ningún médico que supervisara lo que un momento tan importante como es el tratamiento de un paciente supone.

La labor competente de la enfermera es digna de loa pero hay que tener en cuenta que puede haber mañanas de hasta 40 pacientes recibiendo productos tóxicos y con potencial de dar complicaciones.

En fin, posiblemente en el Anderson Center tienen la misma organización pero a mí como médico me choca bastante.

Se que hay personas que les ayuda el ver que otros muchos están como ellos, yo sigo insistiendo en el derecho a la intimidad y sobre todo en el de responsabilidad médica.

¿Se puede esto cambiar? ¿Se debe de cambiar? ¿Mejoraría la calidad asistencial con más implicación directa de los médicos oncólogos? No lo se pero quizás sean preguntas que se debieran hacer.

A pesar de todas mis sugerencias anteriores quiero dejar claro que tenemos un gran Hospital y no porque seamos punteros en tecnología y estructura, que por supuesto también, sino por las personas que en él trabajan. Quiero públicamente expresar mi agradecimiento a mucha, mucha gente que participa en un proceso como es el tratamiento del cáncer. Quiero agradecer a los Servicios que se dedican al diagnóstico su buen

hacer que permite al cirujano y al clínico las decisiones posteriores. Al Servicio de Radiología, Resonancia, Ecografía, Mammografía, Laboratorio, Anatomía Patológica y Anestesiología. En general los pacientes personalizan su agradecimiento en el médico o cirujano sin conocer la importancia de estos Servicios.

Quiero dar las gracias al Servicio de Ginecología y su Unidad de Mama, sobre todo a sus enfermeras que me han curado con paciencia y cariño durante tanto tiempo.

Al Servicio de Oncología Médica, muchas gracias Isabel, siempre que te he necesitado ahí estabas. Se que en al-

guna ocasión he sido un poco discolora, lo siento, perdóname pero a veces es tan difícil ser paciente!.

Al Servicio de Rehabilitación por su ayuda y atención.

Quiero agradecer al Servicio de Oncología Radioterápica su buen hacer, sus consejos e información.

Al Servicio de Medicina Intensiva, médicos, enfermeras, auxiliares, administrativos, que me han cuidado, comprendido y consolado en momentos muy duros.

A la Dirección del Hospital por su facilidad y ayuda. A muchas personas que

sin estar dentro de los Servicios que imparten asistencia me han transmitido su cariño e interés: a mis amigos de la planta -2 (Contabilidad, Personal, Administración, Suministros), mis amigos de la 3ª planta (Calidad, Conocimiento, Dirección). En fin, no quiero olvidarme de nadie porque el personal es lo que hace grande nuestro Hospital.

Por último al Servicio de Comunicación por la posibilidad de poder publicar en nuestra revista estas vivencias. Un abrazo para todos.

Pilar Marco

Jarraitu inplikatzan

Continúa implicándote

Esku garbiak, esku seguruak

Unas manos limpias, unas manos seguras



INFEKZIOEN PREBENTZIOARAKO KANPAINA
CAMPAÑA PARA PREVENIR LAS INFECCIONES



DONOSTIA UNIBERTSITATE OSPITALEA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA

El mago Oliver nos muestra su entusiasmo en la magia: "Lo que más me gusta de mi trabajo es hacer feliz a los niños"

Oliver Alvarok, ikusle askorentzat Oliver magoa izenarekin ezagunagoa, 20 urte baino gehiago daramatza ikuskizun munduan, umeak zoriotsu egiteko helburuarekin. Oliver hilero etortzen da Donostia Ospitalera umeekin une atseginak pasatzeko intenzioarekin. Elkarriketa honetan bere lanean erreferente bat izatea nola lortu duen kontatzen digu. Azken finean, lanbide honetan arrakasta edukitzeko lan asko egitea eta umeak gustatzea dela funtsezkoa aitortu digu.



- ¿Desde cuándo te dedicas al ilusionismo?

- Llevo más de veinte años trabajando en el mundo del espectáculo. Comencé a estudiar arte dramático, después trabajé unos años en el mundo del teatro y televisión y fue hace 10 años concretamente cuando decidí dedicarme exclusivamente al arte de las artes: la magia. A pesar de todo, antes de mago me considero actor.

- Vienes todos los meses al hospital de forma gratuita desde Bilbao.

- Sí. La verdad es que considero eso parte de mi profesión y es algo que me encanta. Lo hago con mucho gusto. A parte de a los niños de San Sebastián, también suelo visitar a los niños del Hospital de Basurto, en Bilbao.

- Pertenece a la Fundación AbraCadabra de Magos e Ilusionistas Solidarios. ¿Nos podrías hablar de esa Asociación?

- Por supuesto. Es una Asociación sin ánimo de lucro, al igual que Médicos Sin Fronteras o Ingenieros Sin Fronteras. En nuestro caso, somos los magos los que intentamos que nuestro trabajo traspase los límites de nuestro ámbito meramente profesional e ir más allá. Muchos de mis compañeros ejercen una bonita labor tanto en hospitales y en centros necesitados de sus respectivas ciudades, como en proyectos que van surgiendo en el extranjero.

- Conectas estupendamente con los chavales. ¿Hay que tener un don especial para

esto?

- No. No creo que haya que tener ningún don especial. El 49% es que te guste el trabajo y el 51% restante, que te gusten los niños. A mi los niños me apasionan, ellos lo saben y al sentirse cómodos, hacen que mi trabajo sea mucho más fácil. Simplemente para valer, hay que creer que la magia existe y transmitírselo a los niños. Nosotros los magos somos los intermediarios para hacerles felices y conseguir que se ilusionen. Es una pena que cuando se hacen mayores pierden esa inocencia que los caracteriza y es por eso que pido desde aquí a todos los "niños" de 30, 40 o 50 años que jamás pierdan la ilusión y que, por supuesto, nunca dejen de creer en la magia.

- ¿Es difícil llegar a realizar los trucos y habilidades que demuestras en las actuaciones?

- No te voy a mentir, hay que ensayar mucho, aunque supongo que como en todas las profesiones. Yo dedico las 24 horas del día a la magia y ten por seguro que si el día tuviera 30 horas, dedicaría las 6 horas restantes a la ello. Aunque todo el trabajo se ve reflejado luego en los resultados. Durante las actuaciones el público disfruta con lo que ve así que todas las técnicas y habilidades han de parecer invisibles para el espectador y así dejar paso a que la magia fluya delante de sus ojos.

- ¿Qué es lo que más te gusta de tu trabajo?

- Sin lugar a dudas, la cara de los espectadores y el recuerdo que se les queda. Soy partidario de que cada mago tenga su propia personalidad y por eso dos de los juegos que hago son creación mía. Me gusta crear mis propias rutinas para mis números y espectáculos, por eso no me canso nunca de hacer magia. Además cuanto más gente pueda disfrutar de ello, más feliz soy yo. Creo que la magia no es para hacerla frente a un espejo, es decir, vivimos por y para el público.

- ¿Qué tiene de especial trabajar con las niñas y niños del Hospital?

- Los niños siguen siendo niños en un Hospital, en un colegio o en su casa. No influye si son millonarios o pobres, si viven aquí o en Singapur. A partir de una edad la misma sociedad se encarga de cambiarlos y es por eso que cuando hago magia para adultos les pido por favor que disfruten del espectáculo y que lo vean con los ojos del niño que todos llevamos dentro. Personalmente me gusta tratar las actuaciones tanto en el Hospital como en cualquier otro lugar. Y es que los niños se merecen que se les trate tal y como son: niños. Sobre todo creo que hay que darles el cariño, amor e ilusión que todos y cada uno de ellos se merecen y necesitan.

Karlos Iburgurenek jaso du Euskarazko Tesien III. Koldo Mitxelena saria osasun zientzien alorrean



Recientemente, Karlos Iburguren, médico de Emergencias y miembro de la Comisión de Euskera del hospital, además de presidente de OEE, recibió el premio Koldo Mitxelena por su tesis redactada en euskera sobre el análisis en nuestra comunidad de las reanimaciones cardiopulmonares en el ámbito extra-hospitalario, dirigida por Ramón Querejeta y Gabriel Txoperena. Hemos conversado con él sobre su tesis y sobre la importancia de haberla realizado en euskera.

- Zure tesia "Helduen Ospitaleaz Kanpoko Bihotz-Biriketako Geldialdien Analisisa Euskal Autonomia Erkidegoan" izan da. Zergatik gai hori?

- Gaur egun, Ospitaleaz kanpo gertatzen eta artatzen dira bihotz-biriketako geldialdiak (BBG), Ospitaleaz kanpoko larrialdiak artatzen dituen Emergentsiak-entzat, nire zerbitzu erakundearentzat, asistentzia-katea gehien tenkatzen duen patologia da. Patologia gehienetan denbora oso aldagai garrantzitsua baldin bada, BBGAN erabakigarria da. Geldialdiak aztertzerakoan katebegi ahulak antzeman ditzakegu eta hobetzeko ditugun arlo nagusiak bistara ditzakegu.

- Zergatik euskaraz?

- Galdera hau egin izanak erakusten du tesiak euskaraz egitea oraindik ez dela ohiko gauza bat. Nire hizkuntza euskara da eta nire hizkuntzan bizi, sendatu eta lan egitea da nire nahia.

Tesi bat egin nahi nuen, baina hori baino gehiago, euskaraz beste tesi bat egotea bilatzen nuen. Tesi bat beti da militantzia, nire kasuan medikuntzaren militante banaiz, baina euskararen militantzia nagusitu da.

Badago oraindik euskaraz tesi bat egiteko balio ez duela pentsatzen duen jendea. Erkidegoko ospitaleetan tesia gaztelaniaz kontatu izan dudanean diapositibak euskaraz mantendu izan ditut eta aurpegi arraroak ikusi izan ditut. Bakarren batek ezuste atsegina jasoko zuen. Askok ez zuten zergatia ulertuko. Bakarren baten buruan bere tesia euskaraz egin dezakeenaren ideia kullinkatu badut, pozik!

- Ohore bat izango al zen zuretzat Euskarazko Tesien III. Koldo Mitxelena Saria irabaztea...

- Ohore handia noski. Nire ingurukoekin partekatu nahi dudana ohorea. Jakina tesia zuzendu duten Gabriel Txoperenarekin eta Ramon Querejetarekin eta Emergentsiak-eko lankide guztiekin. Bereziki datuak jasotzen lagundu zuten Teresa Ugartetxerekin eta Dani Alonsorekin. Familiarentzat ere karga da eta asko lagundu didate. Euskara txukunaren meritua, aldiz, Jabier Agirrerena da.

Koldo Mitxelena saria eragin garrantzitsua da. Tesia egin nuenean, ez nekien sariaren berri, baina bertako dirua eta sariak curri-

culumari ematen dion bultzada ez dira gutxiesteko modukoak.

- Sari hauen bitartez EHUk eta Euskaltzaindiak euskarazko tesien ekarpen bikoitza goraiatu nahi dute, alde batetik jakintza arloa zabaltzen laguntzen dutelako, eta bestetik, euskararen normalizazioaren prozesuan ere lagungarriak direlako. Zure tesiak, beraz, bietatik du...

- Dударik gabe. Jakintza arloari ekarpena egiten dio eta hizkuntzaren normalizazioari handia. Jende askok esan dit tesien nik erabilitako terminoak erabiltzen dituela bere lanean. Aportazio hori egin izana pozgarria da.

- Arlo horretan erdaraz informazio edota dokumentu gehiago egotea euskaraz baino, traba bat izan al da? Terminologiako zailtasunak nola gainditu dituzu?

- Erabili ditudan dokumentu gehienak ingelesez daude. Termino asko zuzenean itzuli ditut ingelesetik. Zailtasunak gainditzeko Jabier Agirreraren ekarpena ezinbestekoa izan da. Berarekin euskara asko ikasi dut eta ikasten jarraitzeko asmoa dut. Berak eman dit terminoak, akronimoak eta gainontzekoak lantzeko babesa.

Norbaitek tesia euskaraz egin nahi badu, ez du horren beldurrik izan behar. Modu batera edo bestera, laguntza topatuko du. Ni behintzat laguntzeko prest nago.

Zailtasun nagusia epaimahaia topatzea izan zen. Momentu batean ingelesera itzuli eta defentsan aldibereko itzulpena erabili beharko nuela pentsatu nuen, baina honek ere Unibertsitateak laguntza handia eman zidan. Esperientzia oso polita izan da oro har.

- EAEn Bihotz-Biriketako geldialdiak prebenitzeko heziketa falta dagoela esana duzu. Beste herrialde batzuetan prestatuago daude honi aurre egiteko?

- Badaude hezkuntza sistema arautuan berpiztea sartu duten Europako herriak. Pauso hau ematen ez baldin badugu, nekez lortuko dugu geldialdiaren lekukoak azkar deitu eta berpiztea hastea. Lekukoak, ahal dela, geldialdia gertatu aurretik, geldialdia sor dezaketen patologien sintomak azaltzen direnean, egin behar du deia. Hori ezinezkoa den kasutan, ahal den azkarren dei egin behar du eta masajea hasi behar du. Laguntza sanitarioa iritsi bitartean ezer egiten ez baldin badugu, ez dugu berpiztearen portzentajea hobetuko.



Entrega de premios del XVIII Concurso de Redacción

El pasado 23 de abril, Día Internacional del Libro, se hizo entrega en la Ciber@ula de nuestro hospital de los premios del concurso de redacción en euskera y castellano que organiza la Unidad de Comunicación y que ha llegado ya a su edición número 18. Más de medio centenar de redacciones de niños ingresados en el último mes han participado en esta ocasión. A la entrega de premios acudieron, además del Gerente del centro -José Manuel Ladrón de Guevara- y el Jefe de la Unidad de Gestión Clínica del Hospital In-

fantil -Joseba Landa-, los jugadores de la Real Sociedad, Alberto De la Bella, Carlos Martínez y Javi Ros. Y del equipo femenino, Esti Aizpurua y Eguzkiñe Peña, acompañados por Nekane Soria, del consejo txuri urdin. Tampoco faltaron representantes de la Sección de Subacuáticas que hicieron entrega de un trofeo y de vales para un "bautismo de buceo". Además de los premios a los ganadores del concurso, se repartieron juguetes y libros para los niños ingresados.

Bertso-saio sanitario (2013)



Aurten ere txuleta eta sagardoa, ikasleak eta langileak, sanitario eta ez-sanitarioak, bertsoak eta diagnostikoak... apirilaren 12ak denak uztartu zituen Hernaniko sagardotegi batean. Giro ezin osasuntsuagoan aritu ziren erizaintza eta medikuntzako eskolako ikasleak Donostia Unibertsitate Ospitaleko langileekin batera, guztira 60 lagun inguru. Aurtengo berrikuntzak erantzun bikaina izan zuen: deialdia zabaldu egin zen langile ez sanitarioek ere parte har zezaten.

Manu Goigoganak, Karlos Iburgurenak eta Felix Zubiak kantatutako 30 bertsoen arrastoei jarraituta asmatu zituzten partaideek ezkutuko diagnostikoak. Lehia handiko saioa izan zen honetan Uxue Goenaga erizainak, Ander Timoteo medikuak eta Marta Goikoetxea administrariak osatutako taldea izan zen irabazle. Gure zorionik beroena finalistei eta irabazleei! Gainerakoei... eutsi animoari, gero eta gertuago daukagu eta hurrengo bertso-saioa!

Bera Berako neskak bertara etorri ziren

Ugariak dira ospitalera gerturatzeko diren kirolariak ingresatuta dauden umeei momentu atseginak pasasazteko. Bertara etortzen diren klubeleko zerrenda luzearen artean, Bera Bera eskubaloiko talde femeninoa gehitu behar dugu aurretan. Hauek arrakasta izugarriak lortu dituzte.



Suhiltzaile solidarioak

Urtero bezela martxoaren 8an, bere zaindaria San Juan Jainkoarena, suhiltzaile talde batek Donostia Unibertsitate Ospitalera gerturatzeko da ingresatuta dauden umeentzako operari batzuekin. Profesional hauek beraien lanean geldialdi bat egiten dute umeengana etortzeko, beraz beraien aldetik oso gauza polita izaten da.

Carrera de empresas

El próximo día 12 de mayo se celebrará la sexta edición de la Carrera de Empresas que organiza ADEGI y que está constituyendo todo un éxito. Este año también el itinerario de ocho kilómetros partirá y finalizará del Kursaal. Cada equipo deberá estar compuesto por cuatro participantes.

El hospital abonará la inscripción de todos los corredores de esta carrera y regala la camiseta para participar en esta prueba. Para inscripciones y más información:

marian.vazquezhernando@osakidetza.net
o llamar al teléfono 7359.



Erretiratuei omenaldia

Urtero ospatzen den ekitaldia gogoangarria ospitaleko kaperañ hasi zen, gero opariak etorri ziren eta bukatzeko *luncha*. José Ramón Otero eta Miriam Urangaren emanaldiak, tenore eta organo-jole, hurrenez hurren, animatu zituen bertaratuak eta Kantakidetzak emanaldia itxi zuen errepertorio alai batekin. 80 lagun dira iaz aukera izan zutenak erretiroa hartzeko. Bejondeiela!

Elena Echeverría Arismendi
 María Isabel Fernández Galdona
 Jose Ignacio González Galarraga
 Fermín Arrue Imaz
 Emilio Cuadrado Del Barrio
 María Isabel Abad Larraya
 Luis María Esteban Aldezabal
 Jose María Moreno Erostarbe
 Coro Bayarte Alcobilla
 María Pilar Esnaola Arruti
 María Jose Arricaberri Vergara
 Patricio Arrue Imaz
 Daniel Leston Ventoso
 Elena Escudero Villarroya
 Manuel García Bengoechea

Olimpia López Ibáñez
 Carlos Altolaquirre Castellon
 Ramona Bicandi Masega
 Elena Amato Ubago
 Manuela Maneiro Santiago
 Javier Vivanco Martínez
 Antonia Illana González
 Maite Alzueta Zubiri
 José María Arena Ansotegui
 José Ignacio Badiola Aranguren
 Lucía Sarmiento Orza
 Ramón Gaztañaga Expósito
 Javier Mateu Badía
 María Carmen Calavia Aguilar
 Doroteo Lizarraga
 Juan José Camacho Arrioga
 Ramon Areses Trapote
 Ricardo Arrue Imaz
 María Asunción Barrera González
 María Asunción Abad Muguerza
 Josefa Aurelia Bermejo Sánchez
 Jesús Algaba Guimera
 Julio Cesar González Martín
 Julián José Marín González
 Oliva Calvo Gallego
 Nieves Larrea Goyeneche
 María Carmen Olalla García
 María Carmen Otegui Arratibel
 María Teresa Uranga Uranga
 Rosario Rodríguez Peña
 María Eugenia Elósegui
 Antonio María González Sañudo

María Ilda Cao Pereiras
 María Amor Pérez Martín
 María Teresa Mendaza Beltran
 Fco. Julián Larruscain Garmendia
 Rosa María García Ruiz-Olalla
 Amparo Carrera Matesanz
 Juan Luis Estensoro
 Eulogia Noriega Carreño
 Rosario Mancebo Pastor
 María Juana Núñez Rodríguez
 María Pilar Izcue Serrano
 María Rosario Larrañaga Ollaquindia
 Francisca Matilla Riaño
 Purificación Abaigar Aramendia
 Rosa María Hevia Reparaz
 Juan Antonio Vidal Costa
 Gonzalo Vivanco Martínez
 Felicísima Velez Higuelmo
 Dolores Berrio Vallejo
 Miguel Sanchez Parra
 Miren Josune Eguizala Ariztimuño
 Pedro Aizpurua Iribarren
 María Ascensión Andueza Gómez
 María Pilar Peñas Gil
 Crispin Batiz Olabegoya
 Aurora Legarda Aguirre
 Agustín Andreu Celestino
 María Esther Heriz Arcauz
 Maite Sánchez Pérez
 Isabel Matute Ezkerro
 María Dolores Martínez Pastoriza



Aralar, lugar de arroyos y pastos

Fernando de la Caba y Santi Larburu

Oraingoan Gipuzkoako mendi mitiko batetik barna ibili gara, historia, paisaia eta legenda batera biltzen dituen. Eta elurak zurututako inguruetan ibili gara, ibilaldia ezin politago eginez.

Es difícil imaginar cómo unos sedimentos depositados en el fondo del mar de Tethys, bajo el cual se hallaba sumergida Euskal Herria en la era Secundaria, se hayan convertido, como consecuencia del plegamiento alpino, en las maravillosas montañas del macizo de Aralar. Pero esos millones de años que la naturaleza ha empleado en crearlas han servido como regalo para el hombre, que se ha beneficiado, desde tiempos inmemoriales, de la leña de sus bosques, de sus minerales, del agua y, sobre todo, de sus amplios espacios herbales para el pastoreo.

La huella humana está impresa en los más de un centenar de monumentos megalíticos, pero sobre todo en multitud de historias que comparten sus habitantes transmitidas oralmente de padres a hijos.

Esas historias, como las de los "jentilak",

que sitúan en estas tierras la última morada de estos seres mitológicos.

Una vieja historia

Pero hablando de historias, he escogido una vieja leyenda poco conocida de rivalidad entre Aralar y Aitzkorri que se disputan el lugar donde apareció, por primera vez, la Virgen de Arantzazu. En el camino de Amezketa a Igaratza hay una piedra con un hueco, donde descubrimos una pequeña imagen, que se llama Amabirjin Harri y en ella parece ser que la Virgen se le apareció a un joven del caserío Loidi en el siglo XV. Ninguno de su entorno le creyó y además le castigaron impidiéndole volver a la sierra. La Virgen enfadada, castigó a la familia con una maldición "Loidi, Loidi dan bitartean, txango edo mangorrik ez da faltako" (Mientras Loidi sea Loidi, no faltará algún cojo o manco). Se debió quedar a gusto, y tras dejar la huella de su pie en la

piedra se trasladó al collado de Biozkornea en Aitzkorri donde se le apareció al pastor de Uribarri, Rodrigo de Baltzategi quien tuvo más éxito que el joven de Loidi. Todavía si ascendemos a lo alto de la piedra observaremos la famosa huella que dejó la Virgen como recuerdo.

Un paseo por Aralar

Esta vez hemos querido acercarnos a Aralar después de las grandes nevadas de este año. Cada época del año tiene su encanto pero el invierno y con nieve es "especial". Hemos escogido un recorrido sencillo y corto, con un desnivel aceptable que nos llevará desde el aparcamiento de Albi hasta la cima del Irumugarrieta (Intzako Torrea). Nosotros hemos tenido la suerte de hacerlo enteramente con raquetas.

En el Kilómetro 12 de la carretera que sube de Lekunberri a San Miguel de Aralar nos encontramos con el aparcamiento. Conviene ir temprano y dejar el coche al final del mismo, cerca del Dolmen de Albi. Una puerta metálica verde nos sirve de referencia para iniciar el ca-



mino por una clara pista.

La pista gira a la derecha para pasar pegada a una borda de paredes blancas (Borda de "Migel") que dejamos a nuestra derecha. Vemos un cruce a la izquierda que ignoramos e iniciamos un corto descenso. El camino se mantiene sin subidas.

Apreciamos un cair (hito) a la izquierda y llegamos a un cruce donde otro cair nos indica que tenemos que girar a la izquierda, comenzando una subida entre hayedos. Al finalizarla, el paisaje se nos abre. Seguimos recto y buscamos un camino entre las rocas. Si prestamos atención es fácil encontrarlo por lo pisado que está. El color más oscuro de la roca lo identifica.

Pequeña subida entre rocas y otra vez el camino se despeja. Seguimos recto al encuentro de la borda de Bustintza que la dejamos a la izquierda. Antes de proseguir, os aconsejamos que paréis y os deis la vuelta para contemplar el paisaje que nos ofrece el Beriaín (San Donato) frente a nosotros. Lugar "bucólico" donde los haya.

Desde la borda giramos siguiendo el curso de un riachuelo. Unos metros más adelante y al dar una curva nos encontramos con la cima del Beloki a nuestra derecha. De frente dos alternativas para ascender a un collado que nos llevará a las campas de Aralar. Una vez en el collado buscamos la GR 12 que viene de nuestra derecha y llegamos hasta la balsa de Unagako Putzua que en la actualidad está vallada.

Seguimos el camino, en fácil subida y nos llevará hasta un indicador. Si vamos hacia la derecha y pasando por el Dolmen de Trikuarri, podemos ascender fácilmente al Irumugarrieta (1430 metros)



desde donde podremos apreciar sus inmejorables vistas dado que es un punto neurálgico de las Malloas.

Si estamos animados podemos retornar a la GR-12 y seguimos por la pista hasta los refugios de Erreneaga (más conocida como Igaratza). Este desvío no nos hará perder mucho tiempo y nos permitirá conocer la Ermita de Erreneaga que fue bendecida en 1946. Aquí el segundo domingo del mes de Agosto se celebra una romería con motivo de la visita de la imagen de San Miguel de Aralar. Es la única vez al año que la imagen pisa territorio guipuzcoano.

Para nuestra vuelta cogemos la pista de Igaratza a San Miguel, que en franco descenso nos llevará primero a la zona denominada Pagomari (antiguo aparcamiento de coches al que se accedía

cuando la pista no estaba cerrada) y luego a la Casa del Guarda (Guardetxe) después de andar 2,6 Km. Desde aquí y por carretera (unos 700 metros) llegamos al punto de partida. El recorrido, sobre todo en los rasos de Aralar, es desaconsejable si hay niebla ya que es muy fácil perderse.

Cómo llegar. Tomar la A-15, dirección Pamplona y salir en Lekumberri. Atravesar el pueblo y tomar la carretera Na-7510 dirección San Miguel.

Características del recorrido:

- Desnivel acumulado: 500 metros
- Longitud: 13-14 Km.
- Duración: 4-5 horas.
- Dificultad: Baja

Ezustekorik gabe erosi! Compra sin sobresaltos!

Kritikoa izan eta informa zaitez. Presioak eta publizitate engainagarria ekidin.

Sé crítico e infórmate. No cedas ante presiones, ni publicidad engañosa.

**Nik modu seguruan erosten dut,
Kontsumobideren gomendioak jarraituz.**

**Yo compro seguro, sigo los consejos
de Kontsumobide.**



kontsumOBIDE

KONTSUMOKO
EUSKAL INSTITUTUA
INSTITUTO VASCO
DE CONSUMO

Bizkalko lurralde-zerbitzua
Servicio territorial de Bizkaia

Alameda Rekalde Zumarkalea, 39 A
48008 BILBAO

Tl. 94-403 15 00
Fx. 94-403 19 67

Egoitza nagusia / Sede central
Arabako lurralde zerbitzua
Servicio territorial de Alava/Araba

Avenida Santiago Hiribidea, 11
01002 VITORIA-GASTEIZ

Tl. 945-06 21 40
Fx. 945-06 21 41

Gipuzkoako lurralde-zerbitzua
Servicio territorial de Gipuzkoa

Easo, 10
20006 DONOSTIA-SAN SEBASTIÁN

Tl. 943-02 25 47
Fx. 943-02 25 72



www.kontsumobide.net