

<b>HEMEROTEKA</b>	<b>HEMEROTEKA</b>	<b>2</b>
<b>ACTIVIDAD COLEGIAL</b>	<b>ELKARGOAREN JARDUNA</b>	
EL MUNDO VASCO EN GREGORIO MARAÑÓN	EUSKAL MUNDUA GREGORIO MARAÑON-EN BIZITZAN	<b>4</b>
ASESORÍA JURÍDICA	AHOLKULARITZA JURIDIKOA	<b>8</b>
<b>EUSKARA</b>	<b>EUSKARA</b>	
PEDIATRIAKO TOPAKETAREN KRONIKA	PEDIATRIAKO TOPAKETAREN KRONIKA	<b>12</b>
MEDIKUNTZAKO LEXIKOA (LX)	MEDIKUNTZAKO LEXIKOA (LX)	<b>14</b>
<b>NOTICIAS</b>	<b>BERRIAK</b>	
INTEGRACIÓN LABORAL DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE	NAHASMENDU MENTAL LARRIA DUEN PAZIENTEAREN LAN-INTEGRAZIOA	<b>22</b>
<b>ACTUALIDAD</b>	<b>GAURKO GAIA</b>	
INVESTIGACIÓN EN MICROBIOLOGÍA	IKERKUNTZA MIKROBIOLOGIAN	<b>26</b>
<b>OCIO</b>	<b>AISIA</b>	
GASTRONOMÍA Y SALUD	GASTRONOMIA ETA OSASUNA	<b>30</b>
<b>VARIOS</b>	<b>BESTELAKOAK</b>	
ALTAS Y BAJAS	ALTAK ETA BAJAK	<b>31</b>
NECROLÓGICAS	NEKROLOGIKOAK	<b>32</b>

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

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

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

**Han colaborado en este número:**  
**Ale honetan parte hartu dute:**

Jon Pellejero, Pedro Gorrotxategi, Iruin Sanz, A., Lekuona Sanz, L.,  
Ropero Mugica, R., Arenaza Ecenarro, F., Emilio Pérez-Trallero,  
Julián Bereciartua.

**Recogida de artículos e información:**  
**Artikulu en bilketa eta argibideak:**

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

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



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

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

Su opinión queda reflejada en el Editorial.

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

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

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

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

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

Argitalpena Kolegiatu guztiak parte hartzeko irekita dago.

# Resúmenes de publicaciones recientes

Dr. Gabriel Zubillaga

## 1 SE CONFIRMA QUE EN UREMIA CRÓNICA Y DIABETES, LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA CON DARBOPOETINA NO DEBEN SUPERAR LOS 12 GM

La administración de Darbopoetina (Aranesp®) se debe realizar cuando baja la Hemoglobina a menos de 9 gm/dl. Pero no se deben alcanzar niveles superiores a 11-12 gm/dl. Hay mayor riesgo de Trombosis. Esto ratifica el último estudio con 4038 pacientes seguidos durante 29 meses. Confirma estudios previos.

*Pfeiffer MA y cols. N Engl J Med 2009; 361: 2019.*

## 2 UTILIDAD DE LA HISTORIA FAMILIAR PARA ENFERMEDADES COMUNES: POCA

Un panel de expertos reciente y la revisión de la literatura en este tema ha concluido que la historia de familiares de primer grado es más pertinente que los distantes. Recordando enfermedades en familiares la especificidad era alta, la sensibilidad baja, el valor predictivo positivo menor del 10%. Los informes de ausencia de enfermedades eran más garantizables. No existía evidencia que cambiara la morbi-mortalidad de pacientes y familiares. La exposición ambiental familiar es otro riesgo. Los prejuicios sobre patologías en familiares y miedos fundados o no en los descendientes son otro problema.

*Berg AO y cols. Ann Intern Med 2009; 151: 872.*

## 3 LAS ESTATINAS REDUCEN EL RIESGO DE COLELITIASIS

Confirma un estudio Británico de 27.000 colecistectomías y 100.000 controles. Se observa una reducción del 22% de colecistectomías con su uso. Al descender los niveles de colesterol también se elimina menos éste en vías biliares.

*Bodmer M y cols. JAMA 2009; 302: 2001.*

## 4 SUPLEMENTOS DE HIERRO ORAL TRAS FRACTURA DE CADERA INNECESARIOS EN LA MAYORÍA

A las 6 semanas sólo ascendía la Hemoglobina 2 gm en los pacientes y en controles. Los que tomaban hierro tenían más efectos secundarios gastrointestinales. Sólo tenían indicación los que previamente tenían deficiencia de hierro.

*Parker MJ y cols. J Bone Joint Surg Am 2010; 92: 265.*

## 5 AUTOMANEJO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

En 636 pacientes se probaron estrategias de 2 tipos: a) recordatorio telefónico de cumplimiento cada 15 días por enfermeras y b) auto-medida ambulatoria en el hogar 3 veces semanales; ambas conllevaron a un control más perfecto de la Tensión arterial en 11% más que en el grupo control.

*Bosworth HB y cols. Ann Intern Med 2009; 151: 687.*

## 6 ESCASAS COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS TRAS PUNCIÓNES PERCUTÁNEAS ASPIRATIVAS POR PAAF

Un estudio de la Clínica Mayo en más de 15.000 PAAFs con aguja de 20 o mayores dio como complicaciones hemorrágicas en 0,5%, (requiriendo transfusión, o cirugía inmediata o intervención radiológica). Algunas hasta más de 24 horas tras la biopsia. Las complicaciones hemorrágicas se producen en las punciones renales (0,7%), en las hepáticas (0,5%) respectivamente. Hubo 3 muertes, debido a hemorragias en biopsias hepáticas de metástasis. Tuvieron cuidado en evitar PAAF si plaquetas < 50.000, o INR < 1,6. La aspirina no incrementó el riesgo. Estas cifras tranquilizan su indicación.

*Atwell TD y cols. Am J Roentgenol 2010; 194: 784.*

## 7 LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA SE BENEFICIA PROLONGANDO LOS PARCHES DE NICOTINA TRANSDÉRMICA HASTA 6 MESES

*Schnoll RA y cols. Ann Intern Med 2010; 152: 144.*

## 8 NO USAR PAROXETINA EN MUJERES QUE TOMAN TAMOXIFENO PARA CÁNCER DE MAMA

La paroxetina bloquea el Citocromo P450 que activa los metabolitos del Tamoxifeno, anulando los beneficios de éste. Un estudio con 2430 mujeres durante 4 años demostró el incremento de mortalidad hasta en 50% en los que tomaban paroxetina. Se pueden prescribir otros antidepresivos.

*Kelly CM y cols. BMJ 2010; 340: c693.*

## 9 UNA NUEVA ENFERMEDAD: FIBROSIS SISTÉMICA NEFROGÉNICA SECUNDARIO AL GADOLINIO DE ESTUDIOS CON RNM EN PACIENTES EN DIALISIS CRÓNICA

Se ha descrito como secundario al Gadolinio empleado en RNM, tienen contracturas articulares de codos, brazos, piernas, fibrosis de la piel, y de órganos internos. Los pacientes habían tenido de promedio 3,5 estudios radiológicos con Gadolinio. Aparecían a los 3 meses de su uso o más tarde. Se ha confirmado con biopsias. Se calcula que 1% de los hemodializados que reciben estos contrastes lo pueden padecer.

*Abujudeh HN y cols. Radiology 2009; 253: 81.*

## 10 LA CIRCUNCISION NEONATAL MASCULINA ES RECOMENDABLE

Aunque no está avalada por la Academia Americana de Pediatría de 2005; recientes estudios demuestran menos riesgo de adquisición de infecciones urinarias, fimosis, balanitis, menos riesgo de HIV, menos herpes tipo 2, y menos Papilomavirus, menor transmisión de vaginosis, tricomonas y otras enfermedades sexuales. La decisión final está en los padres.

*Tobian AAR y cols. Arch Pediatr Adolesc Med 2010; 164: 78.*

## 11 SUPLEMENTOS DE ACIDO FOLICO INCREMENTAN EL RIESGO DE CANCER

Un estudio noruego de 7000 sujetos sugiere esto. Antes ya se vio esto con antioxidantes y otras vitaminas en sujetos de edad media y adultos; no se aplica a embarazadas o personas con déficit de ácido fólico o prevención de defectos neurales. Parece ser que el ácido fólico reduce la vigilancia inmunológica sobre células cancerosas y las alimenta. Ahora re-consideran sobre la indicación de "fortificación" de ciertos alimentos con este suplemento.

*Ebbing M y cols. JAMA 2009; 302: 2119.*

## 12 INTERVENCIONES DE ESTILOS DE VIDA PREVIENEN EL COMIENZO DE DIABETES EN 10 AÑOS

En 3.200 adultos con sobrepeso se inició en 2002 un ensayo de cambios en estilos de vida (más dieta, más actividad, evitar sedentarismo, etc) o metformina o control; ya a los 3 años se vio una reducción de Diabetes de 58% con estilos de vida y 31% con metformina (ya publicado anteriormente) versus control. Estos grupos han continuado con sesiones de recordatorio y refuerzo de conductas adecuadas y al segundo grupo se les ha doblado la metformina y tras 6 años de seguimiento más el descenso de riesgo de diabetes era de 34% con los cambios en estilos de vida y 18% sólo añadiendo metformina comparado con controles. En 10 años perdieron 1 a 2,5 Kg de peso. Siguen en el estudio para ver la reducción de riesgo microvascular-neuropático y mortalidades.

*DPP Research Group. Lancet 2009; 374: 1677.*

## 13 EL EJERCICIO INCREMENTA LOS TELÓMEROS Y LA VIDA CELULAR

Demostrado en ratones y comprobado en atletas la preservación de la longitud de los telómeros.

*Werner C y cols. Circulation 2009; 120: 2438.*

# Urbanización Santa Cilia

(a 5 minutos de Jaca)

**Exclusivo: 2% descuento hasta 31.10.10**



**Entrega inmediata de llaves**

**INFORMACIÓN: 943 224 313 - 627 466 485**

# EL MUNDO VASCO EN GREGORIO MARAÑÓN

JOSÉ M<sup>o</sup> URKIA ETXABE

**G**utxik, agian, pentsatuko zuketen Marañón doktoreak Euskal Herriarekiko hainbeste lotura eta hain ezberdinak izango zituenik bere bizitzan zehar. Obra mardul honen egilea den Joxe Mari Urkia irakasleak, euskal bizimoduaren funtsezko osagaia, osagai zentrala hain zuzen ere, erakutsi eta frogatzen digu modu ezin argiagoan, on Gregorioren izatean eta bizitzan bertan: Donostiako nahiz Gipuzkoako eszenario eta paisaiak, bere adiskide intelektualak nahiz euskal gastronomia, batetik, edo Marañón-en Bilbo hura ere edo Euskal Herriko Adiskideak eta bertako artista handiak, bestetik, eta amaitzeko baita mundu osoarentzat figura unibertsala izan zen Loiolako Ignazio ere. Hainbat eta hainbat alderdi, Gregorio Marañón-en sakon-sakonean ondo errotuta zegoen euskal mundua agerira ekarri eta nabarmen jartzen digutenak, mediku handiaren heriotzaren berrogeita hamargarren urtea betetzen den honetan.

**P**ocos, tal vez, hubiesen pensado que el doctor Marañón hubiera tenido a lo largo de su vida tantas y tan diversas vinculaciones por el País Vasco. El profesor Urkia, autor de esta obra, nos demuestra, nos certifica, lo nuclear, lo central, de la vida vasca en la existencia de don Gregorio: los escenarios y paisajes donostiarros y guipuzcoanos, sus amistades intelectuales, la gastronomía vasca, el Bilbao marañoniano, los Amigos del País, los grandes artistas y hasta la figura universal de Ignacio de Loyola, tantas facetas, que descubren un mundo vasco enraizado en la profundidad de Gregorio Marañón, cuyo quinquagésimo aniversario de su muerte conmemoramos.

Si alguien ha prestigiado la medicina, si alguien ha escrito páginas hermosas acerca de la vocación médica, de la ética y de la deontología médica, ese ha sido Marañón. Se sintió médico de cabecera, y fue la silla, la paciente escucha del enfermo, su brújula en la práctica médica, con un recto conocimiento de la ciencia en boga, pero huyendo del fatuo cientificismo y del estéril profesionalismo.

En realidad, al decir qué es un médico se dice de él todo lo que hace falta; es un prototipo de médico generoso, un tanto escéptico, filósofo y algo poeta, como debe ser". Si Marañón fue ante todo y sobre todo médico, el mundo médico vasco tuvo también especial influencia en su vida personal y profesional. Influencias vascas en la formación básica de su ideario y modo de hacer medicina.

Añoranzas eruditas de nuestro vasco navarro renacentista Huarte de San Juan, hasta las más directas del cirujano navarro San Martín, o las del "santo laico", el oñatiarra Madinaveitia, el que le enseñó a explorar a un enfermo, y del que nuestro compañero Daniel Zulaica escribió una modélica biografía prologada por Laín. La admiración que Marañón profesó por el bilbaíno Achúcarro queda patente en tantas referencias escritas, siempre de gran elogio. Pero Guipúzcoa y los médicos guipuzcoanos "robaron" el

corazón de Marañón. Aquí se sentía mejor que en su casa. Amigos de verdad como quizás no encontró en otros lugares. Desde los condiscípulos tan queridos: Eizaguirre, Gallano, Navarro, Zuloaga, como aquellas reuniones anuales en Irún, hasta los más íntimos: los Echaz, y sobre todo, don Julián Bergareche, "tan versado en cirugía como en humanidades".

Huici y Zaragüeta, resolvieron, en éxito, situaciones familiares angustiosas del propio Marañón, el parto de su primera hija, Carmen, nacida en San Sebastián y bautizada en San Vicente. Nunca lo olvidará. Como tan poco a don Pepe Beguiristain el gran clínico vasco, maestro en Hospital de Manteo.

Si alguien intimó con Marañón, hay que subrayarlo, ese fue el gran Bergareche, su fiel y admirado médico, el irunés barojiano, el tertuliano asiduo a Itzea, la casa de los Baroja, frecuentada por ambos. Nos cabe el honor, que nos consta valoró Marañón de forma especial, de tenerle como primer Presidente de Honor de la Academia Médico-Quirúrgica de Gipuzkoa, desde Septiembre de 1959, pocos meses antes de morir. Acuerdo tomado en la presidencia de Cárdenas y llevado a efecto siendo presidente del Colegio, Ignacio Barriola, con palabras justas y medidas. Y cabe el honor a la



hermana Vizcaya de ser su Academia de Ciencias de Bilbao, quien celebrara el mejor homenaje de este tipo de instituciones a Gregorio Marañón en el primer centenario de su nacimiento, en 1987.

Tantos prólogos de Marañón a obras de médicos vascos indican, por un lado, esa especial relación amistosa, por otro, el nivel científico notable de nuestros colegas: recordemos a Eizaguirre, Usandizaga, Justo Gárate, Rodríguez del Castillo, Fermín Irigarai, Álvarez-Coca, el científico Bustinza, así como los obituarios a Beguiristain, Huici, Bueno, Simón Hergueta, Unanue.

No todo fueron "días de vino y rosas", también hubo alguno litigios que empañaron, algo, casi nada, este amor recíproco: el fenómeno Asuero, tan censurado por Marañón y el conflicto del ejercicio profesional de los médicos franceses en San Sebastián, en donde don Gregorio quiso mantener una actitud de cierto apoyo a los colegas galos. Por fin, nuestro maestro Granjel, el guipuzcoano de Segura, vinculado por tantos lazos a este Ilustre Colegio, fue el primer biógrafo profesional de Marañón, en 1960, al poco de fallecer.

Desde su ascendencia vasca remota de la que se enorgullecía, este madrileño, castellano de nacimiento, se aproximó a

tierras guipuzcoanas y vascas, al mar de San Sebastián "el más mar", ciudad en donde nació su primera hija, Carmen, bautizada en la parroquia de San Vicente, "la Iglesia de más sentido religioso que he conocido", según Marañón; a la hermosa bahía del Bidasoa, Fuenterrabía e Irún, sin olvidar el País Vasco francés; Hendaya, San Juan de Luz, Biarritz, escenarios todos vibrantes y estimulantes en su trayectoria personal.

Como al pintor andaluz Vázquez Díaz, enamoró a Marañón los azules neblinosos del mar Cantábrico y todos los matices de los verdes de sus estrechos valles y montañas. El marco era incomparable pero nada valdría sino fuera unido a los hombres y mujeres de la tierra vasca, "El País Vasco", País entero con su alma y sentido, forma de ser y estar, que Marañón palpaba en los lienzos de Elías Salaverría.

Aquellos vascos que le admiraban y él, a su vez, veneraba, médicos amigos, enfermos, intelectuales, artistas, hombres de la calle, confraternizando en una mesa, a la manera de comer de los vascos, aquella gastronomía que tanto alabó en su célebre prólogo a la cocina de Nicolasa Pradera, en 1933, o con José María Busca Isusi, su gran amigo, el gastrónomo de Zumárraga, con el que hacía kilómetros para probar un nuevo manjar en los lugares más insospechados y sencillos, que luego contaba con fruición Marañón en sus cartas, como la tan celebrada y memorable al escultor Sebastián Miranda. Y Bilbao, su ría, su empuje empresarial, su gastronomía cautivaron, también, a Gregorio Marañón.

Liberal, ilustrado, Hombre del XVIII, Marañón congenió pronto con los Caballeros del País, los "Caballeritos de Azkoitia", con ellos recorrió el País, descubriendo su historia, su literatura, sus costumbres, participó en sus tertulias y reuniones, comprendiendo e identificándose en su modo de hacer País.

Tuvo entre los médicos vascos, sin olvidar a su grandes maestros y referentes: Madinaveitia, San Martín, Achúcarro, Huarte de San Juan, tal vez, a sus mejores amigos. Eizaguirre, Gallano, Navarro, Zuloaga, Echaz, Barriola, Zaragüeta, Beguiristain, Bueno, Usandizaga, algunos compañeros de estudios con los que se reunía cada año en el "Aldabe, Toki Goxo, Goiburu", San Marcial, en Irún. Pero, sobre todo, Julián Begareche, su gran



*El Dr. Marañón y el Dr. Barriola en 1959*

íntimo, aquél que tan bien le conocía y admiraba, juntos visitaban a Baroja, en "Itzea", la casa romántica de Vera de Bidasoa. Prologuista incansable y generoso, no negó ningún texto ni reseña a tantos médicos y científicos vascos que se lo solicitaron: Irigarai, Alvarez-Coca, Usandizaga, Eizaguirre, Rodríguez del Castillo, Justo Gárate, Bustinza.

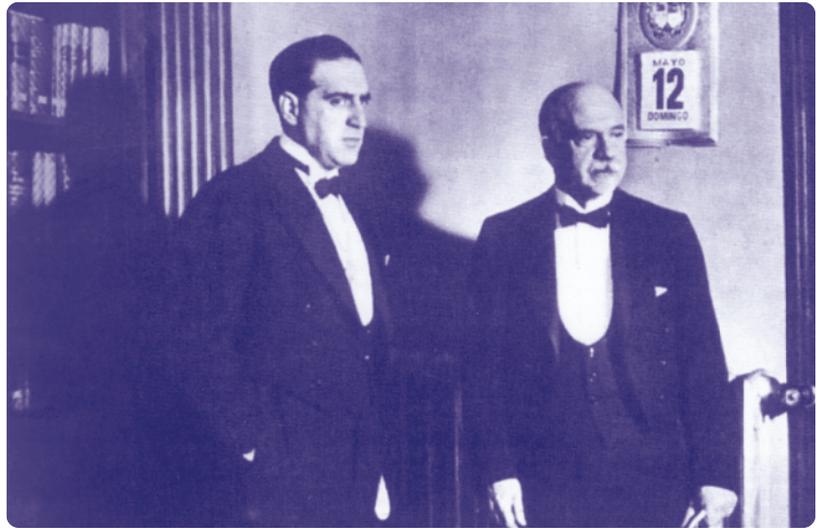
Todavía paseando en el crepúsculo, por el maravilloso claustro medieval de la catedral de Bayona, uno puede imaginar a Unamuno emocionado, exiliado, recitando versos suyos o de Goethe o Leopardi, cada uno en su idioma, a Gregorio y Lola Marañón. Unamuno referente intelectual de Marañón, como lo fue su admirado Baroja, "el antiacadémico", que entró en la Academia apadrinado por Marañón y luego siguió tratándolo, como médico y amigo, en París, y en "Itzea", la casa de los Baroja, que tan bellamente describió.

La antigua y entrañable biblioteca de la Diputación de Guipúzcoa, con Arteché al frente, recuerda a Marañón, -un retrato suyo colgaba de la pared del despacho del Director-, que allí se reunía cada verano con los modestos intelectuales donostiarras, Berruezo, Banús, Bergareche, Agud, Ciriqiain-Gaiztarro, Arocena, Atauri, Barriola, Irigarai, Valverde, Yrizar, Altube, para tomar el pulso del país y adivinar su futuro, con esperanza de libertad.

La inmensa admiración del escritor Arteché por don Gregorio y la no menor de su sobrino Tellechea Idígoras, a quien Marañón animó y ayudó en sus primeros pasos a adentrarse en el apasionante proceso del Arzobispo Carranza, fue mutua estima. Sin olvidar a José María Salaverría, Sánchez Mazas, Juan Zaragüeta, Miguel Artola, Banús y Aguirre y Luis Araquistain.

¿Y los artistas vascos? No menos que los intelectuales, quizás, más de otro modo. Zuluaga y Marañón, el gran retrato que le hizo el eibarrés en 1919, la sólida amistad del genial pintor con el celebrado médico y amigo íntimo en "Santiago-Exea" y en su estudio de las Visitillas, en Madrid.

Y de su Elías Salaverría, el vasco más genuino en su pintura; y el damasquinador Lucas Alberdi que realiza la placa conmemorativa de sus bodas de oro



*El Dr. Marañón y D. Pío Baroja*

profesionales y los retratos de Vázquez Díaz y las magníficas fotografías veraniegas de Paco Mari y las caricaturas de "Ayalde". Eduardo Chillida, el genial escultor donostiarra, le ofrece, en 1987, su "Sexto sillón" en Toledo, en el "Cigarral de Menores". Sillón de hormigón para sentarse y admirar su Toledo de alma oriental y sillón para acercarse al enfermo, sin prisas, escuchando, según el sentido humanista y médico de Marañón.

Y para concluir este fresco vasco marañoniaño, la figura que más admiró el Santo de Loyola, Ignacio, el vasco más universal, al que Marañón dedicó un ensayo en 1956, notas previas para escribir la gran biografía que proyectaba y la muerte truncó. Aquel personaje heroico, místico, peregrino de todos los caminos que gastó su vida y sus pies tratando de transmitir a cada ser humano, uno a uno, su descubrimiento de Dios y acercarlo a Él.

A los 50 años de su muerte, Marañón sigue en la memoria y en el recuerdo del País Vasco, de su País Vasco, que le ofrece, a su vez, este homenaje de reconocimiento a una de las figura más representativas de la cultura y de la medicina de la primera mitad del siglo XX.



*Nombramiento del Dr. Marañón como Presidente de Honor de la Academia Médico-Quirúrgica de Gipuzkoa*

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



**NUEVO VOLVO S60 DESDE 32.340€.**

**NACIDOTRANSGRESOR.VOLVOCARS.ES**

Volvo S60 de 163 a 304 cv. Consumo ponderado (l/100 km) de 5,3 a 9,9. Emisiones CO<sub>2</sub> (g/km) de 139 a 231. PVP recomendado para Península y Baleares (IVA, impuesto de matriculación y transporte incluidos). IVA aplicado 18%. Plan 2000E aplicable según disponibilidad de Comunidad Autónoma. Línea Volvo 902 300 310.

Volvo. for life



**Auto Suecia**

Bº Jáuregui, 76  
943 33 11 31. Hernani  
[www.autosuecia.com](http://www.autosuecia.com)

# Consentimiento informado: Menor de edad (II)

Si en la anterior revista hacíamos referencia a que el artículo 9.4 de la Ley 41/2002 se iba a modificar por el Proyecto de Ley 121/2009/000041, de 26 septiembre, Proyecto de Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo; en la actualidad ya ha sido aprobado por la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, publicada en el Boletín Oficial del Estado el 4 de marzo.

El apartado 4 del artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, tendrá la siguiente redacción:

**4. La práctica de ensayos clínicos y de técnicas de reproducción humana asistida se rige por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.**

## IV - INTERPRETACIÓN DE LAS DISPOSICIONES LEGALES

Como se hacía constar en el anterior capítulo, el principal problema lo encontramos en el menor de 16 años **capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de una intervención**, parece –y lo manifestamos con todas las reservas– que según el discurrir de la Sentencia del Tribunal Constitucional 154/2002 de 18 de julio, en estos casos será el menor con independencia de su edad quien está facultado para consentir una intervención quirúrgica o un tratamiento médico.

Según el artículo 6.2 del Convenio de Oviedo de Derechos Humanos y la Biomedicina, "cuando, según la ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, ésta sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o de una persona o institución designada por la ley", manifestando también que

"la opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y madurez". Así mismo el Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial en su artículo 10.6 establece: **La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez.** Y la Ley 3/2008 de 18 de febrero de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia del País Vasco, en el artículo 18.2.f) se remite a la Ley 41/2002, siendo también importante los apartados 2.e y el apartado 3. El art. 18.2.f) establece que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a "otorgar o denegar su consentimiento de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica", **por lo que se remite la normativa general.**

Ya en el apartado 2.e se establece que tienen derecho a "ser informados de su estado de salud y, en su caso, del tratamiento médico a que son sometidos, atendiendo a su edad, madurez y estado psicológico y afectivo, en los términos contemplados en el artículo 12, y tratando en lo posible de ofrecer la información pertinente en la lengua con la que el niño, niña o adolescente se encuentre más familiarizado"; por lo que es clara la influencia de la normativa general.

Y en el **apartado 3.a) ya se empiezan a establecer una serie de limitaciones a los derechos de los padres, madres y tutores legales**, cuando se establece que estos tienen derecho a conocer a ser informados del estado de salud de sus hijos **"sin perjuicio del derecho fundamental de estos últimos a su intimidad en función de su edad, estado afectivo y desarrollo intelectual"**.

Sin embargo los textos legales no regulan que pautas hay que considerar para determinar si un menor de 16 años tiene esa capacidad



emocional e intelectual suficiente y necesaria para comprender el alcance de una intervención quirúrgica. Tal y como nos referimos en el anterior capítulo, el interrogante que se plantea es obvio.

### ¿ES EL MÉDICO QUIEN DEBE VALORAR LA CAPACIDAD?

El ordenamiento jurídico no da pistas para pensar que pueda ser otra persona o institución quien valore la capacidad del menor, no existe ningún indicio que indique que sea otro el que valore si el menor está capacitado emocional e intelectualmente.

Pero tal y como ya lo indicábamos con anterioridad, si es el médico quien debe asumir esta función, tal responsabilidad, también será al médico a quien se le pueda exigir responsabilidad por la decisión que tome; si el médico considera que el menor está capacitado y que no es necesario el consentimiento de sus padres o representante legal, éstos pueden reclamar contra el facultativo por la intervención realizada sin haber contado con su opinión y conformidad; y al revés, si el médico considera que el menor no es capaz y los padres consideran que se debe someter a una intervención en contra de la voluntad del menor, en su caso, el menor también podrá exigir responsabilidades al médico por actuar e intervenirle en contra de su voluntad, por considerar el menor que se encontraba capacitado para tomar la decisión por sí mismo.

Los supuestos que se pueden plantear son enormes, y evidentemente la ley no otorga respuestas convincentes a cómo se debe actuar ante los mismos.

Sería un criterio de prudencia a adoptar por el médico, **valorar en todo caso la opinión del menor de 16 años**, debiéndose recordar que según el art. 9.3.c) Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, siempre se debe escuchar la opinión del menor si tiene doce años cumplidos; siendo evidente que los problemas a la hora de determinar si un menor de 16 años se encuentra emocional e intelectualmente capacitado se encuentran cuanto más aumenta la edad.

Sobre la valoración de la opinión del menor el artículo 154 del Código Civil establece que "si los hijos tuvieran suficiente juicio deberían ser oídos siempre antes de adoptar decisiones que les afecten"; y del mismo modo los artículos 2 y 11.2 de la Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero de Protección Jurídica del menor establece el **principio de supremacía del interés del menor**. Pero como es evidente el problema se planteará cuando el criterio del menor no es coincidente con el de sus padres (o representante legal).

Ante esta situación lo más conveniente sería poner el asunto en conocimiento del Juez al efecto que se nombre al menor un defensor judicial (para lo cual existe un procedimiento dispuesto en los artículos 163 y 299 y siguientes del Código Civil, según la redacción dada por la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor). Y en este caso, con la intervención del Ministerio Fiscal y del Juez, será el defensor judicial quien tome la decisión.

## EXCELENTE LOCAL Y DOS PISOS EXTERIORES CÉNTRICO EN RENTERIA

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

# 638 291 773-74



C/ Viteri, Nº 39-1º izda.  
RENTERIA (Gipuzkoa)



También puede ser el Juez quien adopte las decisiones oportunas para evitar el perjuicio del menor, según lo dispuesto en el artículo 158.3 del Código Civil que atribuye directamente al Juez la capacidad de adoptar la decisión. Y esta misma situación es valorada por la Ley 3/2008 de 18 de febrero de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia del País Vasco que en su artículo 18.3.b) establece:

**Artículo 18. Derecho a la promoción y la protección de la salud:**

**3. En relación con la promoción y la protección de la salud de los niños, niñas y adolescentes, sus padres y madres, tutores o guardadores legales tienen derecho:**

**b) A ser informados de las pruebas de detección o de tratamiento que se considere oportuno aplicar al niño, niña y adolescente, y a dar su consentimiento previo para la realización de las mismas en los términos previstos en la letra f) del apartado anterior. En caso de que no prestaran su consentimiento, será la autoridad judicial, previa prescripción facultativa, quien otorgará, en su caso, el consentimiento, primando siempre el derecho a la vida y a la salud de la persona menor de edad.**

Por lo que la propia legislación de Euskadi establece expresamente que se debe realizar ante la existencia de discrepancias, por lo que el procedimiento a seguir en estos casos por el médico se encuentra establecido, acudir al Juez.

Pero esto sería en el caso en el que existe discrepancias entre el menor y los padres o el representante legal, es decir en un caso en el que ambas partes enfrentadas tienen conocimiento de la situación. ¿Pero qué ocurre cuando el menor de 16 años dice que él se encuentra capacitado y que no quiere que sus padres tengan conocimiento de la situación, siendo él quien toma la decisión de la intervención y actuación médica?

En este caso nuevamente en principio queda en manos del médico decidir si el menor se encuentra emocional e intelectualmente capacitado, con los problemas de responsabilidad que dicha decisión puede conllevar para el facultativo. Ante esta situación se puede seguir el mismo procedimiento que se ha comentado con anterioridad, acudir al Juzgado para que sea un Juez quien determine si

el menor se encuentra capacitado o no para tomar dicha decisión. Se comprende que puede considerarse una situación un poco extrema, pero esta sería la forma de intentar evitar cualquier clase de responsabilidad por la actuación/decisión del médico.

Pero puede darse el caso que el médico considere que el menor se encuentra capacitado emocional e intelectualmente para tomar esa decisión, y que no considere que sea necesario acudir al Juzgado. En este caso el médico debería confeccionar claramente la Historia Clínica del paciente, anotando en la Historia Clínica del menor de 16 años de forma clara y explícita la decisión adoptada por el menor, **y los motivos por los que considera que el menor se encuentra capacitado emocional e intelectualmente para tomar por sí mismo dicha decisión.**

Como se puede comprobar, en todos los aspectos legales en la actuación del médico volvemos a los mismos fundamentos, que es lo principal en toda defensa de la actuación médica, **la correcta y completa confección de la Historia Clínica.**

## V - CONCLUSIONES

Es evidente que en la práctica asistencial se pueden producir una infinidad de diversos supuestos, no pudiéndose dar respuesta en las Leyes a todos ellos.

Aunque las Leyes existentes en la actualidad han supuesto un avance significativo en el "tratamiento" de los menores de edad, y fundamentalmente en los menores de 16 años, sigue existiendo un vacío legal e interpretativo que en último caso deja en manos del médico la decisión, siendo al fin y al cabo el médico quien asume la responsabilidad de la decisión adoptada. Por lo menos la normativa actual define unos criterios y marca una serie de pautas que sin duda ayudan a resolver, o por lo menos poder justificar, la gran cantidad de dudas que se pueden plantear al respecto.

El único caso en el que existiendo un conflicto se puede considerar que es clara la opción que se debe tomar es cuando el menor de 16 años y los padres (o representante legal) conocen la situación, pero existen discrepancias entre ambos respecto a la actuación médica que se debe llevar a cabo. En este caso si que se puede considerar que la opción más adecuada es acudir



al Juzgado y que sea el Juez quien decida. Pero como hemos manifestado con anterioridad este caso puede ser que al final sea menos conflictivo para la responsabilidad del médicos puesto que la opción es acudir al Juez, el problema lo encontramos ante un supuesto en los que los padres no tienen conocimiento de la situación y sea el médico quien deba decidir, en este caso toda la responsabilidad recae en el médico; ya sea para aceptar la decisión del menor, para poner la situación en conocimiento de los padres o para comunicar la misma al Juez.

Y como se ha manifestado con anterioridad, cualquiera que sea la decisión que se opte por el médico, la misma se deberá hacer constar de forma clara en la Historia Clínica, explicando porque se ha tomado la misma; porque ante cualquier conflicto que pueda existir a posteriori, como ante cualquier problema que le pueda surgir al médico, **una buena confección de la Historia Clínica será su mejor defensa.**

Puesto que el médico realizará unas anotaciones atendiendo a la situación del menor en un momento concreto y si con posterioridad se discute la situación del menor, siempre se deberán valorar las circunstancias en el momento en el que fueron valoradas por el médico, ante lo cual es evidente la ayuda (y buena defensa) que supone una buena elaboración de la Historia Clínica.

Por todo ello, volvemos a lo recomendado desde estas líneas en numerosos artículos, que una de las cuestiones fundamentales en la defensa del médico es una buena confección de la Historia Clínica, anotando en la misma de forma clara todo el curso de la evolución del

paciente y demás incidencias que como estas que puedan surgir a lo largo de su tratamiento.

Tal y como ya se manifestó en el anterior capítulo, no es posible y además no sería deseable, que el ordenamiento jurídico escrito responda a todas la cuestiones que se encuentran íntimamente unidas a la personalidad humana, como es decidir sobre una actuación sobre el cuerpo humano propio y decidir si esa persona, ese menor de edad, se encuentra capacitado emocional e intelectualmente para tomar una concreta y relevante decisión sobre su salud, y sobre una intervención médica que se va a llevar a cabo, o no, sobre su cuerpo.

En todo caso se puede decir que existen dos circunstancias relevantes, la aplicación de un principio general que impregna la totalidad de normas internacionales, nacionales y autonómicas, como es la **supremacía del interés de los menores sobre cualquier otro interés**, aunque este otro interés también pueda ser legítimo (puesto que en principio el interés de los padres lo es), y que **las limitaciones a la capacidad de obrar de los menores se deben interpretar siempre de forma restrictiva**, por lo que en todo caso se debe dar gran valor y relevancia a la opinión de los menores.

Y ante cualquier decisión que se adopte por el médico, se deberá hacer constar en la Historia Clínica de forma clara porque se ha optado por la misma, las razones por las que se considera que el menor se encuentra capacitado o no para tomar la decisión, debiendo prevalecer el interés de los menores y las limitaciones a la capacidad se deben interpretar de forma restrictiva.



## DYA contrata

### MÉDICOS PARA SERVICIOS DE AMBULANCIA O ACTIVIDADES DOCENTES

#### Buscamos:

- Profesionales interesados en realizar servicios de ambulancia ocasionales, principalmente en tareas de cobertura sanitaria preventiva.
- Profesionales con capacidad de comunicación que puedan dedicar algunas horas al mes a actividades de docencia. Se valorarán la experiencia previa y el manejo de Power Point.

#### Ofrecemos:

- Cooperación retribuida por horas, compatible con otras ocupaciones profesionales.

Interesados llamar al **943 46 46 22**



# Pediatriako Topaketaren Kronika

PEDRO GORROTXATEGI GORROTXATEGI Dk.

**A**urreko maiatzaren 11n, Gipuzkoako Sendagile Elkargoko Aretoan Pediatriako 5. Topaketak egin genituen. Ekitaldi honetako partaideak Euskal Herriko Lehen Mailako Pediatria Elkarteak (EHLMPE-AVPAP), Euskal Herriko Pediatria Elkarteak (EHPE-SVNP) eta "Asociación Navarra de Pediatría" (ANPE) izan dira. Gipuzkoako Eskualdeko Ekialdeari bere babesa eskertu nahi diogu eta baita Gipuzkoako Sendagile Elkargori ere, bere aretoa uzteagatik.

Urtero gai jakin bati buruzko topaketak egiten ditugu. Aurten aukeratutako gaia "Txertoak: Berriak eta Betikoak" izan da. Moderatzaile moduan Ramon Ugarte Libano doktorea aritu da. Bere aurkezpenean gogorarazi digu nola sortu ziren txertoak eta denboraren bidez nola aldatu den txertoarekiko jendearen jarrera.

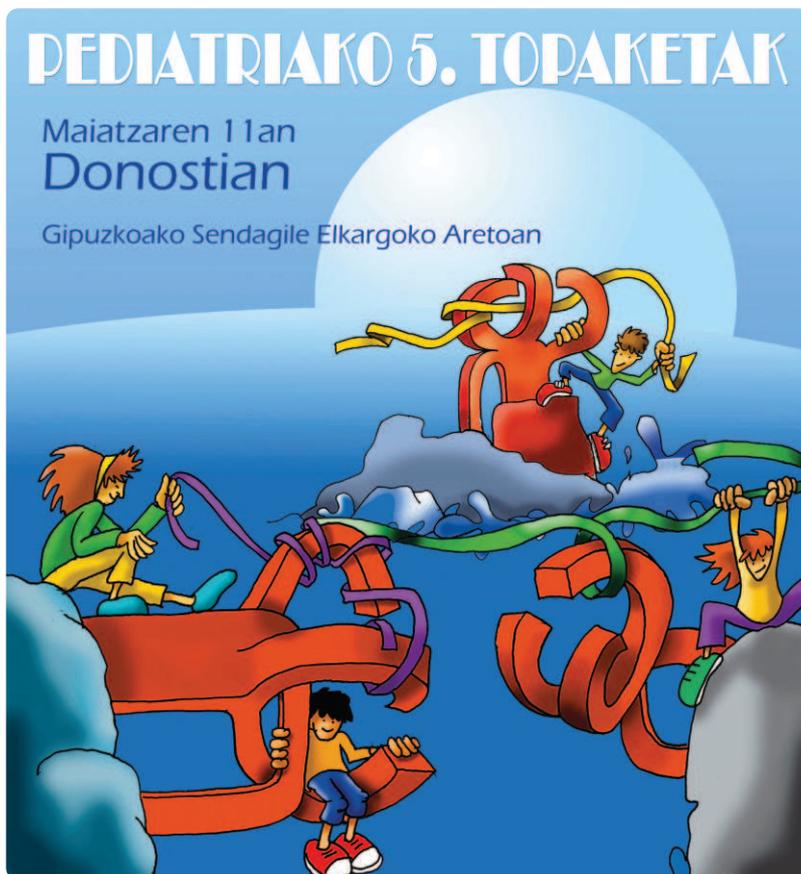
Lehenengo hitzaldia Koldo Martinez Urionabarrena doktoreak egin zuen. Bere gaia Papolomabirusaren kontrako txertoarena izan zen. Orain dela gutxi Osasun Zerbitzuek zabaldu dute txerto hori. Jende guztia ez dago

ados komenigarria den edo ez, beste metodo batzuk ditugulako umetoki-lepoko minbizia saihesteko, adibidez, zitologiak eta osasun-kontrolak. Beste batzuek esaten dute minbiziaren kontrako txertoa dela, baina gauzak ez dira horrela. Txertoaren helburua minbizia saihestea da, baina berez bi birusen kontrako txertoa besterik ez da eta umetoki-lepoko minbizia eragiten dutenak bi birus baino gehiago dira. Hori gutxi izango balitz, txertoa oso garestia da eta minbizi bat bakarrik ekiditeko diru mordoak gastatu behar dugu.

Bigarren hizlaria Pedro Gorrotxategi Gorrotxategi doktorea izan zen eta pneumokokoaren kontrako txertoari buruz hitz egin zuen. Txerto hori ez dago gure Txertaketa Programaren barruan, baina Espainiako Pediatria Elkarteak gomendatzen du. Argitaratu dituzten artikulua aztertzerakoan ikus dezakegu, txertoa jarri bezain laster gaixotasun-tasa gutxitu egiten dela, baina, lauzpabost urte geroago berriro gaixotasun-tasa handitzen dela; beraz, zalantzak dauzkagu txerto honi buruz.

A gripea izan zen hirugarren gaia eta Arrate Bengoa Gorosabel doktoreak jorratu zuen. Hasieran Arratek "mediku zelariak" nola funtzionatzen duten azaldu zuen. Gero orain dela gutxi pairatu dugun gripe madarikatuari buruz hitz egin zuen.

Gutxi gorabehera aurreko gripea bezalakoa izan zen. 5 eta 14 urteko neska-mutilengan eragin handia izan zuen. Ez zen larria izan, baina aurrekoa baino jende gehiagok pairatu zuen. Arrisku-taldekoetatik oso jende gutxi txertatu zen, mesfidantza handia sortu



Posterra: BITTOR TXAKARTEGI ETXEBARRIA

baitzen txerto honi buruz. Azkeneko hizlaria Ainhoa Iturrioz Mata doktorea izan zen eta Errotabirusaren kontrako txertoari buruz hitz egin zuen. Errotabirusaren aurkako txertoa, pneumokokoaren kontrako txertoarekin gertatzen den bezala, txertaketa-egutegitik kanpo dago.

Munduari begira, heriotza gehiago gertatzen diren lurraldeetan oso txerto gutxi daukate, eta heriotzarik ez dagoen herrialdeetan, aldiz, txerto asko saltzen dira. Mundua burutik egina dagoela pentsa dezakegu, buruz behera erabat.

### AURREKO EDIZIOEN ERREPASO LABURRA

luz, 2009ko ekainaren 10ean Bilbon egin ziren Pediatria topaketak. Gaia "Umeetako Liseri-aparatuko Arazoak eta Nutrizio Egoera Gaur Egun" izan zen. Honako hauek izan ziren hitzaldiak eta ponenteak: "Sabeleko min funtzionala lehen arretan" jorratu zuen Txema Arginzoniz Marzana doktoreak. "Amaren titia, benetan ote da onena?" galderari Isabel Canales Arrasate doktoreak erantzun zion. "Helicobacter pylori-aren gaur egungo egoerari" buruzko hitzaldia Esther Gorostiza Garai doktoreak eman zuen, eta bukatzeko Euskal Autonomia Erkidegoko "Haur eta nerabeen jateko ohiturak eta nutrizioan duten eragina"

azaldu zituen Juan Jose Arrizabalaga Abasolo doktoreak. 2007an, berriz, Gasteizen egin ziren Topaketak. Mahai-inguruko gaia "Arazo psikologikoak eta mentalak umeengan" izan zen. Xabier Txakartegi doktoreak "Arreta Galeraren eta Hiperaktibitatearen Asaldua. Bilakaera Naturala eta Asaldura komorbidoi" buruz hitz egin zuen eta Begoña Garmendia haur-psikiatrak "Depresioa eta Haurrak" gaia jorratu zuen.

Bukatu aurretik gogoratu nahi dut Pediatriako Bigarren Topaketak Gipuzkoako Sendagileen Elkargoko Aretoan egin zirela 2006ko apirilaren 6an. Urte hartako gaia "Gaixotasun infektzioak" izan zen, eta ponenteak eta gaiak honako hauek: "Gaixotasun infektzioen prebentzioa", Juncal Artieda doktoreak egin zuena, "Gaixotasun infektzioen tratamenduak lehen mailako arretan", Mirian Alkorta doktoreak landutakoa, "Gaixotasun infektzioso larriak", Joseba Landa doktoreak azaldu zuena eta azken hitzaldia "Lehen mailako ardurako pediatren jardura gaixotasun infektzioen aurrean" izan zen eta Ainhoa Izeta, Uxua Flores eta Fernando Aldana doktoreek jorratu zuten.

Beraz, ikus dezakegun moduan Pediatriako Topaketak historia zabala dute eta espero dugu etorkizun zabala ere izango dutela.

L U M I N A C I Ó N

el elogio de la sombra

**Luz**

**EXPOSICION:**  
 Zubieta, 42-bajo  
 20007 Donostia-San Sebastián  
 tel 943 43 19 35  
 fax 943 42 33 17  
 e-mail: luz@luzilumina.com

**ESTUDIO:**  
 Pº Federico Gª Lorca nº 10-2º - 2ª  
 20014 Donostia-San Sebastián  
 tel / fax 943 46 20 35  
 e-mail: luzestudio@luzilumina.com

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

# Medikuntzako lexikoa (LX)

## ELECTROCARDIOGRAFIA (II)

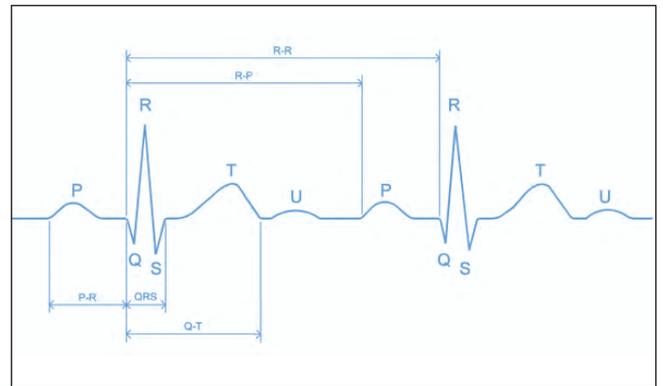


**A**urreko atalean hasitako lexikoari amaiera emango diogu ale honetan. Eta euskararen azorionerako, espezialitate jakin honetan bi liburu bikain dauzkagunez kontsultagai, gaurkoan Karlos Iburguren eta Felix Zubia adiskideen koordinaziopean argitaratutako *Elektrokardiografia klinikoa* izenekoa aipatu nahi nuke, 2003. urtean OEEK antolatzen duen Agote Saria irabazi zuena.

Fase aguda.....	Fase akutu	Hipernatremia.....	Hipernatremia
Fase ascendente de la onda.....	Uhinaren goranzko fase	Hiperpotasemia.....	Hiperpotasemia
Fase crónica.....	Fase kroniko	Hipertensión arterial.....	Hipertentsio arterial
Fase de meseta.....	Meseta fase	Hipertensión pulmonar.....	Biriketako hipertentsio
Fenómeno de captura;		Hipertrofia (incremento de la masa).....	Hipertrofia (masa gehitzea)
fenómeno de captación.....	Harrapatze-fenomeno	Hipertrofia ventricular derecha.....	Eskuineko bentrikularen hipertrofia
Fenómeno de escape.....	Ihes-fenomeno	Hipertrofia ventricular izquierda.....	Ezkerreko bentrikularen hipertrofia
Fenómeno R sobre T.....	T gaineko R fenomeno	Hipocalcemia.....	Hipokaltzemia
Fibras de James.....	James-en zuntzak	Hipomagnesemia.....	Hipomagnesemia
Fibras de Purkinje.....	Purkinje-ren zuntzak	Hiponatremia.....	Hiponatremia
Fibrilación auricular; FA.....	Fibrilazio aurikular; FA	Hipopotasemia.....	Hipopotasemia
Fibrilación ventricular; FV.....	Fibrilazio bentrikular; FB	Holter subcutáneo.....	Azalpeko Holter
Flutter auricular.....	Flutter aurikular	IECA, inhibidor de la enzima	convertidora de angiotensina.....
Flutter ventricular.....	Flutter bentrikular		AEBI, angiotentsinaren entzima bihurtzailearen inhibitzaile
Foco ectópico.....	Foku ektopiko	Imagen del bloqueo.....	Blokeoaren irudi
Forma clínica.....	Forma kliniko	Imagen en espejo.....	ispilu moduko irudi; ispilu-irudi
Forma común.....	Forma arrunt	Imagen representativa.....	Irudi ezaugarri
Forma ortodrómica.....	Forma ortodromiko	Imagen típica.....	Irudi tipiko
Fórmula de Bazett.....	Bazett-en formula	Implantar un marcapasos.....	Taupada-markagailua ezarri
Fracción negativa.....	Zati negatibo	Impregnación digitalica.....	Inpregnazio digitaliko
Frecuencia cardiaca.....	Bihotz-maiztasun; bihotz(eko) frekuentzia	Impulso; empuje.....	Bulkada
Frecuencia de 100 lpm.....	100 t/min-ko maiztasun	Impulso auricular.....	Bulkada aurikular
Fusión.....	Bat-egite	Impulso de estimulación.....	Estimulazioko bulkada
Fusionarse con la onda.....	Uhinarekin bat egin	Impulso eléctrico.....	Bulkada elektrikoa
Galvanómetro.....	Galbanometro	Impulso precoz.....	Bulkada goiztiar
Generador (de un marcapasos).....	Sorgailu	Impulso propio.....	Bulkada propio
Giro antihorario.....	Erloju-orratzen kontrako biraketa	Índice de Macruz.....	Macruz-en indize
Giro horario.....	Erloju-orratzen zentzuko biraketa	Índice de Sokolow-Lyon.....	Sokolow-Lyon-en indize
Grandes vasos.....	Hodi handiak	Infarto agudo.....	Infartu akutu
Hemibloqueo.....	Hemiblokeo	Infarto agudo de miocardio.....	Miokardioko infartu akutu
Hemibloqueo anterior, HBA;		Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.....	ST segmentuaren igoera duen MIA (STIMIA)
bloqueo del fascículo anterior de la rama izquierda del haz de His.....	Aurreko hemiblokeo, AUHB; His-en balaren ezkerreko adarraren aurreko faszikularen blokeo	Infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST.....	ST segmentuaren igoerarik gabeko MIA (STIGMIA)
Hemibloqueo posterior, HBP;		Infarto alto.....	Infartu altu
bloqueo del fascículo posterior de la rama izquierda del haz de His.....	Atzeko hemiblokeo, ATHB; His-en balaren ezkerreko adarraren atzeko faszikularen blokeo	Infarto de miocardio.....	Miokardioko infartu
Hipercalcemia.....	Hiperkaltzemia	Infarto inferior.....	Beheko infartu
Hiperdesviación del eje eléctrico.....	Ardatz elektrikoaren hiperdesbiderapen	Infarto subendicárdico no transmural.....	Infartu subendokardiko ez-transmural
Hipermagnesemia.....	Hipermagnesemia	Infarto transmural.....	Infartu transmural

Influir en la onda.....	Uhinean eragin	Milisegundo (ms).....	Milisegundo (ms)
Influjo de los fármacos.....	Farmakoen eragin	Miocardio inferior.....	Beheko miokardio
Inhibir(se) el electrodo.....	Elektrodoa inhibituz	Miocardio lateral.....	Alboko miokardio
Inspiración.....	Arnasgora	Miocardio ventricular.....	Bentrikuluko miokardio
Insuficiencia aórtica.....	Gutxiegitasun aortiko	Miocardopatía inflamatoria.....	Hanturazko miokardiopatia
Insuficiencia cardiaca congestiva, ICC.....	Bihotz-gutxiegitasun kongestibo, BGK	Miocardopatía no inflamatoria.....	Hanturazkoa ez den miokardiopatia
Insuficiencia tricuspídea.....	(Balbula) trikuspidearen gutxiegitasun	Miocarditis inflamatoria.....	Hanturazko miokarditisa
Intervalo largo.....	Tarte luze	Miopotencial.....	Miopotentzial
Intervalo PR.....	PR tarte	Mobitz tipo I (Wenckebach).....	Mobitz I. mota (Wenckebach)
Intervalo QT.....	QT tarte	Mobitz tipo II.....	Mobitz II. mota
Intervalo QTc; intervalo QT corregido (para la frecuencia cardiaca).....	QTz tarte; QT tarte zuzendua, bihotz maiztasunarekiko	Modo de estimulación.....	Estimulazio modu
Intoxicación digitalica; intoxicación por digital.....	Intoxikazio digitaliko; digitalagatiko intoxikazio	Modo DDD.....	DDD modu (taupada-markagailuan)
Inversión de la onda.....	Uhinaren inbertsio	Modo VDD.....	VDD modu (taupada-markagailuan)
Invertir(se) la onda T.....	T uhina alderantzizko bihurtu	Modo VVI.....	VVI modu (taupada-markagailuan)
Irregularidad de la arritmia.....	Arritmiaren irregulartasun	Modo síncope.....	Síncope modu
Irrigación cardiaca.....	Bihotzaren irragizazio	Monitor.....	Monitore
Isquemia miocárdica.....	Miokardioko iskemia	Monitorización continua.....	Etengabeko monitorizazio
Latido cavitario.....	Barrunbeko taupada	Morfología de la onda.....	Uhinaren morfologia
Latidos de fusión; latidos de Dressler.....	Bat-egite taupadak; fusio taupadak; Dressler-en taupadak	Morfología del complejo.....	Konplexuaren morfologia
Latidos por minuto, lpm.....	Taupadak minutuko, t/m	Morfología típica.....	Morfologia tipiko
Lesión en espejo lateral.....	Alboko ispilu-lesio	Muerte arritmica; muerte por arritmia.....	Arritmiagatiko heriotza
Lesión mitral doble.....	Lesio mitral bikoitz	Muerte súbita.....	Bat-bateko heriotza
Levorrotación; rotación antihoraria.....	Leborrotazio;erloju-orratzen kontrako errotazio;erloju-orratzen kontrako biraketa	Muesca; melladura (en una onda).....	Hozkadura (uhinarena)
Línea axilar anterior.....	Besapearen aurreko lerro	Músculo papilar anterior.....	Aurreko muskulu papilar
Línea axilar media.....	Besapearen erdiko lerro	Músculo papilar posterior.....	Atzeko muskulu papilar
Línea axilar posterior.....	Besapearen atzeko lerro	Necrosis inferior.....	Beheko nekrosi
Línea del ángulo escapular inferior.....	Sorbaldaz-hezurraren beheko angeluaren pareko lerro	Negativización (de la onda P).....	(P uhinaren) negatibizazio
Línea isoelectrica.....	Lerro isoelektriko	Nivel de preexcitación.....	Eszitazio-aurrearen maila
Línea medio-clavicular.....	Lepauztaiaren erdiko lerro	Nivel del bloqueo AV.....	Blokeo ABaren maila
Línea paravertebral izquierda.....	Ezkerreko lerro parabertebral	Nódulo auriculoventricular; nódulo AV.....	Nodulu aurikulobentrikular; nodulu AB
Llenar el ventrículo.....	Bentrikulua bete	Nódulo sino-auricular; nudo de Keith y Flack; nudo sinusal; nódulo sinusal (NS).....	Nodulu sinu-aurikular; nodulu sinusal (NS); Keith eta Flack-en nodulu
Macrorreentrada.....	Makrobirsartze	Obstrucción de la arteria coronaria circunfleja izquierda.....	Ezkerreko arteria koronario zirkunflexuaren buxadura
Mala conexión.....	Konexio txar	Onda acuminada; onda puntiaguda.....	Uhin puntazorrotz
Marcapasos (MP).....	Taupada-markagailu (TM)	Onda aplanada.....	Uhin lautu
Marcapasos bicameral.....	Bi barrunbeko taupada-markagailu	Onda asimétrica.....	Uhin asimetrico
Marcapasos migratorio.....	Taupada-markagailu migratzaile	Onda bifida.....	Uhin bifido
Marcapasos monocameral.....	Barrunbe bakarreko taupada-markagailu	Onda bimodal.....	Uhin bimodal
Marcapasos tricameral.....	Hiru barrunbeko taupada-markagailu	Onda de estimulación.....	Estimulazioko uhin
Masaje del seno carotídeo.....	Sinu karotideoko masaje	Onda de pulso.....	Pultsu-uhin
Mecanismo de reentrada.....	Birsartze-mekanismo	Onda delta.....	Delta uhin
Melladura; muesca.....	Hozkadura (uhinarena)	Onda difásica.....	Uhin difasiko
Mellarse (la onda).....	Hozkatu, uhina	Onda F.....	F uhin
Membrana celular.....	Mintz zelular	Onda invertida.....	Uhin alderantzikatu
Método invasivo.....	Metodo inbasibo; metodo inbaditzaile	Onda mellada.....	Uhin hozkatu
		Onda negativa.....	Uhin negatibo
		Onda normal.....	Uhin normal
		Onda P.....	P uhin
		Onda pequeña.....	Uhin txiki
		Onda picuda.....	Uhin zorrotz
		Onda positiva.....	Uhin positibo
		Onda profunda.....	Uhin sakon

Onda puntiaguda; onda acuminada.....	Uhin puntazorrotz
Onda Q .....	Q uhin
Onda Q de necrosis.....	Nekrosiaren Q uhin
Onda R .....	R uhin
Onda R pura.....	R uhin puru
Onda retrógrada .....	Atzeranzko uhin
Onda S .....	S uhin
Onda sinusoide; onda sinusoidal .....	Uhin sinusoide
Onda T .....	T uhin
Onda T del complejo .....	Konplexuaren T uhin
Onda terminal.....	Uhin terminal
Onda U.....	U uhin
Ondas altas .....	Uhin altuak
Ondas anchas; ondas amplias.....	Uhin zabalak
Ondas empastadas .....	Uhin enpastatuak; uhin oreztatuak
Ondas estrechas .....	Uhin estuak
Ondas prominentes.....	Uhin nabarmenak
Originar(se) la onda en los ventrículos .....	Uhina bentrrikulueta sortu
Parasistolia .....	Parasistolia
Pared del ventrículo.....	Bentrrikuluaren pareta
Pared libre ventricular.....	Bentrrikuluaren pareta libre
Paro sinusal; parada sinusal .....	Geldialdi sinusal
Parte positiva de la derivación .....	Deribazioaren zati positibo
Patología (cardiaca) de base .....	Oinarriko (bihotz) patologia
Patrón típico.....	Patroi tipiko
Perfusión endovenosa .....	Zain barneko perfusio
Pericarditis sin derrame.....	Isuririk gabeko perikarditis
Pericarditis con derrame.....	Isuria duen perikarditis
Pericarditis constrictiva .....	Perikarditis hertsatzaile
Período de alerta.....	Alerta-aldi
Período de excitabilidad .....	Kitzikaberatasun-aldi
Período refractario .....	Aldi errefraktario
Período refractario absoluto.....	Erabateko aldi errefraktario
Plano frontal .....	Plano frontal
Plano horizontal.....	Plano horizontal
Pletismografía .....	Pletismografía
Polaridad de la onda .....	Uhinaren polaritate
Polo negativo .....	Polo negatibo
Polo positivo.....	Polo positibo
Porción positiva (de una onda).....	Zati positibo
Postdespolarización precoz.....	Despolarizazio-oste goiztiar
Postpotencial tardío.....	Postpotentzial berantiar
Potencial .....	Potentzial
Potencial absoluto de las extremidades .....	Gorputz-adarretako potentzial absolutu
Potencial de acción transmembrana, PAT .....	Mintzean zeharreko ekintza-potentzial, MZEP
Potencial de membrana .....	Mintzaren potentzial
Potencial de reposo.....	Atsedeneko potentzial
Potencial de reposo transmembrana, PRT .....	Mintzean zeharreko atsedeneko potentzial, MZAP
Potencial (de) umbral.....	Atalase-potentzial
Precordial .....	Bihotz aurreko
Precordial derecha.....	Eskuineko bihotz aurreko
Precordial izquierda.....	Ezkerreko bihotz aurreko



EKGren uhinak, tartekak eta segmentuak

Preexcitación.....	Eszitazio-aurre; preesitazio
Producir cambios .....	Aldaketak eragin; alterazioak eragin
Programador del marcapasos.....	Taupada-markagailuaren programagailu
Prolapso mitral.....	Prolapso mitral
Prueba de esfuerzo.....	Esfortzu-proba
Punto J.....	J puntu
QTc; intervalo QTc.....	QTz tarte; QT tarte zuzendua
Rachas cortas (autolimitadas) .....	(Uhin-)bolada laburrak (berez mugatzen dira)
Radiofrecuencia .....	Irrati-frekuentzia; irrati-maiztasun
Radiografía anteroposterior .....	Atzetik aurrerako erradiografia
Ráfaga de estimulación.....	Estimulazioko uhin-bolada
Rama del fascículo.....	Balaren adar
Rama del sistema.....	Sistemaren adar
Rama derecha del fascículo.....	Balaren eskuineko adar
Rama derecha del haz de His.....	His-en balaren eskuineko adar
Rama izquierda del fascículo.....	Balaren ezker-adar; balaren ezkerreko adar
Rampa de estimulación .....	Estimulazioko arrapala
Ratio S.....	S ratio
Reanimación cardiopulmonar; RCP.....	Bihotz-biriken bizkortze; BBB
Red de Purkinje .....	Purkinje-ren sare
Reentrada AV .....	Birsartze AB; birsarrera AB
Reentrada sino-auricular .....	Birsarrera sinu-aurikular
Registro ECG .....	Erregistro EKG
Reperfusion coronaria .....	Erreperfusio koronario
Repolarización.....	Errepolarizazio
Reposo transmembrana .....	Mintzean zeharreko atsedan
Representar la despolarización.....	Despolarizazioa irudikatu
Resincronización.....	Birsinkronizazio
Respuesta del ventrículo .....	Bentrrikuluaren erantzun
Respuesta lenta del ventrículo.....	Bentrrikuluaren erantzun motel
Retirar el fármaco .....	Farmakoa kendu
Ritmo agónico.....	Erritmo agoniko
Ritmo caótico ventricular .....	Bentrrikuluko erritmo kaotiko

Ritmo cardiaco.....	Bihotzeko erritmo	Síndrome de Brugada.....	Brugada-ren sindrome
Ritmo de la unión.....	Loturako erritmo	Síndrome de Lown-Ganong-Levine (LGL).....	Lown-Ganong-Levine-ren sindrome (LGL)
Ritmo ectópico.....	Erritmo ektopiko; lekuz kanpoko erritmo	Síndrome de Mahain.....	Mahain-en sindrome
Ritmo idioventricular acelerado, RIVA.....	Erritmo idiobentrikular azeleratu, EIBA	Síndrome de preexcitación.....	Eszitazio-aurreko sindrome
Ritmo nodal.....	Erritmo nodal	Síndrome de QT largo congénito.....	QT luze sortzetikoaren sindrome
Ritmo sinusal (RS) normal.....	Erritmo sinusal (ES) normal	Síndrome de Wolf-Parkinson-White (WPW).....	Wolf-Parkinson-White-ren sindrome (WPW)
Ritmos de escape.....	lhes-erritmoak	Sinusoide.....	Sinusoide
Ritmos de parada.....	Geldialdi-erritmoak	Sistema de conducción.....	Eroapen(eko) sistema
Rotación de (las) puntas.....	Puntun biraketa	Sistema de excitación-conducción.....	Eszitazio/eroapeneko sistema
Rotación izquierda del eje.....	Ardatzaren ezker-biraketa	Sistema parasimpático.....	Sistema parasinpatiko
Rotación sobre el eje anteroposterior.....	Aurretik atzerako ardatzaren inguruko errotazio	Sistema simpático.....	Sistema sinpatiko
Rotación sobre el eje longitudinal.....	Luzetarako ardatzaren inguruko errotazio	Sistema triaxial de Bailey.....	Bailey-ren sistema triaxial
Rotación sobre el eje transversal.....	Zeharkako ardatzaren inguruko errotazio	Sístole de escape.....	lheseko sistole
Rotar.....	Biraketa egin; biratu; errotatu; jira egin	Situs inversus.....	Situs inversus
S profunda.....	S sakon	Sobrecarga diastólica; sobrecarga de volumen.....	Gainkarga diastoliko; bolumen-gainkarga
Saco pericárdico.....	Perikardio-zaku	Sobrecarga sistólica; sobrecarga de presión.....	Gainkarga sistolico; presio-gainkarga
Segmento PR.....	PR segmentu	Sobrecarga ventricular.....	Bentrikuluaren gainkarga
Segmento ST.....	ST segmentu	Sobreestimulación.....	Gain-estimulazio
Senoauricular; sino-auricular, SA.....	Sinuaurikular; sino-aurikular; SA	Sospechar.....	Susmoa izan; susmatu
Seno carotídeo.....	Karotida-sinu; sinu karotideo	Tabique anterior.....	Aurreko trenkada
Seno coronario.....	Sinu koronario	Tabique posterior.....	Atzeko trenkada
Sensado.....	Hautemate	Tamaño de la espícula.....	Espikularen tamaina
Sensado auricular.....	Hautemate aurikular	Taquiarritmias.....	Takiarritmiak
Sensado ventricular.....	Hautemate bentrikular	Taquicardia.....	Takikardia
Sensar las señales.....	Seinaleak hauteman	Taquicardia antidrómica.....	Takikardia antidromiko
Sensar por defecto; infrasensado.....	Gutxiegi hauteman; azpi-hautemate	Taquicardia atrial automática.....	Takikardia atrial automatiko
Sensar por exceso; suprasensado.....	Gehiegi hauteman; gain-hautemate	Taquicardia auricular, TA.....	Takikardia aurikular, TA
Sentido de las agujas del reloj.....	Erloju-orratzen zentzu	Taquicardia auricular multifocal, TAM.....	Takikardia aurikular multifokal, TAM; foku anitzeko takikardia aurikular
Sextantes de Bailey.....	Bailey-ren sestanteak	Taquicardia auricular por reinicio.....	Berrabiatzeagatiko takikardia aurikular
Shock eléctrico.....	Shock elektriko		
Síncope cardiogenético.....	Sinkope kardiogenetiko		
Síncope de esfuerzo.....	Esfortzuko sinkope		
Síndrome bradicardia-taquicardia.....	Bradikardia/takikardia sindrome		

CONVENIO DE COLABORACIÓN

Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofiziala



Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa



INGLÉS Y EUSKERA

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

condiciones económicas  
**ESPECIALES**  
DE MATRICULACIÓN  
para integrantes del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa (Personal, colegiado, familiar en primer grado o personal de consulta de los colegiados)

vas a aprender

palabra



Infórmate en nuestro centro de DONOSTIA - SAN SEBASTIAN

Zubieta, 26.  
Tel. 943 43 31 02

www.mondragonlingua.com

Taquicardia auriculoventricular ortodrómica de entrada.....	Sarrerako takikardia aurikulobentrikular ortodromiko (STABO)	Tiempo de deflexión intrínsecoide.....	Deflexio intrintsekoidearen denbora, DID
Taquicardia automática.....	Takikardia automatiko	Tira de ritmo (de ECG).....	Erritmo-zerrenda; erritmo-tira
Taquicardia de la unión auriculo-ventricular.....	Lotura aurikulo-bentrikularreko takikardia	Torsade de pointes, TDP; torsión de puntas.....	Torsade de pointes, TDP; puntako tortsio
Taquicardia de asa cerrada.....	Lakio itxiko takikardia	Tracto de salida.....	Irteerako traktu; irteera-traktu
Taquicardia intermedia.....	Bitarteko takikardia	Tracto interauricular.....	Traktu interaurikular; aurikulen arteko traktu
Taquicardia intranodal, TIN.....	Nodulu barruko takikardia, NBT; takikardia intranodular	Tractos internodales.....	Traktu internodularrak; noduluen arteko traktuak
Taquicardia mediada por una vía accesoria.....	Bide akzesorio bat bitarteko (den) takikardia	Transición de la onda (paso de negativa a positiva).....	Uhinaren trantsizio (negatibo izatetik positibo izatera pasatzea)
Taquicardia ortodrómica.....	Takikardia ortodromiko	Transición precoz.....	Trantsizio goiztiar
Taquicardia paroxística auricular, TPA.....	Takikardia paroxistiko aurikular (TPA)	Transición tardía.....	Trantsizio berantiar
Taquicardia paroxística de la unión.....	Lotuneko takikardia paroxistiko	Transposición de los grandes vasos, TGV.....	Odol-hodi handien transposizio, OHT
Taquicardia paroxística recíproca.....	Takikardia paroxistiko erreziproko	Trastorno.....	Asaldu; trastorno
Taquicardia por reentrada auriculoventricular, TRAV.....	Birsartze aurikulo-bentrikularrak eragindako takikardia, BABT	Trastorno de la captura/captación.....	Atzemate-arazo; harrapatze-arazo
Taquicardia por reentrada intranodal.....	Birsartzeagatiko takikardia intranodal	Trastorno de la conducción.....	Eroapenaren asaldu; eroapenaren trastorno
Taquicardia regular.....	Takikardia erregular	Trastorno hemodinámico.....	Asaldu hemodinamiko
Taquicardia sinusal.....	Takikardia sinusal	Tratamiento anticoagulante.....	Koagulazioaren kontrako tratamendu
Taquicardia supraventricular, TSV.....	Takikardia suprabentrikular, TSB	Trazado electrocardiográfico.....	Marratze elektrokardiografiko
Taquicardia supraventricular paroxística, TSVP.....	Takikardia suprabentrikular paroxistiko, TSBP	Triángulo de Einthoven.....	Einthoven-en triangelu
Taquicardia ventricular, TV.....	Takikardia bentrikular, TB	Trigeminismo.....	Trigeminismo
Taquicardia ventricular bidireccional.....	Norabide biko takikardia bentrikular; direkzio biko takikardia bentrikular	Tromboembolismo pulmonar.....	Biriketako tronboembolismo (BTE)
Taquicardia ventricular catecolaminérgica.....	Takikardia bentrikular katekolaminérgiko	Umbral de estimulación.....	Estimulazio-atalase
Taquicardia ventricular continua.....	Takikardia bentrikular jarraitu	Valor predictivo negativo.....	Aurresateko balio negatibo
Taquicardia ventricular discontinua.....	Takikardia bentrikular ez-jarraitu	Valor predictivo positivo.....	Aurresateko balio positibo
Taquicardia ventricular helicoidal.....	Takikardia bentrikular helikoidal	Válvula aórtica.....	Balbula aortiko
Taquicardia ventricular lenta.....	Takikardia bentrikular geldo	Válvula mitral.....	Balbula mitral
Taquicardia ventricular no sostenida, TVNS.....	Takikardia bentrikular ez-iraunkor, TBEI	Válvula pulmonar.....	Balbula pulmonar
Taquicardia ventricular paroxística, TVP.....	Takikardia bentrikular paroxistiko, TBP	Válvula tricúspide.....	Balbula trikuspide
Taquicardia ventricular polimórfica.....	Takikardia bentrikular polimorfiko	Valvulopatía.....	Balbulopatia
Taquicardia ventricular sin pulso.....	Pultsurik gabeko takikardia bentrikular	Valvulopatías derechas.....	Eskuin(eko) balbulopatiak
Taquicardia ventricular sostenida, TVS.....	Takikardia bentrikular iraunkor, TBI	Vector de activación.....	Aktibazioko bektore
Tejido de la unión.....	Lotuneko ehun; junturako ehun	Vector eléctrico.....	Bektore elektriko
		Velocidad de conducción del impulso.....	Bulkadaren eroapen-abiadura
		Velocidad del papel.....	Paperaren abiadura
		Vena pulmonar superior derecha (VPSD).....	Goiko eskuineko birikazain (GEBZ)
		Ventriculo completo.....	Bentrikulu oso
		Ventriculo derecho, VD.....	Eskuineko bentrikulu, EsB
		Ventriculo izquierdo, VI.....	Ezkerreko bentrikulu, EzB
		Ventriculo-atrial, VA.....	Bentrikulo-atrial; bentrikulo-aurikular, BA
		Vía accesoria, VAc.....	Bide akzesorio, BAkz
		Voltaje alto.....	Boltaje altu; boltaje handi
		Voltaje bajo.....	Boltaje baxu
		Voltaje de la onda.....	Uhinaren boltaje
		Voltaje del complejo.....	Konplexuaren boltaje
		Zona de lesión.....	Lesio-eremu

Préstamo para reformas  
en su vivienda o comunidad

**5,48%**  
TAE\*

- > **5,25% interés nominal.**
- > Plazo máximo: 5 años
- > Importe máximo: 24.000 €
- > Importe mínimo: 3.000 €
- > Comisión apertura: 0,25%.
- > Comisión de cancelación anticipada parcial o total: 0,50%
- > Gastos de estudio: 0%

Su Crédito  
Hogar,  
**ya!**



\* Ejemplo TAE: préstamo de 10.000€ y una duración de 5 años, comisión de apertura: 0,25%, interés nominal anual del 5,25%. TAE para la operación anterior a plazo de 1 año: 5,87%

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

 **bankoia**  
CRÉDIT AGRICOLE

## EN 2009 SE CELEBRARON 15 CONGRESOS MÉDICOS EN SAN SEBASTIÁN

*Durante 2009 San Sebastián acogió 15 congresos relacionados con la medicina, lo que consolida la rama sanitaria como uno de los mayores generadores de riqueza para San Sebastián en el ámbito del turismo congresual. Las reuniones del ámbito médico suponen ya el 22,4% del total de los congresos celebrados en la ciudad durante todo el año.*

San Sebastián Turismo Convention Bureau, el ente local para la promoción y captación de congresos, ferias y reuniones, valora en 5.560.620 euros el impacto económico de las reuniones del sector médico sanitario durante el año pasado. Estos congresos atrajeron más de 7.129 personas con una media de 475 asistentes por congreso y una estancia media de 2,6 días en la ciudad.

### SAN SEBASTIÁN CONVENTION BUREAU TRABAJA PARA CAPTAR CONGRESOS MÉDICOS

Por el impacto económico y por el prestigio que adquiere la ciudad a través de la organización de dichos eventos San Sebastián Turismo Convention Bureau trabaja intensamente para atraer congresos médicos a la ciudad.

El Convention Bureau de San Sebastián, tiene varias líneas de trabajo para la captación de reuniones y la colaboración en su organización. Por eso, trabaja directamente con los organizadores de congresos y colegios profesionales para que los eventos organizados en San Sebastián sean todo un éxito.

Marijo Beltran de Guevara, responsable del Convention Bureau de San Sebastián afirma que **"los congresos médicos buscan consejos para la organización y apoyo institucional. Nuestro trabajo es facilitarles la organización y asegurar ese apoyo"**. A la hora de captar congresos asegura que **"la herramienta más poderosa son las candidaturas, que nosotros ayudamos a elaborar"**.

## SAN SEBASTIÁN GANA DOS NUEVAS CANDIDATURAS DE CONGRESOS MÉDICOS

*San Sebastián será la sede del XVI Congreso de la Sociedad Española de Neurocirugía (SENEC) y de la XIII Reunión de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).*

Así lo han comunicado a San Sebastián Turismo Convention Bureau los especialistas médicos del Hospital Donostia que han promovido junto a Convention Bureau la candidatura de San Sebastián para convertirse en sede de estos dos eventos.

En concreto, el XVI Congreso de la Sociedad Española de Neurocirugía (SENEC) se celebrará en mayo de 2013 y contará con la participación de 400 médicos. Por su parte, la XIII Reunión de Insuficiencia Cardíaca, que tendrá lugar en abril de 2012, espera atraer a San Sebastián entre 400 a 500 delegados.



# SAN SEBASTIÁN, MUCHO MÁS QUE UN DESTINO DE CONGRESOS

Una ciudad deslumbrante, la mejor gastronomía  
y un equipo de profesionales que hará de su congreso  
un éxito.



PREMIO A LA INNOVACIÓN A LA ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
EXTRAHOSPITALARIA DE GIPUZKOA

# Integración laboral del paciente con trastorno mental grave (TMG)

IRUIN SANZ, A.  
LEKUONA SANZ, L.  
ROPERO MUGICA, R.

Salud Mental Extrahospitalaria/Gipuzkoa

ARENAZA ECENARRO, F.  
Diputación Foral de Gipuzkoa

**G**ipuzkoako Ospitalez kanpoko Osasun Mentala Osakidetzaren barruko laguntza-mailako antolakuntza asistentziala da, izanik bere helburua asistentzia psikiatrikoa eskaintzea, erregimen ambulatorioan. Gaixotasun mentala eragin soziala, bai gaixotasunaren beraren izaerak dakarrena batetik, eta baita gaixo horiek suspertzeko dituzten zailtasunek eragindakoa, bestetik, Asaldu edo Trastorno Mental Larrien kasuan nabarmentzen da batez ere. Asaldu horietan, eguneroko lanbide eta bizitzarako beharrezkoak diren gaitasunak eta trebetasunak galtzea edo ez eskuratzea erabakigarria gerta daiteke gizabanakoaren etorkizunerako.

**S**alud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa es una organización asistencial de Osakidetza cuya finalidad es la prestación de asistencia psiquiátrica especializada en régimen ambulatorio. El fuerte impacto social de la enfermedad mental, derivada tanto de su propia existencia como de sus dificultades para la recuperación, se hace especialmente patente en el caso de los Trastornos Mentales Graves. En éstos, la pérdida de capacidades y habilidades para el desempeño puede ser determinante para el futuro del individuo.

Desde esta perspectiva y desde la conveniencia de facilitar la integración y la atención en el propio medio, nuestra Organización ha desarrollado un trabajo continuado con Ayuntamientos, Servicios Sociales y Asociaciones locales, a fin de posibilitar la consecución de todas aquellas necesidades que las personas con enfermedad mental, al igual que las personas que no la padecen, presentan.

Entre ellas, sin duda, la integración laboral es un factor básico de integración y de recuperación de la normalidad social que contribuye en buena medida a la consecución del "completo estado de bienestar físico, psíquico y social", con el que la OMS define el estado de SALUD.

## DETECCIÓN DE LA NECESIDAD

La necesidad se detecta desde la práctica diaria por los profesionales, guiados por los comentarios y aportaciones de las familias y los propios pacientes; dado que los pacientes con trastorno mental raramente conseguían una adaptación plena en la comunidad. Ya en 1994 la red de

Trabajadoras Sociales de SMEG realizó un informe relativo a la situación en cuanto a necesidades de los pacientes con TMG: ocupación, promoción de empleo, ayudas sociales, formación laboral y profesional, vivienda, etc.

Este informe fue el punto de partida que motivó la búsqueda de una colaboración interinstitucional que, posteriormente, se ha ido plasmando en los diferentes acuerdos que sustentan nuestra actividad actual.

## DESARROLLO DEL PROYECTO

**1. Año 1996:** Acuerdo Marco para la colaboración entre el Departamento de Sanidad junto con Osakidetza y la Diputación Foral de Gipuzkoa a través de GIZARTEKINTZA: Se crean la Comisión Territorial de Coordinación Socio-Sanitaria y las Comisiones Sectoriales de coordinación socio-sanitaria, que elaboraron una propuesta de colaboración para coordinar la atención tanto sanitaria como social para la integración en trabajo protegido de los enfermos mentales crónicos en Gipuzkoa.

**2. Año 2000:** Protocolo de actuación entre el Departamento de Sanidad, junto con Osakidetza, y Gizartekintza para la integración en Trabajo Protegido de los enfermos mentales crónicos en Gipuzkoa; se establecen los compromisos a cumplir por ambas partes.

**3. Año 2003:** Convenio de colaboración entre el Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales de Alava, Bizkaia y Gipuzkoa y la asociación Eudel (asociación de municipios vascos), para el desarrollo de la atención socio-sanitaria en la comunidad autónoma del País Vasco.

**4. Año 2004:** Acuerdo de colaboración entre SMEG y EHLABE (Asociación de Entidades de Trabajo Protegido del País Vasco) para colaborar de forma coordinada en la reinserción y rehabilitación de los pacientes con TMG.

### RESULTADOS OBTENIDOS

A pesar de que en el censo comparativo por tipo de discapacidad los Enfermos Mentales han crecido un 10% en los últimos 8 años (15,5% en el año 2000 y 25,6% en 2008), la integración laboral de los pacientes con TMG de SMEG a través de Centros ocupacionales y Centros Especiales de Empleo se ha triplicado (195 personas en 1999 y 632 en 2008). Además, una encuesta realizada a usuarios del Grupo Gureak en 2009 demuestra la idoneidad, como medio rehabilitador, de la actividad laboral que desarrollan (el 73% de las personas dice que el trabajo es muy adecuado o bastante adecuado y el 62% afirma que la actividad que realiza contribuye a controlar mejor su enfermedad mental).

### CENSO COMPARATIVO POR TIPO DE DISCAPACIDAD (%)

AÑO	FÍSICA	SENSORIAL	ENF. MENTALES	INTELECTUAL
2000	67.9%	10,3%	15.5%	6.2%
2008	56.9%	10.7%	25.6%	6.8%

Fuente: Diputación Foral de Gipuzkoa

# UNIDAD DE VÉRTIGO Y ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO

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

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

**DR. FERMIN MATELLANES**  
OTORRINOLARINGOLOGIA

Aux: N. ALKIZA  
Aux: G. GARMENDIA

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

**MEDIDAS DE PERCEPCIÓN**

**USUARIOS**

¿La actividad que realiza en Gureak contribuye a controlar mejor su enfermedad mental?

62% Bastante o mucho  
10% Nada

**EMPRESA**

¿Tiene problemas con el cliente porque el trabajo lo realiza un enfermo mental?

54.7% No, nunca (76.7% del sector industrial)  
13.4% Rara vez

ENCUESTA REALIZADA A USUARIOS DEL GRUPO GUREAK 2009. Fuente: Diputación Foral de Gipuzkoa

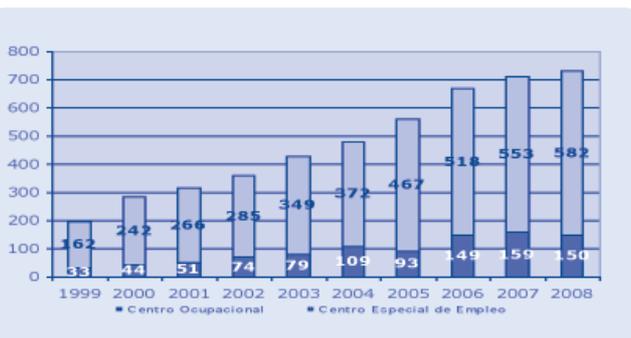
**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN LA RED DE CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO Y CENTROS OCUPACIONALES (2000)**

Este protocolo establece la conveniencia de un programa de formación al personal encargado de los talleres laborales y a otras instituciones. La tabla refleja el personal que ha recibido dicha formación a lo largo del tiempo de vigencia del protocolo.

AÑO	ASISTENTES	TIPOLOGIA ASISTENTES	DIRIGIDO A	HORAS
1999	36	Encargados de taller	Gureak	8
2000	24	Encargados de taller	Gureak	24
2002	14	Personal Centros de Día TMS	Cruz Roja	12
2003	13	Encargados de taller	Gureak	21
2004	40	Encargados de taller	Gureak	32
2005	40	Encargados de taller	Gureak	32
2006	30	Técnicos del área de servicios sociales	Diputación	54
2006	10	Encargados y supervisores	Gureak	6
2007	30	Técnicos del área de servicios sociales	Bienestar Social Ayto. SS.	14
2008	10	Encargados y supervisores	Gureak	6
2009	90	Encargados y técnicos del Grupo Gureak	Gureak	40
<b>TOTAL</b>	<b>337</b>			<b>171</b>

**RESULTADOS CLAVE:**

**INTEGRACION LABORAL DEL PACIENTE CON TMG**



**IDONEIDAD DE LA ACTIVIDAD LABORAL**





**LECCIONES APRENDIDAS**

- La detección de necesidades de los pacientes desde los clínicos y el apoyo a sus iniciativas, con una visión mantenida en el tiempo, permite un mejor despliegue de las mismas.
- La colaboración ENTRE INSTITUCIONES constituye la base para la integración en la sociedad de colectivos de personas con dificultades importantes derivadas de la enfermedad mental CRÓNICA, y es pieza clave para seguir mejorando en la atención que podemos prestar a los pacientes con procesos crónicos.
- En 2010 sigue siendo necesario insistir en que las personas con enfermedad mental tienen las mismas necesidades que el resto de personas. No debemos dar nada por supuesto en este terreno.





**“CUIDAMOS DE SU SALUD”**

**Desde 1921**

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

**URGENCIAS: 943 46 33 33**

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






En colaboración con el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco



**Osakidetza**  
Servicio vasco de salud



REGISTRO PUBLICIDAD SANITARIA Nº 6009

# Investigación en MICROBIOLOGÍA

Dr. EMILIO PÉREZ-TRALLERO

Jefe de Servicio de Microbiología del Hospital Donostia

**E**milio Perez Trallero Donostia ospitaleko Mikrobiologiako Zerbitziburua da, eta Medikuntza Prebentiboko eta Osasun Publikoko irakaslea Euskal Herriko Unibertsitatean, Medikuntzako fakultatean. Bere ikerketa-lana espezialitatearekin batera doa, estu-estu lotua, eta hainbat hamarkada dira horrela diharduela. Unibertsitateak 6 urteko tarteetan ziurtatzen du zientzialarien ikerketa-jarduera, "ikerkuntzako seiurtekoak" esaten zaien bidez, hain zuzen ere. Eta Perez Trallero irakasleak 6 seiurteko dauzka jadanik kreditatuak, eta "zazpigarrena ere bermatua dago honezkero, azken hiru urteotako produkzio zientifikoari esker", berak dioen bezala. Bere ikerketako taldeaz harro dago, "taldearen laguntzarik gabe, ezer gutxi egin ahal izango bainuen neuk bakarrik".

**E**milio Pérez-Trallero es el Jefe de Servicio de Microbiología del Hospital Donostia y profesor de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina en la Universidad del País Vasco. Su actividad investigadora va pareja al ejercicio de su especialidad que ya se remonta a varias décadas. La Universidad a través del Ministerio de Educación y Ciencia certifica la actividad investigadora de los científicos en tramos de 6 años, los denominados "sexenios de investigación". El profesor Pérez-Trallero ya tiene acreditados 6 sexenios, y como el mismo dice "el séptimo está ya garantizado con la producción científica de estos tres últimos años". Se enorgullece de su equipo de investigación "sin el cual poco podría haber hecho yo".

## ¿HASTA QUÉ PUNTO CONSIDERA IMPORTANTE EL TRABAJO EN EQUIPO?

Hoy día es imposible investigar en solitario. La sola generación de una idea que merezca ser investigada, suele ser más el resultado de una discusión o conversación que fruto de la reflexión o estudio en solitario.

En nuestro Servicio, los facultativos de plantilla y los jóvenes investigadores nos reunimos a diario en lo que llamamos la sesión clínica o "el café". Sesión científica que denominamos "el café" por reunirnos en torno a él. En dichas reuniones se comentan los casos interesantes vistos en la rutina habitual del trabajo al tiempo que compartimos información sobre las novedades científicas de nuestra especialidad.

El Área de investigación de Enfermedades Infecciosas de la que él es el coordinador en el Instituto Biodonostia comprende 4 grandes líneas de investigación: 'Infección respiratoria'; 'Resistencia antimicrobiana'; 'Enfermedades prevenibles por vacunación'; y 'SIDA'.

**"Hoy día es imposible investigar en solitario"**

Las tres primeras se desarrollan bajo la dirección de investigadores microbiólogos y la del SIDA bajo especialistas en esta materia de la Unidad de Enfermedades infecciosas. En las 4 líneas también intervienen médicos de otras muchas especialidades destacando Medicina Interna, Pediatría, Medicina Preventiva y Salud Pública.

## ¿QUÉ ES INVESTIGAR EN MICROBIOLOGÍA?

Comprendo que para el común de la población sea difícil imaginar lo que hacemos. Algunos nos imaginan centrados en el diagnóstico mirando casi siempre por el microscopio.

Habría que decirles que aunque parte de nuestro trabajo trata de innovar nuevas formas de detectar las enfermedades infecciosas, el diagnóstico es solo una parte de nuestra investigación.

Respecto al microscopio decir que miramos cosas todavía más minúsculas que lo que se puede ver en este instrumento, ya que la biología molecular es usada actualmente con mucha mayor frecuencia que el microscopio. Lo sustancial de nuestra investigación trata de Salud Pública. El estudio de las enfermedades que aquejan con mayor frecuencia a nuestra población y las que sin ser necesariamente muy frecuentes son graves por poder

causar discapacidad o muerte como la meningitis meningocócica. Muchas de estas enfermedades pueden ser prevenidas por vacunación.

Nosotros no solo estudiamos las características de los microorganismos que se relacionan con la virulencia o sensibilidad a los antibióticos, sino que además investigamos los factores que se asocian a la mayor o menor prevalencia de la infección, el efecto de las campañas de vacunación, las razones por la que algunos antibióticos dejan de ser eficaces frente a estos microorganismos, etc.

En los últimos años nos hemos visto gratamente acompañados de otros investigadores no médicos de los centros tecnológicos.

**PARECE QUE LA INVESTIGACIÓN SE HA PUESTO DE MODA, AUNQUE CREO QUE USTEDES TIENEN UNA LARGA EXPERIENCIA.**

Los médicos y otros facultativos de nuestro Servicio de Microbiología siempre hemos investigado. Creemos que no se puede hacer una buena atención sanitaria si no se investiga. En 1979 se detectó un brote epidémico en el hospital que fue causa de enfermedad grave con varios

enfermos que finalmente fallecieron. Dicho brote tuvo su origen en una unidad pediátrica y se expandió por casi todo el hospital hasta que finalmente pudo ser erradicado.

El causante fue un estafilococo dorado resistente a meticilina, entonces un microorganismo cuya resistencia era totalmente desconocida y cuya detección era muy difícil. ¿Cómo podríamos haber sido eficaces en este trabajo si no hubiésemos investigado?

La investigación sirvió para erradicar el problema y para contribuir al conocimiento general pues la experiencia que fue publicada en una revista norteamericana, constituyó la primera publicación que se realizó sobre este microorganismo en el estado español y una de las primeras descripciones de estafilococo resistente a meticilina en el mundo. Desde esa época a la actualidad nuestro grupo ha publicado más de 250 trabajos de investigación.

Nuestras líneas de investigación no son independientes entre sí y de hecho sus objetivos se entrecruzan en muchas ocasiones: investigamos la resistencia antibiótica, esta resistencia a veces recae en microorganismos causantes de enfermedad respiratoria y a su vez, algunas de ellas pueden ser prevenidas por vacunación (gripe, neumonía

# AMBULANCIAS

## GIPUZKOA S.COOP.

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

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

Servicio las 24 h. del día

80 Ambulancias 15 años de experiencia

140 profesionales en plantilla a su servicio

Asistencias nacionales e internacionales

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

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

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

Oficinas 943 55 60 66  
FAX 943 33 15 95

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



*El Dr. Pérez-Trallero con otros investigadores de su grupo*

neumocócica, ...) . La infección respiratoria aguda del tracto inferior (fundamentalmente neumonía neumocócica y gripe) constituye la primera causa de mortalidad por agentes infecciosos en todo el mundo, incluida Europa (OMS/WHO).

En una época donde las enfermedades emergentes y re-emergentes reciben una gran atención por parte de la comunidad científica, las infecciones respiratorias agudas (IRA) se mantienen como un grupo importante de afecciones con una alta morbilidad y aunque la mortalidad en los países desarrollados es más baja que los que se encuentran en vías de desarrollo, representan un motivo frecuente de incapacidad laboral y escolar.

Bajo el amplio epígrafe de "infección respiratoria" nuestro grupo centra preferentemente sus investigaciones en las infecciones causadas por *Streptococcus pneumoniae* (neumococo), *Streptococcus pyogenes* y virus respiratorios. La resistencia antimicrobiana es considerada uno de los

graves problemas de la Salud Pública y figura entre los campos prioritarios de investigación en los programas más importantes (Programas marco FP-VI y FP-VII de investigación en Europa).

***“No se puede hacer una buena atención sanitaria si no se investiga”***

Lo que se investiga en este campo tiene una traducción inmediata en ayudar a prescribir a nuestros colegas más cercanos, y menos inmediata pero de mayor trascendencia, en tomar decisiones de Salud Pública (control veterinario en el uso de antimicrobianos en Europa y USA).

Finalmente, como toda investigación que se precie, contribuye al avance del conocimiento en su área.

La investigación en enfermedades prevenibles por vacunación también tiene una aplicación inmediata en nuestro entorno específico, en tanto que facilita la toma de decisiones de la política de vacunación en Euskadi.

TRIBECA  
desde: 40.900 €



**SUBARU**

**VERTIZ**

CONCESIONARIO OFICIAL PARA GIPUZKOA

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

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

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



OUTBACK  
desde: 32.700 €



FORESTER  
desde: 24.900 €



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

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

PVP recomendado en Península y Baleares para Subaru Impreza. I.V.A., transporte e impuesto de matriculación incluidos. Outback Consumo mixto: 8.6L. Emisiones 204 g/km. Outback Diesel Consumo mixto: 5.8L. Emisiones 153 g/km. Forester Consumo mixto: 8.4L. Emisiones 198 g/km. Forester Diesel Consumo mixto: 6.3L. Emisiones 167 g/km. Tribeca Consumo mixto: 11.6L. Emisiones 275 g/km.

Naturaleza Subaru

# La Chirimoya

**E**sta fruta de origen americano, subtropical, se cosecha muy bien en la parte sur de las provincias de Málaga y Granada. El árbol que la produce se llama chirimoyo, es de mediano porte y puede alcanzar unos ocho metros de altura.

Su fruto tiene forma de corazón, carne blanca y piel de aspecto verde-oscuro que palidece al madurar. Fruta que bien merece la pena de conocerla por su sabor y propiedades, aunque todavía la consideremos como exótica, por el poco hábito que tenemos de consumirla.

En su composición el 75% es agua. La parte comestible (que es un 60%) nos produce 80 calorías por cada 100 gramos de peso, lo mismo que el melocotón en almíbar y algo más que

una taza de leche de vaca. Contiene un 20% en azúcares, al igual que el plátano. Encierra 20 veces menos proteínas que la carne de ternera, y prácticamente es nula su cifra en grasas o lípidos.

Posee una discreta cantidad de fibra o restos igualando al aguacate y las mandarinas. No se distingue o sobresale por sus vitaminas ni por las sales minerales. A mi entender por su composición química se parece al plátano, pero nos falta la costumbre de comerla.

Es una fruta muy delicada y de aspecto cremoso por dentro. Tiene un sabor dulce, aromático y refrescante (como el kiwi) y si está madura puede y debe conservarse en frigorífico, pero no más de dos semanas. La forma más fácil de comerla es en crudo, actuando con una cucharilla en forma de sacabocados, eliminando la piel y las negras semillas.

Desde el punto de vista médico, es útil en los casos de hipertensión arterial y colabora en la corrección de los estreñimientos banales. Deben evitarla las personas de aparato digestivo delicado. Pueden prepararse con la chirimoya, magníficos helados, batidos y mermeladas. Su semilla pulverizada tiene éxito como insecticida. Ya me dirán si les gusta.



## **ALTAS**

### **Marzo 2010**

KASSEM DACUAR, Ali  
REY MARTINEZ, Jorge Alberto

### **Abril 2010**

COLORADO LEDESMA, Ernesto  
AYALA PEREZ, Sandra Milena  
LUCEA MARTINEZ, Leyre  
BENJUMEA MORENO, Laura  
DELGADO PEREZ, Maider  
LARRAÑAGA OYARZABAL, Ioar  
URBIERTA ANZA, Miren  
PEREZ SAMPEDRO, Idoia  
OTEGI ZINCUNEGI, Izaskun  
BUJEDO MARTINE, María Aranzazu  
CHAVES CARO, Nuria  
GARATE VILLANUEVA, Nerea  
GURRUCHAGA  
AGUIRRAZABALAGA, Ana  
VELA FERNANDEZ, Aitor  
DE EGUIA MOCOROA, Endika Felix  
ALONSO MIGUEL, Ana Isabel  
ERDOZAIN CASTIELLA, José Gabriel  
IGARZABAL JORQUI, Ana  
ARIZTI ZABALETA, Miren  
ANTIA OLAIZOLA, Ana Isabel

### **Mayo 2010**

ZABALA PARDO, Aitor  
SAINZ LETE, Aitor  
URRESTARAZU ETXEZARRETA, Elixabete  
LUDEÑA SANCHEZ, Nancy Milagros  
BALENCIAGA GODOY, Maialen  
DE SOUSA ALCALDE, Nerea  
DEL HIERRO BALEZTENA, Miren  
LARBURU GURRUCHAGA, Lide  
ARRIZABALAGA FERNANDEZ, Hodei  
ARRAZOLA AGUIRRE, Lide  
SALAS FERNANDEZ, Thais  
ARAMBURU QUEREJETA, Oihane  
ALVARIÑO BARRENO, Tayda  
DE LA RIVA JUEZ, Patricia  
BELLOSO LOIDI, Jon  
LARRAÑAGA EPELDE, Ane  
RECONDO GOITIA, Olaia  
ALBILLOS SANCHEZ, Xabier  
IZETA EIZAGUIRRE, Ainhoa  
MUNIAIN MANCISIDOR, Amaia  
GREGORIO ALZUA, María

GONZALEZ URDAMPILLETA, Leire  
BERMEJO BECERRO, Aida  
LARREATEGUI BOSQUE, Joana  
GOÑI DAMBORENEA, Nahia  
MARTINEZ EZQUERRA, Jorge  
PALACIO GONZALEZ-ESANDI, Idoia  
GARCIA MORENO, Jorge  
RUBIN NORIEGA, Anxo  
COBIAN MALAVER, Carol Julyssa  
ODRIOZOLA ROTETA, Alberto  
BOLAÑOS ENRIQUEZ, Danny  
BORJA CONSIGLIERE, Hernan Andrés  
ARANTZETA LEXARRETA, Joseba  
CASTRO, Graciela  
BENAVIDES CORDOBA, Blanca Nardeth  
CAFIERO BALLESTEROS, Sergio  
BASOZABAL ARRUE, Ana  
GOMEZ LOPEZ, Amalia Selenia  
NAJERA AGILAR, Edinson Abel  
GARCIA POVEDA, Nancy Virginia  
TOBA DE MIGUEL, Raquel  
GARCIA SALAZAR, David Fernando  
VALENCIA MURUA, Xabier  
ESCRIBANO LANDA, Eneko  
MCKINNON GARCIA, Yesenia Patricia  
AGUIRRE CLARAMUNT, Ana Elena  
COELLO OJEDA, Daniel Antonio  
DORIS SANCHEZ, Marta  
SALINAS AGUIRRE, Unai  
CURIESES BECERRIL, Laura  
ALDALUR BALBAS, Amaia  
ALVAREZ GARCIA, Patricia  
IGLESIAS ALVAREZ, María  
AZKUE IBARBIA, Ane  
REZOLA BAJINETA, Marta

## **BAJAS**

### **Marzo 2010**

FLAQUER GARCIA, Amanda  
LARRINAGA PIEDRA, Nerea  
MUGICA JAUREGUI, Luis María  
MICHELENA ECEIZA, Miren Josune

### **Abril 2010**

SALABERRI ORMAETXEA, Blanca Esther  
CALDERON AGUIRREZABALA, Natalia

VELASCO FERNANDEZ, Manuela  
GARCIA ALDANEZ, José Miguel  
MARTINEZ RODRIGUEZ, Miren Gizane  
NAVARRO LOPEZ, Marina

### **Mayo 2010**

LAUMOND, Gerard  
GARCIA GUTIERREZ, Fco. Jesús  
HERNANDEZ ESTEGANIA, Rafael Isidro  
MINER PINO, Felipe  
MARTINEZ MONTENEGRO, Mario Fernando  
COUTO FRANCIA, Sarita Esther  
GARCIA VERA, Montserrat  
LOBATO PEREZ, María del Rocío  
IBAÑEZ GARICANO, Larraitx

## **FALLECIDOS**

### **Marzo 2010**

DEL REY BOADA, Ana

### **Mayo 2010**

HERNANDEZ MARTIN, José María

### **Junio 2010**

CASCON PRIETO, Arturo



## NECROLÓGICAS

### **Dra. ANA DEL REY BOADA**

Nació en Irún el 11 de Julio de 1960 y estudió la carrera de Medicina en Vitoria y San Sebastián con la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ejerció en Urgencias del Ambulatorio de Mondragón y la mayor parte de su vida profesional en el Ambulatorio de Andoaín.

Recientemente había sacado plaza para el Ambulatorio de Irún pero no llegó a tomar posesión de la misma. A la Dra. del Rey le gustaba la lectura y los viajes. De carácter agradable la Dra. Ana del Rey fue como profesional un médico consecuente y responsable. **Descanse en paz.**

### **Dr. JOSE M<sup>a</sup> HERNANDEZ MARTÍN**

Nació en Ledesma (Salamanca) el 7 de Diciembre de 1924 y estudió Medicina en Salamanca con la especialidad de Laboratorio de Análisis Clínicos. Trabajó a lo largo de su vida profesional en el Ambulatorio de Eibar y en el Hospital de Mendaro donde compaginaba la actividad médica con su Laboratorio privado de Eibar.

Las aficiones del Dr. Hernández se circunscribían a la lectura y los viajes. El Dr. José M<sup>a</sup> Hernández fue una persona muy apacible y afable, que llevó con gran resignación, entereza y dignidad las dificultades que se presentaron en su vida. **Descanse en paz.**

### **Dr. ARTURO CASCON PRIETO**

Nació el 6 de Setiembre de 1910 en Robledillo de la Jara provincia de Salamanca y estudió Medicina en la Universidad de Salamanca. Siguiendo los pasos de su padre fué al principio de su vida profesional médico rural antes de especializarse en Estomatología que lo hizo en Madrid. Trabajó durante toda su vida en la clínica dental de la Plaza Easo, 61.

El Dr. Cascón era un aficionado al mar y a los juegos de mesa como las cartas y el dominó, actividad que solía practicar en la Sociedad Artesana de la que era socio. El Dr. Arturo Cascón fue una persona muy simpática y de carácter extrovertido. **Descanse en paz.**

