

# MEDIKUEN AHOTSA GIPUZKOA MÉDICA



OPINIÓN  
Recortes y objeción  
de conciencia

ENTREVISTA  
Neurólogos  
e investigadores contra  
la esclerosis múltiple

RELEVO EN LA JUNTA DE GOBIERNO

# Sumario

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



Frantzia pasealekua, 12 - 20012 Donostia  
☎ 943 276 300 - www.giseo.org

**Argitalpen batzordea / Comité editorial**  
Gobernu Batzordea / Junta de Gobierno  
Erredakzio batzordea / Consejo de redacción  
Komunikazio saila / Área de Comunicación

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

**Diseinua eta maketazioa / Diseño y maquetación**  
Jaione Ugalde

**Testuak / Textos**  
Lupe Calvo Elizazu

**Portada**  
Enrique Telleria y Jose Maria Urkia (Foto: Juantxo Egaña)

**Inprimaketa / Impresión**  
Gupost

**Lege gordailua / Depósito legal**  
SS 1025-1994



Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa  
Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofiziala

Iturria aipatzen bada, artikulua bat edo honen zati bat kopiazea onartzen da.  
Se autoriza la reproducción total o parcial siempre que se cite la fuente.

Asesoría Jurídica: Cómo modifica el Decreto-ley 16/2012 el Estatuto Marco	2
El CMV y la OMC ante la disposición decimosexta	5
Opinión: ¿Es posible la objeción de conciencia ante el Real Decreto-ley 16/2012?	6
Denuncian que Osakidetza deja sin asistencia cuando falta el médico titular	8
Despedida /Agurra	9
Nueva Junta de Gobierno	10
Aula Médica Senior: Curanderos de rezos y tenacillas	12
Analizados los casos de supuestos robos de niños al nacer	13
La OMC destina más de 14 millones de euros a protección social	14
Más de 267.000 euros para proyectos de cooperación médico-sanitaria	15
In Memoriam	16
Entrevista: Neurólogos e investigadores contra la esclerosis múltiple	18
Festival Música Múltiple 2012	22
La firma invitada: Francisco Herrera Rodríguez	23
Medikuntzako lexikoa: Patologia orokorra V	27
Karlos Ibarguren: Bihotz-biriketako geldialdietan denon inplikazioa beharrezkoa da	32
Gastronomía y salud: La salud con sal y yodo	36

# Editoriala

---

**L**lueve sobre mojado. A la reducción de salarios y al posible aumento de jornada ahora se suma el Real Decreto-ley 16/2012 de 20 de abril (medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Sanidad y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones). Unas medidas que además de no asegurar la continuidad del tratamiento y dejar decisiones que corresponden al médico en manos del farmacéutico, dejan sin atención médica a los inmigrantes en situación irregular.

Llama la atención el eufemismo utilizado («para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Sanidad y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones»), máxime cuando las medidas adoptadas van contra la sanidad, contra los profesionales (a algunos se les quiere expropiar sus derechos adquiridos a través de oposición enviándolos a servicios ajenos a la sanidad), y contra la justicia social. ¿El resultado? Un deterioro sin precedentes de la calidad asistencial así como un atentado contra la dignidad de las personas.

También en términos económicos es mejor prevenir que curar. Por eso, ¿qué ahorro va a suponer no dar insulina a un diabético por su condición de «sin papeles», para posteriormente tener que atenderlo en urgencias? En plena campaña electoral, poco antes de ganar las elecciones, la exministra de Sanidad, Ana Pastor, indicó que «no se puede imponer el copago a un diabético que no ha elegido su enfermedad». Parece ser que si es un «sin papeles» sí.

Esta medida atenta contra la justicia social, pero también contra los principios de la ética médica y de la bioética. Es evidente que no han negociado con los profesionales, pero quienes la han redactado tampoco han tenido en cuenta que el médico, por su formación, está obligado a atender a cualquier paciente, sea cual sea su situación legal. ■

**L**ehengo lepotik burua. Azken aldiko soldaten murrizketak eta lanaldiaren gehitze posibleak nahikoak ez balira bezala, apirilaren 20ko 16/2012 Errege Lege Dekretua iragarri digute orain (Estatuko Osasun Sistemaren jasangarritasuna bermatzeko eta berorrek ematen dituen prestazioen kalitatea eta segurtasuna hobetzeko neurri urgenteei buruzkoa, hain zuzuen ere). Baina neurri horiek, tratamenduaren jarraitutasuna ez ziurtatu eta medikuari dagozkion zenbait erabaki faramazialariaren eskuetan uzteaz gain, egoera irregularrean aurkitzen diren etorkinak atentzio medikorik gabe uzten ditu.

Deigarria eta arreta jartzeko modukoa da legearen izendapenean erabili duten eufemismoa («Estatuko Osasun Sistemaren jasangarritasuna bermatzeko eta berorrek ematen dituen prestazioen kalitatea eta segurtasuna hobetzeko»), are deigarriagoa hartutako neurriak osasun-sistemaren eta sanitatearen kontra doazenean, osasungintzako profesionalen kontra (oposizioz irabazitako eskubideak kendu nahi baitzaizkie zenbait kasutan horietako batzuei, sanitateaz kanpoko beste zerbitzuetara bidaliz) eta are baita justizia sozialaren kontra ere. Zein da horren guztiaren emaitza? Aurrez sekula ere antzekorik izan gabeko narriadura asistentziaren kalitatean, batetik, eta pertsonen duintasunaren aurkako eraso larria, bestetik.

Ikuspegi ekonomikotik ere betetzen da aurre hartzea sendatzea baino hobea dela dioen aforismo zaharra. Horregatik, bada, ze aurrezki ekarriko du diabetiko bati insulinarik ez emateak, «paperik gabekoa» delako, ondoren Larrialdietan artatu beharko badugu? Hauteskunde-kanpaina bete-beteaz zegoela, eta hauteskundeak irabazi bezperan, osasuneko ministro ohia izandako Ana Pastorrek esan zuen «diabetiko bati ezin zaio kopagoa inposatu, berak ez baitu bere gaixotasuna aukeratu». Paperik gabeko bati, ordeaz, baietz dirudi.

Neurri hori justizia sozialaren kontrakoa da, baina baita etika medikoaren eta bioetikaren printzipioen kontrakoa ere. Profesionalekin ez dutela negoziatu begi-bistakoa da, baina neurri hori idatzi eta aldarrikatu dutenek ez dute kontuan hartu medikua, bere prestakuntzagatik, edozein paziente artatzera behartuta dagoela, pazientearen egoera legala edozein dela ere. ■



JON PELLEJERO ARAMENDIA

Letrado Asesor del Colegio de Médicos de Gipuzkoa



# CÓMO MODIFICA EL DECRETO-LEY 16/2012 EL ESTATUTO MARCO

**e**l Decreto-ley 16/2012 de 20 de abril, publicado en el BOE de 24 de abril, con el pomposo nombre de *«Medidas Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y Mejorar la Calidad y Seguridad de sus Prestaciones»*, modifica ampliamente la normativa sanitaria.

Las novedades, según establece esta nueva normativa, se introducen para acometer una reforma estructural del Sistema Nacional de Salud dotándolo de solvencia, viabilidad y reforzando las medidas de cohesión para hacerlo sostenible en el tiempo, y añade que es preciso que las medidas se apliquen con la mayor urgencia posible.

Aunque aquí no vamos a valorar los motivos y justificaciones esgrimidas para estas modificaciones -van más allá de una valoración jurídica-, sí vamos a referirnos a una de las justificaciones dadas, pues tiene una clara valoración jurídica.

Se ha recurrido a la forma de Decreto-ley porque se dice que las reformas deben ejecutarse con la mayor urgencia posible; sin embargo hay aspectos que no pueden tener tal urgencia, pues se da de plazo hasta diciembre de 2013 para su entrada en vigor. Con este plazo esas medidas no pueden calificarse como urgentes.

El Decreto-ley aprobado modifica hasta diez leyes e incluye otras diez nuevas disposiciones. Aquí, sin embargo, solo nos centraremos en las modificaciones introducidas en la Ley 55/2003 del *Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud*. (En [www.giseo.org](http://www.giseo.org) se puede encontrar el Decreto-ley 16/2012 y una comparación de las modificaciones introducidas por el mismo en el Estatuto Marco).

Mediante este Decreto-ley se modifica el artículo 15.2 del Estatuto Marco relativo a la "Creación, modificación y supresión de categorías" de personal estatutario. Según la redacción anterior, los servicios de salud debían comunicar al Ministerio de Sanidad las categorías de personal estatutario existentes, su modificación, supresión o la creación de nuevas, correspondiendo al Ministerio, en su caso, su homologación para garantizar la movilidad del personal estatutario en el conjunto del SNS.

Sin embargo, según el Decreto-ley 16/2012 el Ministerio de Sanidad aprobará un catálogo homogéneo que establecerá las equivalencias de categorías profesionales. Con esta modificación, los Servicios de Salud seguirán comunicando al Ministerio de Sanidad las categorías de personal estatutario, pero no para su homologación, sino para que el Ministerio apruebe un cuadro homogéneo de equivalencias de las categorías

profesionales del personal estatutario.

Con la modificación del artículo 41 del Estatuto Marco (sobre los Criterios Generales de las Retribuciones), se fija que para establecer la cuantía de los pagos se tendrá en cuenta la evaluación del desempeño que, en base a criterios de igualdad, objetividad y transparencia, fijarán los Servicios de Salud. Asimismo, indica que deberá tenerse en cuenta la evaluación periódica para determinar una parte de las retribuciones complementarias, en relación a la productividad, el rendimiento, y el contenido y alcance de la actividad realizada. Se dice pues, que los Servicios de Salud (Osakidetza, en nuestro caso) crearán los mecanismos necesarios para garantizar el pago de la actividad realmente realizada.

Es evidente que con esta reforma se pretende que las retribuciones, o por lo menos parte de las mismas, tengan en cuenta la productividad del personal estatutario.

Esta modificación de la Ley deberá relacionarse con el Acuerdo Regulador de las Condiciones de Trabajo de Osakidetza que se refiere a las retribuciones en los artículos 96 a 113. Dicho acuerdo prácticamente no hace ninguna referencia al pago por una productividad y rendimientos reales.

En este sentido, lo más parecido al pago según productividad que podemos encontrar en el acuerdo de Osakidetza actual es el artículo 101 relativo al personal de Atención Primaria y el Anexo del Acuerdo, según el cual los comple-

---

*Tiene poco sentido utilizar un procedimiento de urgencia cuando el plazo para integrarse es hasta finales de 2013*

---

mentos se abonan según las Unidades Relativas de Carga de Trabajo (URCT) y las TIS (Tarjeta Individual Sanitaria) que recaen en cada médico. El artículo 105 del acuerdo de Osakidetza, por su parte, regula el Complemento de Productividad Fija del Personal Facultativo, aunque, como su propio nombre indica, se trata de un complemento de productividad fijo. También podría considerarse que la autoconcertación (recogida en el apartado 14 del decreto 106/2008 de 3 de junio) es una retribución según productividad.

Se puede decir, por tanto, que las únicas alusiones del Acuerdo de Osakidetza equiparables a productividad y rendimiento son las relativas al personal de Atención Primaria en las que una parte de la retribución es en función de las TIS y las URCT, ya que el resto es una cantidad fija (Complemento de Productividad Fija del Personal Facultativo). La autoconcertación, por su parte, aunque supone una retribución según la productividad, es un trabajo que se realiza con carácter extraordinario respecto a la jornada laboral común.

Así, si esta reforma del Estatuto Marco se aplica, el modo de retribuir a los médicos variará considerablemente y habrá que estar alerta para que la administración valore y compute sin arbitrariedad, evaluando con objetividad la productividad, rendimiento y actividad realizada. Algo que debe hacerse cumpliendo los principios de igualdad y transparencia.

Respecto a la prestación económica durante la incapacidad temporal, por su parte, la Disposición Adicional Decimoquinta fija que el personal estatutario queda excluido de la extensión prevista en el artículo 21 del Real Decreto Legislativo 4/2000. Así, queda establecido que, cuando los médicos y demás personal estatutario estén en situación de incapacidad temporal, cada Servicio de Salud decidirá cómo se paga la prestación económica.

Esta Disposición poco varía la realidad de Osakidetza ya que la Ley 6/2011 de Presupuestos Generales de Euskadi para 2012 ya suspendió los complementos retributivos en concepto de mejoras voluntarias y del régimen de previsión

social que correspondiese en situaciones de incapacidad temporal por enfermedad común. Es decir, esta reducción de las prestaciones por Incapacidad Temporal ya se aplica en Osakidetza, por lo que no añade nada nuevo a lo ya previsto para 2012 por Osakidetza.

También se añaden las Disposiciones Adicionales decimosexta (a la que nos referiremos con posterioridad) y decimoséptima (referida a la Acción Social) que establece que para que el personal estatutario tenga derecho a los fondos destinados a la Acción Social debe estar en servicio activo.

Otras dos disposiciones adicionales han dado mucho que hablar: la decimosexta y la Disposición Transitoria tercera mediante las cuales se pretende la integración como personal estatutario de los médicos titulares (APD) y de los médicos de cupo y zona.

En la Disposición Adicional decimosexta se establece que los médicos titulares, matronas y practicantes tienen hasta el 31 de diciembre de 2013 para inte-

**"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

grarse como personal estatutario fijo sin perjuicio de los derechos consolidados. Asimismo se establece que, en el caso de no integrarse, pasarán a formar parte de órganos administrativos que no pertenezcan a instituciones sanitarias. Es decir, mediante un procedimiento de movilidad que se pueda articular, se podrá remitir al médico que no se haya integrado a un puesto administrativo en un servicio que no sea sanitario. Esto significa que aunque podrán seguir como funcionarios, podrán ser enviados a cualquier tarea si bien esta nada tenga que ver con la sanidad. El médico, como no se le deja alternativa, tendrá que integrarse.

Algo parecido ocurre con los médicos de cupo y zona. Anteriormente, el personal de cupo y zona se podía integrar como personal estatutario; con la nueva redacción forzosamente se integrará como personal estatutario. Antes tenía la opción de integrarse; ahora tiene la obligación de hacerlo antes de concluir 2013, quedando suprimida esta modalidad de prestación de servicios de cupo y zona.

Mientras que el médico titular, en caso de no integrarse, tiene una alternativa (aunque no sea práctica ya que se pretende obligarle a que se integre), los médicos de cupo y zona no tienen ninguna alternativa. ¿Qué pasa si el médico de cupo y zona no se integra? Ciertamente, no se sabe qué pasará con los que no lo hagan, por lo que habrá que regular esta situación, aunque, tal vez, serán integrados de forma obligatoria y forzada aunque no quieran.

En ambos casos se puede llegar a un conflicto para determinar qué derechos tienen los médicos titulares y de cupo y zona, pues la reforma establece que se respetarán los derechos consolidados; aunque no se establece qué son derechos consolidados.

El Decreto-ley 16/2012 fue corregido mediante una "Corrección de Errores" (BOE de 15 de mayo) que modificó el plazo de los médicos titulares y de cupo y zona para integrarse. Inicialmente se establecía que debían hacerlo antes del 31 de diciembre de 2012; la corrección, por su parte, dice que la integración debe producirse antes del 31 de diciembre de 2013. También se añade

la coletilla ya mencionada: los médicos titulares y de cupo y zona se integrarán "sin perjuicio de los derechos consolidados".

Aunque estos cambios se hicieron como si de simples errores se tratase, es más lógico pensar que se introdujeron por la polémica surgida al obligar a estos médicos a integrarse y a hacerlo en breve. En este sentido, el Consejo General de Colegios de Médicos y el Consejo Médico Vasco se han pronunciado en contra y se ha procedido a su estudio para concretar si cabe adoptar medidas legales. Ya lo hemos dicho anteriormente, tiene poco sentido que se utilice un procedimiento de urgencia cuando el plazo para integrarse es hasta el 31 de diciembre de 2013.

Otra de las cuestiones que puede ser objeto de discusión es que no está claro en qué situación quedan los médicos y demás profesionales sanitarios que decidan no integrarse; por lo que será necesaria una nueva norma que aclare y desarrolle este escenario.

También habrá que fijar qué son los "derechos consolidados" de estos profesionales (añadido en la corrección de errores); siendo especialmente relevantes los derechos de antigüedad y jubilación. Creemos que deben respetarse los derechos que los médicos tengan en sus puestos de trabajo actuales, no pudiéndose determinar todavía el alcance legal de estos derechos, ya que deberá examinarse la norma de desarrollo que deberá promulgarse o, una vez que se produzca la integración, ver en qué condiciones y con qué derechos se ha producido esta.

Desde el punto de vista legal, y a efectos de impugnar el Decreto-ley 16/2012, otro aspecto importante es que puede generar conflictos de competencias con las Comunidades Autónomas. En este sentido, el Gobierno Vasco -mediante Acuerdo del Consejo de Gobierno de 29 de mayo de 2012- ha recurrido diferentes aspectos del Decreto-ley 16/2012, como la nueva "Disposición Adicional decimosexta" del Estatuto Marco referente a la integración de los médicos titulares.

En resumen, este Decreto introduce reformas que podrían causar cambios en

el salario del médico y demás personal sanitario, aunque puede haber dificultades para introducir estos cambios. También establece que el Ministerio de Sanidad apruebe e instaure la equivalencia de las categorías profesionales (hasta ahora el Ministerio solo homologaba las categorías). Se han propuesto cambios sobre el abono de las bajas por Incapacidad Temporal que Osakidetza ya había implantado. Se fija que para tener derecho a los fondos de acción social hay que estar en situación de servicio activo. Y, finalmente, se pretende integrar como personal estatutario a los médicos titulares y a los médicos de cupo y zona, algo que todavía debe ser desarrollado y concretado.

En este artículo solo se han mencionado los cambios que el Decreto-ley introduce en el Estatuto Marco, aunque también modifica otros aspectos del ámbito sanitario que influyen en el día a día del médico. Algunos, como las restricciones impuestas en la asistencia médica de las personas en situación irregular, tienen incluso relevancia desde el punto de vista deontológico, aunque ese es otro tema. ■

**Estatuko Osasun Sistemaren jasangarritasuna bermatzeko eta berorrek ematen dituen prestazioen kalitatea eta segurtasuna hobetzeko izenez, Gobernuak 16/2012 Errege Lege Dekretua onartu berri du. Lege Dekretu honek lehenetik indarrean zeuden hamar lege aldarazten ditu eta beste hamar xedapen sartu ditu, horietako askok medikuengan eragina izango dutenak. Beraz, 16/2012 Lege Dekretuak, besteak beste, soldata murrizketak, maila profesionalen baliokidetasuna, lanerako behin-behineko ezintasun egoeretan jaso beharreko diru kopuru murrizketa, eta abar luze bat ekarriko du.**

**Onartutako neurriak lehenbait lehen indarrean jarri behar direla esanez, Gobernua Lege Dekretuaz baliatu da. Dena den, onartutako neurri batzuk indarrean sartzeko datorren urteko amaiera arteko epea eman denez, ia ezinezkoa da premia hori justifikatzea.**



## REUNIONES PARA ESTUDIAR LA DISPOSICIÓN DECIMOSEXTA DEL RDL 16/2012



**Milagros Garicano, Secretaria General de este colegio (primera por la derecha), junto a los representantes de otros colegios y sindicatos, tras la reunión mantenida en Bilbao.**



**Representantes de la Organización Médica Colegial y de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos reunidos en Madrid.**

## MÁS DE 400 MÉDICOS Y ENFERMERAS DEL PAÍS VASCO PODRÁN SER EXPROPIADOS DE SU CONDICIÓN DE FUNCIONARIOS

**L**os Colegios de Médicos y Enfermería de Araba, Bizkaia y Gipuzkoa, y los sindicatos SME-FFHE y SATSE, reunidos en Bilbao el pasado mes de mayo rechazaron la disposición adicional decimosexta del Real Decreto-ley 16/2012 que obliga a los médicos titulares, practicantes y matronas a integrarse en los servicios de salud como personal estatutario fijo; de no hacerlo serán derivados a órganos administrativos que no pertenecen a instituciones sanitarias públicas; por lo que han iniciado una campaña de recogida de firmas en contra de esta integración forzosa, que expropia de su condición de funcionarios al cuerpo de APD, y que modifica de forma sustancial las condiciones de trabajo del colectivo de Cupo y Zona.

La medida, según indica el Consejo Médico Vasco, afecta a más de 400 profesionales sanitarios en el País Vasco que corren el riesgo de quedar indefensos y desprotegidos ante una normativa que vulnera los derechos adquiridos por el ejercicio de su profesión.

Los Colegios de Médicos y Enfermería del País Vasco y los sindicatos profesionales rechazan de plano esta medida llevada a cabo sin negociación alguna con las organizaciones profesionales, que vulnera las competencias de la Comunidad Autónoma y que, además, no supone una reducción del gasto. Ante esta situación, han decidido enviar cartas de protesta al Presidente del Gobierno, Mariano Rajoy, a la ministra de Sanidad, Ana Mato, y a las autoridades autonómicas

de la CAPV con las firmas de los profesionales sanitarios afectados solicitando la rectificación de esta medida.

Asimismo, las organizaciones de médicos y enfermeras reiteran su disposición a colaborar con las autoridades en la búsqueda de las medidas que realmente supongan una mejora para el sistema sanitario.

Del mismo modo, la Organización Médica Colegial (OMC) y la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) han acordado crear una Comisión de Seguimiento conjunta que estará vigilante ante la aplicación del Real Decreto-ley 16/2012 en todos sus aspectos y en particular para que no se vulneren los derechos consolidados de ambos cuerpos de médicos. ■

**MILAGROS GARICANO**

# ¿ES POSIBLE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA ANTE EL REAL DECRETO-LEY 16/2012?

**e**l artículo 1 del Real Decreto-ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, que limita la atención sanitaria a los extranjeros «sin papeles», pone fin al derecho a la asistencia sanitaria universalizada a aquellos inmigrantes en situación administrativa irregular. Los «sin papeles» son personas, generalmente de países pobres, que han llegado a nuestro país a trabajar y que, por carecer de permiso de trabajo, se ven obligados a hacerlo en la economía sumergida.

Se da la circunstancia de que estas personas, como viven aquí, contribuyen a financiar nuestra sanidad, educación, o infraestructuras a través del pago de impuestos como el IVA o los impuestos especiales. Pero además, múltiples estudios científicos -realizados también en España- así lo avalan, estas personas utilizan el sistema sanitario mucho menos que nosotros los autóctonos.

A esto hay que añadir que la falta de control de las enfermedades crónicas de estos pacientes acarreará complicaciones que, con el tiempo, harán necesario el ingreso hospitalario de estas personas generando, a la larga, un mayor gasto sanitario. Todo lo contrario de lo que se dice perseguir. Por tanto, lo más probable es que con esta medida se ahorre muy poco y, en cambio, se genere la exclusión de personas que viven y trabajan aquí entre nosotros. Pero además, si no se tratan adecuadamente determinadas enfermedades transmisibles, se podrá originar un importante problema de Salud Pública.

Según el informe *Los fines de la medicina* (elaborado por un grupo internacional de expertos bajo los auspicios del centro de investigación en bioética Hastings Center, de Nueva York), el objetivo de la medicina y de los profesionales sanitarios es prevenir enfermedades y lesiones y promocionar y conservar la salud; aliviar el dolor y el sufrimiento



**Milagros Garicano, Secretaria General.**

causado por males; atender y curar a los enfermos y ofrecer cuidados a los incurables; además de evitar la muerte prematura y buscar una muerte tranquila. Estos objetivos no están expresados en un orden jerárquico, pues ninguno es más importante que los demás. Los médicos trabajamos para conseguir esos objetivos. Por tanto, ¿qué debemos hacer cuando un paciente en situación irregular acude al centro de salud?

© Juanxo Egafía

Pongamos por caso un paciente de 30 años de edad, en situación irregular, que el 2 de septiembre de 2012, igual que lo ha venido haciendo durante los dos últimos años, acude a su centro de Salud a buscar su receta de Insulina Lantus. ¿Qué debemos hacer? ¿Decirle que no se le puede recetar la insulina y que la tiene que comprar? ¿Evaluar si se trata de una situación de urgencia y recetarle la insulina? ¿Recetar la insulina con el número de otro paciente diabético? ¿Consultar al Comité de ética asistencial de referencia? O tal vez, ¿deberemos plantearnos si es posible alegar la objeción de conciencia?

La objeción de conciencia surge de un conflicto entre una norma de obligado cumplimiento (en este caso el Real Decreto-ley 16/2012) y un juicio de conciencia personal del médico, incompatible con dicho imperativo legal, que considera que el comportamiento exigido por dicha normativa no es éticamente correcto.

Ya con ocasión de un recurso planteado contra la ley de aborto, el Tribunal Constitucional advirtió que para que la objeción de conciencia estuviera protegida en cuestiones distintas a la clásica sobre el servicio militar no era estrictamente necesaria su regulación.

Estatuko Osasun Sistemaren jasangarritasuna bermatzeko eta berorrek ematen dituen prestazioen kalitatea eta segurtasuna hobetzeko neurri urgenteei buruzko 16/2012 Errege Lege Dekretuaren 1. artikulua egoera irregularrean dauden etorkinak atentzio medikorik gabe uzten ditu, kontuan izan gabe etorkinek osasuna edota hezkuntza finantzatzen laguntzen dutela bertan ordaintzen dituzten zergen bidez.

"Paperik gabekoen" gaixotasun kronikoak kontrolik gabe utziko ditu justizia sozialaren kontrako neurri honek eta luzarora begira gastu handigoa eraginez.

Honen aurrean, egoera irregularrean dagoen gaixoa osasun zentrora datorrenean, sendagileok geure buruari galdetu behar diogu zer egin. Zer egin diabetikoa bada eta insulina bila badator? Errezeta egitea urgentea ote den aztertu? Beste baten izenean egin? Edota kontzientzia objektiboa argudiatu?



Así, según sentencia de 11 de abril de 1985, indicaba que, por lo que se refiere al derecho a la objeción de conciencia, existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no tal regulación y argumentaba que «la objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el art. 16.1 de la Constitución Española y, como este Tribunal ha indicado en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales». Así pues, como el propio Tribunal Constitucional ha reiterado, la objeción de conciencia es un verdadero derecho constitucional, esté o no regulado en leyes positivas.

También el código de Deontología Médica hace referencia a la objeción de conciencia. Según el artículo 32, «se entiende por objeción de conciencia la negativa del médico a someterse, por convicciones éticas, morales o religiosas, a una conducta que se le exige, ya sea jurídicamente, por mandato de la autoridad o por una resolución administrativa, de tal forma que realizarla violenta seriamente su conciencia» y añade que «el reconocimiento de la objeción de conciencia del médico es un presupuesto imprescindible para garantizar la libertad e independencia de su ejercicio profesional».

Igualmente hace referencia a esta cuestión el artículo 33 que indica que «la objeción de conciencia ha de operar siempre con un sentido moral por lo que se deben rechazar, como actos de verdadera objeción, aquellos que obedezcan a criterios de conveniencia u oportunismo». Según nuestro código de Deontología Médica el médico debe comunicar tanto al responsable de garantizar la prestación como al Colegio de Médicos su condición de objeto de conciencia. En este caso el Colegio le prestará el asesoramiento y la ayuda necesarios.

En mi opinión, a la hora de aplicar el artículo 1 del Real Decreto-ley 16/2012 (que indica que la asistencia sanitaria que los extranjeros no registrados ni

## *Estamentos como los Colegios o los Servicios de Salud deberían trabajar para cambiar el RDL 16/2012 que vulnera derechos fundamentales*

autorizados como residentes en España recibirán asistencia sanitaria de urgencia por enfermedad grave o accidente hasta la situación de alta médica; asistencia al embarazo, parto y postparto y si son menores de 18 años en las mismas condiciones que los españoles) entran en conflicto distintos principios de la bioética que señalo a continuación.

Si tenemos en cuenta el principio de **no maleficencia** deberíamos actuar y atender a este paciente, pues de lo contrario nuestra actitud sería imprudente y negligente, ya que el fin que persigue la medicina es la protección y la promoción de la salud.

El principio de **justicia**, por su parte, nos indica que estamos obligados a acatar una ley aprobada. Sin embargo, no hay que olvidar que la argumentación que se hace en esta norma del uso sanitario de estas personas inmigrantes no es correcta, ya que existen múltiples artículos científicos que demuestran lo contrario

(utilizan la sanidad pública menos que los autóctonos).

Sobre el principio de **autonomía**, hay que señalar que este principio no ampara exclusivamente a los pacientes, sino que es un derecho que también debe poder ejercitarlo el personal sanitario. En mi opinión, el médico puede ejercitar su derecho a la objeción de conciencia amparándose, precisamente, en este principio de autonomía.

Finalmente, sobre el principio de **beneficencia**, cabe señalar que al atender a estos pacientes se lograría el mayor bien no solo para el propio paciente, sino también para el médico y la institución. Considero, por tanto, que los Colegios de Médicos, las sociedades científicas, o los Servicios de Salud, entre otros estamentos, deberíamos trabajar para modificar este artículo que vulnera derechos fundamentales de la persona. Mientras esto sucede, deberíamos tener muy claro cuál es nuestro propósito como médicos que somos. ■



**farmacia**  
**plaza guipúzcoa**  
Lda. M.López  
R.P.S. N° 117/10

**Abierto 365 días al año  
de 09:00h a 22:00h**

Idiaquez, 4 (Plaza Guipúzcoa)  
20004 Donostia-San Sebastián  
Tel. 943 427 050

LOS PROFESIONALES DENUNCIAN QUE OSAKIDETZA DEJA SIN ASISTENCIA A LOS PACIENTES CUANDO FALTA SU MÉDICO

# SI LAS AUSENCIAS NO SE CUBREN HAY QUE NEGARSE A AUMENTAR LA VELOCIDAD DE CONSULTA

**h**asta ahora cuando el médico de familia o pediatra no acudía a su puesto de trabajo, Osakidetza cubría las ausencias bien contratando un médico sustituto, bien ampliando el trabajo de otro médico. De este modo la asistencia médica siempre estaba asegurada.

Tal y como indica Agustín Gutiérrez, del Sindicato Médico de Euskadi, el acuerdo de condiciones de trabajo firmado por este sindicato y la anterior dirección de Osakidetza supuso un importante avance hacia una solución sensata al problema de las sustituciones. Según explica, este pacto fijaba los pasos a dar y el orden: en primer lugar, siempre que hubiera disponibles, habría que contratar sustitutos; si no fuera posible y con carácter voluntario, se fijaría una agenda de consulta fuera del horario laboral (ampli-horario); en último término se fija con carácter obligatorio la adscripción de los pacientes ajenos a la agenda normal (ampliagenda). Según lo pactado, este debía ser el orden a seguir para cubrir íntegramente las ausencias de los médicos de familia y pediatras de Atención Primaria.

Pero, tal y como denuncian algunos profesionales, Osakidetza, apelando a la situación económica actual, ha eliminado tanto las sustituciones, como el ampli-horario y la ampliagenda. En palabras del pediatra Pedro Gorrotxategi, «cuando falta el médico titular, Osakidetza deja a los pacientes sin asistencia y, lo que es peor, pretende que la solución la den los compañeros de modo altruista».

Agustín Gutiérrez, por su parte, recuerda que los médicos de Atención Primaria siempre han ejercido bajo la presión de la sala de espera. «Algo que

hemos interiorizado como *normal* e innato a la consulta» –dice–. «Como los médicos de Atención Primaria somos capaces de *adaptar* nuestro rendimiento a la presión de la sala de espera, las direcciones sanitarias no han tenido mayor interés en aligerar esa presión limitando el tamaño de los cupos o asegurando la sustitución total de las ausencias para evitar sobrecargas del médico a su vuelta y de los compañeros durante la ausencia», explica Gutiérrez, para quien los directivos de la Sanidad Pública «gestionan las ausencias del trabajo sin aceptar ningún coste económico y buscan la solución sobrecargando al médico, lo cual se traduce en menos tiempo por paciente y menor calidad del servicio médico ofrecido».

Según el representante del Sindicato Médico, el principio elemental para cualquier solución es impedir que funcione el círculo vicioso descrito: No sustitución – Sobrecarga – Mayor velocidad de consulta – Menor calidad de la atención en consulta. «La solución deseable en todos los sentidos es la sustitución del médico ausente, pues corrige el problema. Además, es sencilla de gestionar, proporciona un nicho laboral importante para médicos en paro y su –aparente– mayor coste no es tal si se tiene en cuenta el retorno generado vía impuestos, cotizaciones y ahorro en desempleo», dice.

Para Gutiérrez la única razón por la que se puede aceptar la no sustitución es la falta de sustitutos, y cree que si la Administración niega la sustitución los médicos deberán negarse a aumentar la velocidad de consulta. «Es de sentido común», dice y se pregunta: «¿Algún dirigente de Osakidetza se atrevería a defender en pú-

blico que un aumento de demanda quirúrgica, prostatectomías o cirugía de cataratas, por ejemplo, se resuelve empujando a los cirujanos a trabajar más deprisa?».

Gutiérrez considera que «En estos casos los dirigentes tienen claro que hay que elegir entre generar lista de espera o pactar autoconcertación y, normalmente, se hacen las dos cosas. En nuestro caso, debemos negarnos a que cualquier carga adicional de trabajo, generada porque la empresa no pueda o no quiera contratar sustitutos, se realice mediante nuestra sobrecarga asistencial y el aumento de nuestra velocidad de consulta. Al médico le corresponde exigir que la consulta se realice dignamente. A los gestores elegir entre lista de espera o autoconcertación», explica.

Del mismo modo, Agustín Gutiérrez indica que los médicos deben exigir una «agenda de calidad» que precise cuál es el trabajo razonable: número de consultas y tiempo dedicado cada día. Coinciden también en este aspecto organizaciones como la Asamblea de Médicos de Atención Primaria de Gipuzkoa y la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria.

Esta última asociación ha realizado entre sus asociados una encuesta para conocer, entre otras cuestiones, qué estarían dispuestos a hacer los pediatras ante esta situación. A la encuesta han respondido más de 120 pediatras de Euskadi y de manera mayoritaria han señalado que hay que «atender solo la patología urgente y las revisiones de los recién nacidos». Tras esta la siguiente opción más votada ha sido la de «realizar concentraciones ante los centros de salud». ■

ENRIQUE TELLERIA ARRATIBEL  
Presidente del Colegio de Médicos de Gipuzkoa



## Despedida Agurra

Estimados compañeros:

Como se os ha comunicado hace un tiempo, se han convocado las elecciones por las que los colegiados eligen a la Junta de Gobierno que, durante los próximos cuatro años, regirá los destinos de esta institución. Aunque como al finalizar el plazo de presentación de candidaturas se ha presentado una única lista esta ha quedado automáticamente elegida, tal y como recogen los estatutos.

En lo que a mi persona atañe, debo recordar que, durante cuatro años, fui miembro de la Comisión Deontológica; vocal de Medicina extrahospitalaria, siendo presidente el doctor Barriola, otros cuatro años; y vuestro Presidente durante los casi veinte últimos años. Creo que ha llegado el momento de dar paso a otras personas.

Durante todo este tiempo hemos tenido que responder a muchas y muy variadas circunstancias; y, lógicamente, no todas las medidas adoptadas habrán sido favorablemente acogidas, y en todo caso, no por todos. Lo que sí puedo asegurar es que las decisiones tomadas siempre se han basado en el cumplimiento de los objetivos del Colegio y sus competencias. Lógicamente, no voy a ser yo quien haga una valoración de mi trayectoria en el cargo; pues esa es una labor que os corresponde a vosotros.

Desde aquí, quiero agradecer la colaboración de todos los colegas que, a lo largo de casi cinco mandatos, me han acompañado y ayudado en las distintas Juntas. Igualmente, mi reconocimiento a quienes trabajan en este Colegio: los responsables del área jurídica, del área de comunicación y del área administrativa. Tampoco me olvido de todos aquellos colegiados que, a lo largo de este tiempo, han colaborado en las distintas Comisiones (Deontológica, de Hacienda, de las Juntas Electorales, Revista, etc.).

Solo me queda desearos a todos los colegiados lo mejor tanto en lo personal como en lo profesional, y al Presidente y a la Junta que nos van a sustituir, les deseo, de verdad, un mandato pleno de aciertos. ■

Lankide estimatuak:

Duela egun batzuk jakinarazi zitzaizuen bezala, hauteskundeak deitu ditu Elkargoak, eta botazio horretan datozen lau urteotan gure erakundea gobernatu eta gidatuko duen Gobernu Batzordea aukeratuko dute elkargokideek. Hautagai-zerrendak aurkezteko ezaarritako epearen amaieran hautagaitza bakarra aurkeztu denez, zerrenda hori automatikoki aukeratua izan da, Estatutuetan xedatua dagoen bezala.

Niri pertsonalki dagokidanez, adierazi behar dizuet Batzorde Deontologikoko kidea izan nintzela lau urtez; Ospitalez kanpoko medikuntzaren ataleko bokala beste lau urtez, Barriola doktorea Elkargoko lehendakaria zen bitartean; eta zuen guztion lehendakaria ondoren, azken hogeitaz urteotan ia. Eta beste pertsona batzuei lekua uzteko garaia heldu dela pentsatzen dut.

Urte-bitarte luze horretan, baldintza eta egoera ugari eta oso desberdinei erantzun behar izan diegu; eta, logikoa den bezala, hartutako neurri guztiak ez ziren noski beti onartuak izango, eta izatekotan ere, ez zituzten guztiek onartuko. Zinez eta egiaz esan dezakedana da, hala ere, hartutako erabakiak Elkargoaren helburuak betetzeko asmotan oinarritu direla eta Elkargoak zituen eskumenak baliatuz betiere. Begi-bistakoa den bezala, ez dagokit niri karguan egindako ibilbidearen balorazioa egitea, lan hori zuei baitagokizue, eta ez beste inori.

Hemendik, ia bost agintaldiko epe luze honetan, nirekin batera eta laguntza paregabea eskainiz Gobernu Batzorde desberdinetan aritu diren lankide guztiei eskertu nahi diet gogo onez emandako lankidetzaz. Era berean, nire esker ona Elkargoan diharduten guztiei: arlo juridiko, komunikazio-saileko eta administrazio-eremuko arduradunei. Nola utzi aipatu gabe denbora honetan guztian batzorde diferenteetan (Batzorde deontologikoan, Ogasunekoan, Hauteskunde-batzordean, Medikuen Ahotsa aldizkarian, etab.) lankide izan ditudan elkargokide guztiak ere. Mila esker guztioi.

Bukatzeko, nire asmo eta nahirik onenak opa dizkiet elkargokide guztiei, alderdi pertsonalean bezala baita profesionalean ere, eta ordeztuko gaituzten Lehendakariari eta bere Gobernu Batzordeari, berriz, erabat asma dezatela bere agintaldian, bihotz-bihotzez. ■



## NUEVA JUNTA DE GOBIERNO



Enrique Telleria.



Jose Maria Urkia.

© Juantxo Egaña

# LA NUEVA JUNTA DE GOBIERNO TOMARÁ POSESIÓN EL 27 DE JULIO

**L**a nueva Junta de Gobierno presidida por José María Urkia tomará posesión de su cargo el próximo 27 de julio, a los diez días de la fecha prevista para la votación. Y es que tal y como está previsto en los estatutos, caso de presentarse una sola candidatura esta quedará automáticamente elegida al finalizar el plazo de presentación de candidaturas. Por tanto, si bien las elecciones para renovar la Junta de Gobierno (Presidente, Vicepresidente primero, Vicepresidente segundo, Secretario, Vicesecretario, Tesorero-contador, y nueve vocales) se convocaron para el día 17 de julio, el hecho de que se haya presentado una única lista ha hecho innecesario realizar las votaciones.

Jose María Urkia sucede en el cargo al doctor Enrique Telleria que durante los

---

*«Krisi garaietako medikuen elkargo bat: berritu, birpentsatu eta hobetu». Profesio medikoaren alde arituko den elkargo bat: medikuntza, medikua eta gizartea, erabateko askatasun eta independentziarekin jokatz, era guztietako manipulazioetatik libre*

---

últimos 20 años ha presidido el Colegio. Junto al doctor Urkia forman parte de la nueva Junta de Gobierno Imanol Que-rejeta Ayerdi (Vicepresidente primero); Iñaki Eizaguirre Sexmilo (Vicepresidente 2º); Carlos Benito Gómez (Secretario General); Mª Carmen Lobo Morán (Vicesecretaria); José Ignacio Kutz Peironcelly (Tesorero); y los vocales Ramón San Sebastián; Pedro Jesús Gorrotxategi; Carlos Placer; María Asunción Guerra; Cristina Grau; Lucía Duo; Manuel García Bengoechea; Adelaida Lacasta y Ángel Morales.

A continuación se esbozan las líneas generales del programa de gobierno que, bajo el título *Un Colegio médico para tiempos de crisis: renovar, repensar y mejorar* pretende velar con independencia por la profesión médica: la medicina, el médico y la sociedad. ■

## PROGRAMA DE GOBIERNO • GOBERNU PROGRAMA

- Acogida real y efectiva a todos los colegiados. Trabajar por una institución que vele por la profesión médica y repensar sus funciones siguiendo la línea de Colegios médicos como los de Inglaterra, Alemania, Francia o Suecia.
- El Colegio debe ser interlocutor válido y respetado ante las instancias judiciales (Fiscalía, Magistratura) y, ante una demanda civil o penal, debe ofrecer una defensa justa y atenta a cada colegiado. El presidente debe ser independiente y preservar su autoridad moral.
- El Colegio, como interlocutor ante las instancias sanitarias (Osakidetza, INSS, seguros privados...), debe velar por un trabajo y un salario dignos para los médicos así como por el acceso a los puestos y oposiciones.
- El Colegio debe responder ante la sociedad guipuzcoana, ya sea a través de la atención de todas las solicitudes del mundo social; presencia en los medios de comunicación de modo preciso, eficiente y digno; o a través de las relaciones con otros colegios sanitarios (enfermería, farmacia, veterinaria, odontología).
- Pretendemos un Colegio para los colegiados: "Ad intra". Por lo que hay que repensar la formación médica y humanista, deontología y ética, la Academia Médico-Quirúrgica, la Fundación, la Universidad y docencia. Queremos realizar una gestión electrónica de la comunicación.
- Queremos un Colegio que no olvida a sus mayores y jubilados (Aula Médica Senior, colegiados honoríficos, distinciones, recetario...).
- Debe luchar contra el intrusismo y las prácticas médicas no acordes con las bases de la ciencia médica.
- Abogamos por la austeridad en el gasto y riguroso control de tesorería (estudio de la cuota).
- Pretendemos impulsar la vida social y las actividades que redunden en una mayor confraternización (actos sociales, musicales, teatro, etc.).
- Proponemos limitar a ocho años los cargos colegiales.
- Vamos a analizar los componentes del comité deontológico y otras representaciones del Colegio en distintos foros e instancias.
- Elkargokide guztiei abegi eta harrera eraginkorra eta egiazkoa eskaintzea. Elkargoaren egitekoak birpentsatzea, Europako medikuen elkargoen bidetik (Inglaterra, Alemania, Frantzia, Suedia...) profesio eta lanbide medikoa zaindu eta babestea.
- Elkargoa, instantzia judizialen aurrean (Fiskaltza, Magistratura) baliozko eta errespetuzko solaskide moduan: erabateko independentzia egitekoetan eta presidentearen autoritate moral. Elkargokidearen defentsa zuzena eta adeitsua, demanda zibil edo penal baten aurrean.
- Elkargoa, erakunde sanitarioekiko solaskide moduan (Osakidetza, INSS, aseguru pribatuak...) lan eta soldata duin bat lortzeko baldintzak eskatu eta aldarrikatzea.
- Elkargoa Gipuzkoako gizartearen aurrean. Gizartearen alor desberdinetatik datozen eskaera mediko guztiei kasu egin eta arreta ematea; komunikabideetan modu zehatz, eraginkor eta duinean presentzia edukitzea. Beste elkargo sanitario batzuekiko harremanak (Erizaintza, Farmazia, Albaitaritza, Odontologia).
- Elkargoa elkargokideentzat "ad intra": Prestakuntza medikoa eta humanista birpentsatzea, deontologia eta etika, Akademia Mediko Kirurgikoa, Fundazioam Unibertsitatea eta irakaskuntza. Komunikazioaren kudeaketa elektronikoa.
- Bere adineko kideak eta erretiroa hartutakoak ahazten ez dituen Elkargoa: Senior Ikasgela Medikoa, ohorezko kideak, sariak, errezategia...
- Intrusismoa eta gaur egungo zientzia medikoaren oinarriekin bat ez datozen praktika eta usadio medikoak ekiditea.
- Austeritatea gastuan eta altxortegiko kontrol zorrotza (kuota aztertu eta berrikustea).
- Bizitza soziala eta anaitasun edo adiskidetasun handiagoez ekar dezaketen jarduerak (ekitaldi sozialak, musikalak, antzerkia, eta abar.).
- Elkargoko karguetan arduraldia 8 urtera mugatzea.
- Batzorde deontologikoko kideak eta baita Elkargoak beste foro eta instantzia batzuetan dituen ordezkariak ere berrikustea.

## Tres nuevos cursos en septiembre

La Fundación del Colegio de Médicos ha organizado tres nuevos cursos que tendrán lugar el próximo mes de septiembre. El primero de ellos tendrá lugar el 13 de septiembre y correrá a cargo del psiquiatra experto en psicogeriatría Manuel Martín Carrasco. Durante cuatro horas explicará la Evaluación de la competencia en personas con trastorno neuropsiquiátrico. El 20 de septiembre, por su parte, se celebrará el curso Actualización de patología digestiva, también de cuatro horas de duración y que será

impartido, entre otros, por la doctora Inés Gil, del Hospital Universitario Donostia y el Dr. Joaquín Cubiella, especialista del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Entre otras cuestiones, se estudiarán el seguimiento de pólipos de colon y los protocolos para mejorar la calidad asistencial.

Finalmente, del 24 al 28 de septiembre tendrá lugar el curso Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad que a lo largo de diez horas, entre otras cuestiones, analizará los programas de control

y vigilancia ambiental y el control e higiene alimentaria; las vacunaciones y la quimioprofilaxis y las intervenciones de promoción de la salud en la comunidad tales como tabaquismo, actividad física y alimentación saludable. Entre los docentes de este curso sabe destacar a los doctores Jesús Ibarluzea, Mikel Azpiri, Rosa Sanco, Blas Borde, Rafael Rotaetxe, Ricardo San Vicente, Larratiz Arriola, Isabel Portillo, Miren Dorronsoro y Eulali Mariñelarena. Para inscribirse a estos cursos hay que llamar al Colegio o enviar un correo a [info@giseo.org](mailto:info@giseo.org).

AULA MÉDICA SENIOR

# «CURANDEROS DE REZOS Y TENACILLAS»

**a**nte el estancamiento de la Medicina Oficial, hace tres siglos, nació la Medicina Alternativa que, en un tiempo, sirvió de referencia y de mecanismo de cambio. Así, los últimos curanderos tradicionales (hace menos de cien años) se ocupaban de enfermedades graves como la ictericia obstructiva, la obstrucción intestinal o la tuberculosis. Según diversos estudios de las Universidades de Granada, Valencia y la Complutense de Madrid, en España en la actualidad existen en torno a 5.000 curanderos tradicionales residuales. Sobre estos curanderos tradicionales versó la conferencia «Curanderos de rezos y tenacillas» que el doctor Javier Álvarez Caperochipi ofreció, el pasado mes de abril, dentro del ciclo Aula Médica Senior organizada por la vocalía de médicos jubilados de este Colegio.

El doctor Javier Álvarez Caperochipi, Jefe del departamento de Cirugía del Hospital Universitario Donostia entre 1982 y 2007, cirujano en el Hospital de Navarra, en el Hospital Bichat de París y en el centro Ramón y Cajal de Madrid y que ha publicado cuatro libros de cuentos e historias relacionadas con la medicina, se centró en los curanderos tradicionales que ofrecían sus servicios entre los siglos XVI y XIX. De las especialidades ya extinguidas, el doctor Álvarez Caperochipi destaca a los Saludadores (del latín *saludator-oris*, dador de salud), curanderos-santones de gran predicamento, con un supuesto don divino en su saliva que neutralizaba el veneno de las mordeduras de animales, en especial la rabia, una enfermedad endémica en tiempos, para la que ni los médicos ni los boticarios tenían soluciones. Para algunos, estos saludadores, que también eran requeridos para combatir las plagas de los campos, eran seres superiores; para otros, como Quevedo, solo farsantes y embaucadores. Para aplacar las suspicacias de la Iglesia, los saludadores –que estuvieron muy en

boga hasta mucho después de que Pasteur descubriera la vacuna contra la rabia– utilizaban los rezos como complemento.

El doctor Álvarez Caperochipi explicó como en el siglo XII, época de la Medicina Eclesiástica, los barberos irrumpieron en la cirugía, de la mano de los monjes de los monasterios, donde entraban para cuidar la barba y el pelo de los clérigos y ayudarles en la pequeña cirugía. El Concilio de Letrán (celebrado en la basílica de San Juan de Letrán, en Roma, en 1123) prohibió a los

sacerdotes el ejercicio de la medicina, por lo que los barberos heredaron sus prácticas quirúrgicas, principalmente en curas de heridas, granos y sangrías. Bien es verdad que algunos se excedieron, operando hernias, cataratas e incluso trepanaciones. Con la aparición de cirujanos de escuelas universitarias, los barberos, a partir del siglo XVI, fueron limitando sus cometidos paulatinamente.

Los sacamuelas, por su parte, eran gente sin escrúpulos que iban de pueblo en pueblo sacando muelas sanas y enfermas. A través de Moliere conocemos vidas y milagros de numerosos protagonistas, como Tabarán, con sus trucos y engaños para sacar las muelas sin dolor; su competidor, el barón de Grattelard; Mondar, un charlatán vendedor de remedios contra un supuesto gusano productor de caries, que en realidad vendía frasquitos con orina para hacer enjuagues.

Los componedores, arregla-huesos, intentaban poner los huesos en su sitio tanto de hombres como de animales (ovejas, perros...) y representaban la máxima categoría dentro del mundo curanderil.

En su conferencia, el doctor Álvarez Caperochipi citó algunas figuras del país como el «Petriquillo» de Zerain (Francisco Tellería, 1774-1842) que trató la herida de bala que causó la muerte al general Zumalacárregui; «Arnobarte» de Elgoibar (Julián de Arrillaga, 1883-1947) que inventó la cama estrecha para inmovilizar las fracturas de extremidades inferiores; los Estanga de Betelu; y las curanderas de Ilarregui y Auza, abuela y nieta, que cubrieron más de medio siglo de la vida traumatológica de esos pueblos y de sus alrededores.

El próximo mes de noviembre, el doctor Álvarez Caperochipi ofrecerá una conferencia en el Colegio de Médicos de Huelva. ■

## Sendagile jubilatuen ekimena

Javier Álvarez Caperochipi Donostiako Ospitaleko kirurgia departamentuko burua izan den doktoreak Elkargoko mediku jubilatuek prestatutako hitzaldi sortan –Aula Médica Senior delakoan– parte hartu du XVI.etik eta XIX. mendera bitarteko petrikiloaren lana aztertuz.

Francisco Tellería, Zeraingo petrikilo ospetsua (1774-1842); Elgoibarko Arnobarte izenez eza-gunagoa zen Julian Arrillaga (1883-1947); Beteluko Estangatarrak; eta Ilarregi eta Auza, amona eta biloba, aipagai izan zituen, besteak beste, Álvarez Caperochipi doktoreak petrikiloen lanari errepasoa egite-rakoan.

Hilean behin (uztaila, abuztua, iraila eta abenduan izan ezik) hitzaldia antolatzen du Mediku jubilatuen bokalak. Kurtso berrirako hitzaldi sorta honi hasiera emateko, urriaren 25ean, Carmen Alonso Pimentel Elkargoan izango da medikuntzak artean izan duen presentziaz hitz egiteko. Azaroaren 22an, berriz, Jose Maria Urkia doktorea Semmelweis eta Céline medikuei buruz arituko da.



## INFORME DE LA COMISIÓN DEONTOLÓGICA

# ANALIZADOS LOS CASOS DE SUPUESTOS ROBOS DE NIÑOS AL NACER

**t**ras analizar el caso de las denuncias de supuestos robos de niños al nacer, la Comisión Deontológica de este Colegio considera que si los robos denunciados se prueban van a suponer un deterioro de imagen, de proporciones incalculables, para todo el colectivo médico y una profunda decepción.

La posible implicación de médicos, además de un hecho jurídicamente sancionable, es una conducta que vulnera gravemente la deontología médica porque es contraria al respeto a la vida y la dignidad humana. Así pues, los médicos, si son llamados a declarar como testigos o imputados o si tienen información que pueda ayudar a aclarar la verdad, deben colaborar con la Justicia. De hecho, el Código Deontológico (artículo 30.1) dice que el médico podrá revelar el secreto, en sus justos límites, si «con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o a un peligro colectivo».

Además, la Comisión Deontológica señala que saber la «verdad biológica» es un derecho de los afectados, por lo que el acceso a la historia clínica es legítimo pues alude a información de su propia intimidad; y considera que la historia clínica, en todos los casos, debe ser debidamente custodiada.

No obstante, el informe que la Comisión Deontológica ha presentado a la Junta de Gobierno dice que hay que «esperar a que finalicen todas las diligencias judiciales en curso y aceptar el resultado de las mismas».

Desde una posición estrictamente deontológica, el informe considera que, de acuerdo al artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, todos tenemos la obligación de denunciar cualquier hecho constitutivo de delito [«Los que

por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público están obligados a denunciarlo inmediatamente...»], por lo que el reproche penal alcanzaría a quienes, habiendo tenido conocimiento de la conducta antideontológica, no hicieron nada por impedirla.

Asimismo, tras analizar el actual Código Deontológico, esta Comisión cree que el robo de recién nacidos sería un atentado contra la dignidad de la persona, a la que se priva del principio de verdad biológica con respecto a sus verdaderos progenitores y se altera gravemente el estado natural de las cosas. El artículo 5 de dicho código dice que «La profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico».

El artículo 21.1, por su parte, dice que «El médico tiene el deber de prestar a todos los pacientes una atención médica de calidad humana y científica», siendo el robo un acto contrario al principio de humanidad y calidad asistencial, así como una contradicción en el ámbito de la atención científica que afecta tanto a la madre progenitora como al recién nacido sin justificación alguna.

---

*Algunos casos se hubieran aclarado satisfactoriamente si las historias clínicas o la información se hubieran facilitado a tiempo*

---

El informe de la Comisión Deontológica también repara en el artículo 27.2 del Código Deontológico actual que hace referencia a la historia clínica, ya que los familiares afectados y las asociaciones que los representan se han quejado públicamente de las dificultades para acceder a las historias clínicas.

La Comisión Deontológica cree que «de haber facilitado estas historias clínicas a su debido tiempo, o la información en ellas contenida mediante una explicación personalizada, algunos de los casos se hubieran esclarecido satisfactoriamente para todas las partes ahora en conflicto y no se hubieran judicializado». Asimismo, considera que esta cuestión sirve para «explicar la prudencia que deben mantener los médicos afectados en calidad de testigos o de imputados, ya que en ningún caso pueden defenderse públicamente facilitando información confidencial». Al parecer esto explica la falta de médicos en los medios de comunicación para mostrar el ejercicio profesional en aquellos años.

Igualmente considera que las historias clínicas confiadas a los centros sanitarios años atrás, que van a resultar clave en este tema, deberían estar debidamente localizadas. De hecho, el artículo 28.1 del Código Deontológico dice que «El director médico de un centro o servicio sanitario velará por el establecimiento de los controles necesarios para que no se vulnere la intimidad y la confidencialidad de los pacientes ni la documentación referida a ellos».

El informe también recuerda que el artículo 55.3 del Código Deontológico dice que «no es conforme a la ética médica negar, ocultar o manipular información para influir en la decisión de la madre sobre la continuidad de su embarazo». ■

## PRESENTADA LA MEMORIA DE LA FUNDACIÓN PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA OMC



Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la OMC, junto con otros representantes de la Organización Médica Colegial.

## LA OMC DESTINA MÁS DE 14 MILLONES DE EUROS A PROTECCIÓN SOCIAL

Un total de 14.184.787,52 euros es la cantidad que destinó a acciones de protección social la Fundación para la Protección Social de la OMC el año pasado. Más de la mitad del total, casi 7,5 millones de euros, se dedicaron a ayudas en educación y becas. Le siguieron en importancia, por el total económico destinado (más de cinco millones trescientos mil euros), las prestaciones asistenciales a médicos jubilados, viudos/as, discapacitados o huérfanos. Las ayudas para la conciliación de la vida personal, profesional y laboral superaron el millón de euros y más de 325.000 euros se destinaron a financiar el programa de atención integral al médico enfermo.

Las ayudas se distribuyen en las cuatro grandes categorías citadas: asistenciales; educacionales; para la conciliación de la vida personal, familiar y laboral; y para la protección, promoción y prevención de la salud del médico. Este año se han incluido algunas nuevas, como el Servicio de Atención Social, el apoyo a programas de atención temprana a niños entre cero y seis años, o ayudas a la dependencia como la atención a domicilio, los servicios de respiro o los ingresos de emergencia en residencia, entre otros.

*Se han incluido nuevas prestaciones como el Servicio de Atención Social, el apoyo a programas de atención temprana a niños entre cero y seis años y ayudas a la dependencia*

Según la Memoria de Actividades 2011 de la Fundación para la Protección Social de la OMC publicada recientemente, el pasado año se incorporaron casi un millar de nuevos beneficiarios, llegando a atender en 2011 a 3.593 personas.

El 65% de las ayudas ofrecidas fueron educacionales; seguidas de las asistenciales -un 26%-; las de conciliación -un 8% del total- y, finalmente, las de prevención de la salud del médico -un 1%-.

Tanto por su dotación económica como por el número de beneficiarios el bloque mayor es el de ayudas educacionales que el año pasado atendió a 2.338 personas de las que 1.675 eran huérfanos menores de 21 años. Precisamente las ayudas y becas para huérfanos menores de 21 años se han consolidado como la actividad más importante de la Fundación.

Como ya se ha indicado, el catálogo de prestaciones de la Fundación para la Protección Social de la OMC, este año 2012, ha incluido cinco nuevas ayudas. Así, los médicos colegiados podrán recibir hasta 500 euros mensuales para la atención temprana a niños entre cero y seis años. El resto de las ayudas incluidas son relativas a la conciliación de la vida laboral y personal. El catálogo actual recoge la Atención a domicilio que ofrece un incremento de hasta el 25% sobre las horas de atención a domicilio indicadas en el PIA; Servicio Respiro, que da, como máximo, 500 euros al mes en horas de ayudas a domicilio o ayuda para el ingreso temporal en residencia; y el ingreso de emergencia en residencia. En este último caso las ayudas varían en función del precio del ingreso. ■

## COOPERACIÓN AL DESARROLLO

# MÁS DE 267.000 EUROS PARA PROYECTOS DE COOPERACIÓN MÉDICO-SANITARIA

La OMC, a través de los colegios de médicos de España y el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (por medio de la Fundación Red de Colegios Médicos Solidarios), destinó el pasado año más de 267.000 euros a proyectos de cooperación médico-sanitaria. 211.029 euros fueron entregados directamente por los Colegios Médicos que destinan el 0,7% de su presupuesto a la cooperación al desarrollo. Los 56.500 euros restantes fueron aportados por el Consejo General de Colegios de Médicos.

Según recoge la memoria presentada por la Fundación Red de Colegios Médicos Solidarios, la mitad de los cole-

gios médicos españoles tienen líneas de trabajo en cooperación para el desarrollo y/o participan en programas de desarrollo. Algunos, como es el caso de los colegios de Córdoba, Málaga y Valencia, cuentan con su propia oficina de cooperación. Otros, como es el caso de los colegios de Barcelona, Lleida, Tarragona e Illes Balears, han desarrollado áreas y secciones colegiales dedicadas a la cooperación.

La Fundación Red de Colegios Médicos Solidarios se estableció en 2010 para dar respuesta a las necesidades detectadas en el ámbito de la cooperación médico-sanitaria para el desarrollo. Desde su nacimiento, ha

trabajado en el establecimiento de una plataforma de trabajo, consulta e intercambio de información para profesionales médicos y organizaciones e instituciones de desarrollo del ámbito de la salud, así como en el asesoramiento y apoyo al médico cooperante y voluntario que responda a las necesidades detectadas en el Registro Nacional de Médicos Cooperantes y Voluntarios.

Hasta el momento la OMC, de la mano de 40 organizaciones e instituciones especializadas, ha apoyado más de 50 proyectos de desarrollo en más de 20 países de Latinoamérica, Oriente Medio, Asia y África. ■

## UNIDAD DE VÉRTIGO Y ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO

**DR. FERMIN MATELLANES**  
OTORRINOLARINGOLOGÍA

AUX: N. ALKIZA  
AUX: G. GARMENDIA

- VIDEONISTAGMOGRAFIA COMPUTERIZADA
- POSTUROGRAFÍA DINÁMICA BRU (ESTIMULACIÓN REALIDAD VIRTUAL 3D)
- CRANEOCORPOGRAFÍA DE CLAUSSEN
- POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL
- OTOEMISIONES ACÚSTICAS

HOSPITAL QUIRON DONOSTIA  
Parque Alkolea, 7  
20012 SAN SEBASTIAN

**943 32 26 46**  
**691 77 54 58**

CENTRO CLÍNICO DONOSTI  
Urbietta, 39 -1º Izda.  
20008 SAN SEBASTIAN



# In Memoriam



## MARÍA ÁNGELES AÑORGA AZPIAZU

Conocimos a Marian estudiando Medicina en la UPV-EHU, en Bilbao. Se unió a nuestro grupo aportando su alegría y vitalidad. Terminó los estudios en Donostia, en el año 1993. Buena cosecha. Se especializó en Medicina de Trabajo, ejerciendo de médico de empresa, en un inicio, para continuar en el 112 (Sos-Deiak).

Además, se formó en kinesiología y homeopatía, lo que le llevó a tener una visión más amplia de la medicina y de la relación salud-enfermedad. Su recorrido vital le ayudó a entender la muerte como una continuidad de la vida.

Marian gogoratzeko hemen idazten dizuegu bere hiletan abestu zen bertsoa:

Ixilik zegon goizean, Marian,  
Andatza aldeko eperra.  
Ipar haizeak erraztu du gaur  
Kale Xaharreko bazterra.  
Mundu hontara jaio ezker  
gizakia da maizterra.  
Bihur daitezke irakaspen bai  
samina baita okerra,  
guri begira baldin badago  
zure izate ederra.

**Los compañeros de la facultad**



## JOSE ANTONIO ARTADI ECHEBARRIA

El doctor Artadi falleció en Eibar el pasado 5 de marzo, a los 88 años de edad. Nacido el 7 de julio de 1923 en la localidad guipuzcoana de Sorluze, José Antonio Artadi estudió Medicina en la facultad de Valladolid, donde se licenció en 1947. De allí se trasladó a la localidad alavesa de Laguardia para realizar la especialidad de corazón y pulmón en el Sanatorio antituberculoso de Leza (actual hospital). Tal y como recuerda su viuda, Arrate Bolumburu, en aquella época, en la que la tuberculosis estaba bastante generalizada, en el Sanatorio fundamentalmente trataban enfermedades de pulmón, aunque sin abandonar otras cuestiones como la colocación de marcapasos, siendo de los primeros en hacerlo.

Durante muchos años, el doctor Artadi compaginó su labor en el sanatorio de Leza –al que hasta entrada la década de 1970 acudía de viernes a domingo– con el trabajo en el ambulatorio de Eibar –desde su inauguración en 1957– y su consulta privada. También atendía en Vitoria en la clínica 18 de julio y asistía en el Preventorio Infantil de San Raimundo de Peñafort de Laguardia. “En aquella época todo era trabajar y trabajar”, explica su viuda.

El doctor Artadi mantuvo su actividad profesional hasta que se jubiló hace ya casi dos décadas, a los 70 años de edad. Su familia lo recuerda como un hombre bueno, siempre con una sonrisa en la boca.



## ENCARNACIÓN GARCÍA-SIPIDO MARTÍNEZ

Nuestra entrañable “Tita” nos ha dejado. Licenciada en Salamanca en 1974, se traslada a Santander para hacer las especialidades de medicina interna y neumología. Desde 1983 ha desarrollado su trabajo con gran dedicación en el Centro de Salud de Egia donde ha permanecido hasta el final.

Aparte de su familia, su gran pasión era la lectura, la música, el teatro, ... sin descuidar a sus amigos. Ha pertenecido al coro de Osakidetza “Kantakidetza” sin perderse un ensayo o actuación. Comprometida con los demás a través de la ONG “DOA”, ha dedicado sus vacaciones a trabajar en poblados deprimidos de Bolivia junto a su marido y otros amigos.

El vacío que sentimos todos los compañeros que has tenido en Egia y tus pacientes que tanto te querían, será muy difícil de llenar.

# altas y bajas

## altas

### Marzo 2012

Uceda Oteiza, Zósimo Adrián  
Díaz Macías, María  
Moreno Iñiguez, Luis Miguel  
Londero, Alejandro Marcelo  
Segui del Collado, Nidia Mirta

### Abril 2012

Pérez Moore, Roberto Francisco  
Tainta Cuerza, Mikel  
Senar Bergera, Miren Iosune  
Alberro Tranche, Ana  
Aguerre Gogorza, María Justina  
Etxeberria Altuna, Naiara  
Arriola Oyangure, Estibaliz  
Echegaray Ibáñez, Kattalin  
López Cuesta, Sheila  
Elizondo Rúa, Amaia  
Eceizabarrena Matxinandiarrena, Idoia  
Zubeldia Iturralde, Aintzane  
Aguirresarobe Gil de San Vicente, Garazi  
Echeverria Hernando, Nerea  
Etxeberria del Campo, Ane  
Martí Gelonch, Laura  
Bergés Mulet, Magdalena  
Veiga Gil, Leonor  
Jiménez de Muñana Romano, Ramón Isidro  
González Borrego, José Ramón  
Roy Pablo, Rosa María

### Mayo 2012

Abou-Ghalioum Aramberri, Itoiz  
Sanchez Pombar, Idoia  
Cillero Etxebeste, Ioana  
Arias Revuelta, Idoia  
Amatriain Arrozpide, Maddi  
Carballo Rodríguez, Laura  
Zubimendi Redondo, Oihana  
Uranga Aguirregomezorta, Alasne  
Barrero Iñiguez, Maialen  
Segues Merino, Nerea Miren  
Button Gorrochategui, Miren Amaya  
Inchausti Iguñiz, Elena  
Labaca Azcune, Irune  
Uriarte Ecenarro, Miren  
Etxeberria Uranga, Onintza  
Otegui Irastorza, Nora  
Alda Gastiain, Oiane

López del Camps, Carlos  
Rengifo Martínez, Ana Lucia  
Garmendia Lopetegui, Eñaut  
Amas Gómez, Leyre  
Aranburu Landa, Irati  
Casanova Navarro, Yanire  
Rubio Benito del Valle, Leire  
Castaño Becerril, Rebeca  
García González, Verónica  
Céspedes Manterola, Juan  
Albisu Sánchez Garazi  
De Frutos Lezaun, Marta Egiarte  
Salas Morales, Daniela Beatriz  
Albors Iruretagoyena, Aitor  
Gózalo Echevarria, Javier  
Mojica López, Catalina  
Rodríguez Ramos, Ana  
Cuevas Palomares, Laida  
Navarro Puyuelo, Paula  
Michan Méndez, Marta  
Zumalde Auzmendi, Amaia  
Olazabal Herrero, Mirene  
Gutierrez Tamara, María Paula  
Rosell Tola, Sebastián  
Usabiaga Usandizaga, Marta  
Peña Otárola, Ricardo  
Osorio Gallardo, Frine Berenice  
Corral Andrés, Marta  
Restrepo Acosta, Adriana  
Uribarri Bilbao, Iker Aratz  
Coll Triquell, Anna  
Robaina Escobar, Rogelio Antonio  
Ramos Minda, Rosa Violeta  
Bocangel Flores, Yennifer  
Peralta Durango, José María  
Teyrouz, Antoine Emile Jean  
Zurutuza Ibarguren, Ane  
Zuaitz Iztueta, Eider  
Vicente Mentrída, Marta  
Hijona Muruamendaraz, Lander  
Rajado Olalde, Itsaso  
Olaizola Iregui, Izaskun  
Zabalza Unzué, Jokin  
Mendieta Axpe, Leyre  
De Miguel García, Roberto  
Rodríguez Campos, María Rosario  
Collazos García, Rocío  
Aldasoro Cáceres, Vicente  
Gómez Carrillo, Víctor  
Fernández Calderón, María

## bajas

### Marzo 2012

Sada Calderón, M<sup>a</sup> José  
Locci, Massimo

### Abril 2012

Fernández Soto, María Luisa  
Riedemann Wistuba, Mariel Stefania  
Bascaran Aldazabal, Gerardo

### Mayo 2012

Pollan Montoya, Daniel  
Montesinos Encalada, Mario Ernesto  
De la Gandara Frieyro, M<sup>a</sup> Lourdes  
Mckinnon García, Yesenia  
Bandres Irazabalbeitia, Francisco  
Chincea, Ion  
Bouza García, Maura Iliana

## fallecidos

Artadi Echebarria, José Antonio  
García-Sipido Martínez, Encarnación  
Martínez González de Langarica, Pascual

JAVIER OLASCOAGA, DAVID OTAEGI Y MATÍAS SÁENZ

# NEURÓLOGOS E INVESTIGADORES CONTRA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE



© Juantxo Egaña

La Unidad de Esclerosis Múltiple del Hospital Universitario Donostia, que forma parte del servicio de neurología del hospital y del Instituto de Neurociencias de BIODONOSTIA, lleva cuatro años dedicada al tratamiento, diagnóstico e investigación de dicha enfermedad.

Dirigida por el doctor Javier Olascoaga, su coordinador y responsable de Investigación Clínica, la Unidad de Esclerosis Múltiple destaca por interactuar con los enfermos. Buena prueba de ello es el concierto Música Múltiple que, organizado por la Unidad, se llevó a cabo el pasado 25 de mayo a beneficio de la Asociación de Esclerosis Múltiple de Gipuzkoa, ADEMGI.

Responden a nuestras preguntas el coordinador de la Unidad, el doctor Olascoaga, el doctor David Otaegi, responsable de investigación molecular, y

Matías Sáenz, inmunólogo e investigador.

## Brevemente, ¿Cómo definiríamos la esclerosis múltiple?

**Javier Olascoaga:** Es una enfermedad autoinmune del sistema nervioso central de la que desconocemos su causa. Las células que habitualmente sirven para defendernos de organismos externos atacan a proteínas dentro de la mielina y la destruyen o alteran, lo cual produce una clínica múltiple: afectación de la marcha, de la vista, de la fuerza, de la sensibilidad, de los esfínteres, puede haber problemas depresivos, e incluso cognitivos ya que afecta tanto a la sustancia blanca del cerebro, o sistema nervioso central, como a la sustancia gris.

## Se dice que los problemas ambientales influyen, ¿en qué medida y qué factores ambientales?

**J. O.:** Como ya he comentado la causa de la enfermedad es desconocida, pero, efectivamente, creemos que influyen factores genéticos y ambientales. En este momento se piensa que están involucrados algunos agentes infecciosos, fundamentalmente algún virus, y en concreto el virus de Epstein-Barr que produce la mononucleosis infecciosa en pacientes jóvenes. Este virus junto a factores genéticos, que quizá son más importantes que el Epstein-Barr, es el que tiene un ratio mayor en la influencia de factores ambientales.

Otro factor al que se le está dando mucha importancia es el problema de la vitamina D. No sabemos si la vitamina D es causa o consecuencia de la enfermedad, pero en muchos pacientes con esclerosis múltiple se han encontrado niveles bajos de vitamina D y parece que eso puede influir, aunque se han hecho estudios dando vitamina D a



pacientes con la enfermedad y no se han obtenido, por ejemplo, beneficios claros. Y tampoco sabemos si dando vitamina D en una edad determinada o previamente a tener la enfermedad podríamos hacer profilaxis para evitar la enfermedad.

Hay también otro elemento muy importante al que cada vez se le da mayor importancia que es el papel que la dieta pueda tener, aunque no hay estudios ni ensayos que garanticen o cualifiquen ese papel de la dieta. Si bien hay controversias al respecto, sí podemos decir que el tabaco empeora la evolución de la enfermedad.

**David Otaegi:** Desde el laboratorio intentamos dar respuesta a dos preguntas: ¿Por qué los enfermos tienen esclerosis múltiple? y ¿Cómo funciona la enfermedad y cómo responde el paciente ante los fármacos? Para responder a la primera estudiamos el ADN; para dar respuesta a la segunda nos fijamos en cómo se expresan los genes en sangre.

En estos momentos estamos realizando un estudio de biomarcadores en sangre, tanto expresión de genes como microvesículas -el proyecto que desarrolla Matías Sáenz- para entender cómo responde el paciente a la enfermedad. En este caso, a diferencia de otras enfermedades donde una mutación produce la enfermedad, tenemos una combinación de polimorfismos en diferentes genes que hace que las personas tengan más o menos susceptibilidad a padecer la esclerosis múltiple. Eso es lo que intentamos estudiar fijándonos en una población genéticamente más homogénea como las personas que tienen más de ocho apellidos vascos.

### **¿Cuántas personas hay afectadas en Gipuzkoa?**

**J. O.:** En estos momentos hay entre 650 y 700 personas. Algunas de ellas, alrededor de un 3%, puede ser que no estén totalmente diagnosticadas.

### **¿Cómo se diagnostica la enfermedad, máxime siendo los síntomas tan variados?**

**J. O.:** Siempre decimos que ante una persona joven con clínica neurológica hay que pensar en la posibilidad de que



© Juantxo Egaña

---

*El estudio de las bandas oligoclonales ofrece un dato básico para poder distinguir entre un diagnóstico dudoso y uno más certero*

---



---

*En 2013 habrá nuevos fármacos orales en el mercado y es posible que este año se pueda utilizar alguno mediante uso compasivo*

---

pueda padecer una esclerosis múltiple. El diagnóstico, obviamente, se hace con la clínica. Como ya he señalado anteriormente: los problemas visuales, dificultades en la marcha, equilibrio, fuerza, sensibilidad, problemas vesicales, o en el área sexual, problemas cognitivos, fatiga, etc.; y con pruebas complementarias como la resonancia magnética, importantísima hoy en día, y el estudio del líquido cefalorraquídeo. A este respecto, los inmunólogos Álvaro Prada y Matías Sáenz han instaurado una técnica puesta en marcha en el hospital Ramón y Cajal de Madrid y que se está implantando a nivel internacional y en algunos hospitales de España.

**Matías Sáenz:** Así es, guiados por May Villar (una inmunóloga especialista en esclerosis múltiple que fue quien puso en marcha esta técnica en España), Ál-



© Juntxo Egaña

varo Prada puso a punto esta técnica en esta Unidad. Se trata de uno de los pilares para el diagnóstico definitivo de la esclerosis múltiple. Si el primero es la resonancia magnética, el segundo pilar para diagnosticar la enfermedad es el estudio de las bandas oligoclonales que ofrece un dato fundamental para poder discernir entre un diagnóstico dudoso y uno más certero.

El estudio consiste en comparar el patrón de inmunoglobulinas IgG e IgM en plasma y en líquido cefalorraquídeo indicándonos una posible inflamación en el sistema nervioso central. Las bandas IgM tienen además un valor pronóstico. Asimismo, estamos estudiando la evolución de la enfermedad a través de las micropartículas que, para entendernos, son las señales que se envían entre célula y célula. Queremos ver el valor que tienen dentro de la esclerosis múltiple y si estas micropartículas también se relacionan con las bandas oligoclonales. Se trataría, por lo tanto, de ver si los pacientes que tienen bandas oligoclonales IgM positivas -que son las que nos hacen pensar que pueden evolucionar de una manera más complicada- tienen también en sus micro-

partículas algún patrón que pueda predecir la evolución.

**D. O.:** Al final la idea de todos estos proyectos es que cuanto más sepamos sobre cómo funciona la enfermedad mejor podremos diseñar fármacos más dirigidos al problema. Y es que si se puede predecir la evolución del paciente mejor se podrá ajustar la dosis terapéutica así como el modo de tratarlo.

### ¿Por qué la esclerosis múltiple es una enfermedad que afecta más a mujeres?

**D. O.:** En principio se pensó en un factor genético que no ha salido por ningún lado. También es cierto que hay un estudio que dice que hace un tiempo, en 1900, no era así; por lo que hay que pensar que durante este siglo ha pasado algo que ha hecho que las mujeres debuten más con esclerosis múltiple. Se piensa en varios factores ambientales desencadenantes: la incorporación de la mujer al trabajo, el tabaco, las terapias hormonales... Hay muchos factores que se están estudiando para intentar dilucidar qué es lo que está pasando.

**M. S.:** Y algo más básico que es que, en general, las enfermedades autoinmunes son mucho más frecuente en mujeres y no se sabe por qué.

**J. O.:** Se piensa que hoy en día la esclerosis múltiple se da en una proporción de 3 mujeres por cada hombre. El problema es como te comentaba David, ¿por qué ahora más en mujeres? Los factores hormonales, más o menos, siempre han estado ahí. Algunos por lo menos, pero ahora por los anticonceptivos orales, los parches transdérmicos, o cómo quieras, toman más hormonas, y luego hay otros factores ambientales: el tipo de vida, la polución, la higiene... Se habla de muchas cosas.

### ¿Están preparados los médicos de AP para detectar la enfermedad?

**J. O.:** A veces nos encontramos con casos de posibles episodios sugerentes de un inicio de esclerosis múltiple que pasan inadvertidos, pero eso nos puede ocurrir incluso a los neurólogos. Los síntomas a veces no son típicos y no se hacen las necesarias pruebas complementarias; algo hasta cierto punto normal. Lo importante es que los profesionales estén, estemos, sensibiliza-



dos y ante la más mínima sospecha se piense en esta posibilidad y nos envíen los pacientes.

### ¿Está cercana su cura?

**J. O.:** Hablar de curación hoy en día no tiene sentido y menos en una enfermedad cuya causa se desconoce. Sí es cierto que cuanto mejor y más conozcamos su diagnóstico, pronóstico, etiopatogenia... mejor podremos llegar a lo que intentamos todos: procurar tratamientos que influyan en dianas que previamente se hayan investigado y sepamos que influyendo en esas dianas podremos avanzar y mejorar la enfermedad y, en algún momento, curarla. Es evidente que se trata de una enfermedad en la que se investiga muchísimo. Nuestra unidad, dentro de lo que son las grandes unidades, es una unidad modesta, pero es un puntazo que en Donostia exista algo así.

Además, hay fármacos nuevos: acaba de salir el Fingolimod, un fármaco oral que tiene sus virtudes y sus inconvenientes, como todos los fármacos, pero es un avance importante, como en su momento lo fue el Natalizumab, tam-

bién con sus grandes virtudes e inconvenientes. A partir de 2013 van a salir nuevos fármacos orales al mercado y muy posiblemente en septiembre u octubre de este año podamos utilizar alguno de estos mediante uso compasivo.

**D. O.:** Todos estos fármacos salen y una posible curación llegará, como decía Javier, por el conocimiento de la enfermedad y por los estudios y para eso es muy importante que los pacientes donen sangre, colaboren con el clínico, eventualmente y en algún momento vean en qué pueden ayudar, incluso al final, donen el cerebro.... Si no tenemos en qué estudiar nunca podremos aprender. Si no se puede aprender no se podrán hacer nuevos fármacos, ni se podrá diseñar una cura...

### ¿Corremos el riesgo de que la crisis económica incida en la investigación?

**D. O.:** Sí, el riesgo existe, y de hecho la crisis ya nos está apretando. Los recortes en el plan de sanidad y de investigación del ministerio han devuelto la investigación a niveles de 2007. Es

cierto que en Biodonostia, gracias a la infraestructura diseñada para aguantar, estamos pudiendo aguantar, pero si esto sigue así no sabemos cuánta gente habrá en la unidad de aquí a dos años. Está claro que menos que los nueve o diez que estamos en la actualidad.

### Antes de acabar, ¿algún último apunte?

**J. O.:** Necesitaríamos más espacio físico del que tenemos. Ese es uno de los problemas que tenemos. También es muy importante que se reorganice enfermería para adecuar funciones de enfermería a las consultas o a las unidades especializadas dentro del servicio y no quiero dejar de citar a los doctores Martí Massó y López de Munain, pues no podemos hablar de esta unidad sin nombrar a quienes han confiado en nosotros.

**D. O.:** A mi sí me gustaría subrayar que los pacientes sepan que el contacto entre los neurólogos y los investigadores es continuo y, aunque somos un centro modesto, estamos en la red española de esclerosis múltiple. ■



© Juanxo Egaña





Iñaki Plaza y su grupo en un momento de la actuación celebrada en la Casa de Cultura de Intxaurrondo.

© Lucía Sepúlveda

## FESTIVAL MÚSICA MÚLTIPLE 2012: «LA DOSIS DE ARMONÍA QUE NECESITAS»

Con el objetivo de ayudar económicamente a la Asociación de Esclerosis Múltiple de Gipuzkoa, el pasado 25 de mayo se celebró en Donostia el Festival Música Múltiple 2012: «La dosis de armonía que necesitas» que estuvo organizado por ADEMGI y la Unidad de Esclerosis Múltiple del Hospital Universitario Donostia.

Además de las actuaciones musicales del conjunto de cuerda catalán Txaç; el grupo vasco Iñaki Plaza & grupo; y El Inigualable Grupo Combo de la Escuela Municipal de Música y Danza de San Sebastián, a lo largo de la velada, celebrada en la Casa de Cultura de Intxaurrondo, se pudo disfrutar con las actuaciones cómicas de la compañía A-Tuti-Ple. Que el concierto coincidiera con la final de la Copa entre el Athletic de Bilbao y el Barcelona restó público al evento.

Como colofón, casi una veintena de personas interpretó sobre el escenario la canción «Batera bustiko gera» que, con letra de Haritz Irizar y música de Iñaki Plaza, se ha compuesto para la ocasión.

Todos los músicos y actores, así como los técnicos de sonido, los técnicos de la Casa de Cultura de Intxaurrondo y otro sinfín de profesionales participaron de manera totalmente desinteresada, ya que la iniciativa tenía como fin recaudar fondos para la asociación ADEMGI que, debido a la crisis, se enfrenta a ciertas dificultades para poder seguir ofreciendo a las personas afectadas de esclerosis múltiple de Gipuzkoa determinados servicios.

Tal y como han reconocido la propia asociación ADEMGI y los jefes clínico y de investigación de la Uni-

dad de Esclerosis Múltiple del Hospital Universitario Donostia, uno de los principales impulsores de este festival ha sido Matías Sáenz, inmunólogo miembro de la Unidad de Esclerosis Múltiple de Biodonostia. «El mérito fundamental de que este concierto se haga es de Matías, quien ha coordinado el concierto y ha conseguido que la gente trabaje desinteresadamente. Considero que tanto ADEMGI como la Unidad de Esclerosis Múltiple del Hospital Donostia se lo tenemos que agradecer», declaró el doctor Olascoaga jefe clínico de dicha Unidad.

El sitio web dedicado a esta iniciativa ha recibido, al cierre de esta revista, en torno a 2.000 visitas y otras 700 los videos de la canción «Batera bustiko gera» así como los videos editados sobre el concierto subidos a YouTube. ■

Con este artículo firmado por Francisco Herrera, catedrático de EU de Historia de la Enfermería en la Universidad de Cádiz, damos comienzo a esta sección denominada **La firma invitada**.

Francisco Herrera Rodríguez (Cádiz, 1957) es doctor en medicina por la Universidad de Cádiz y diplomado en Historia de las Ciencias y de las Técnicas por la de Zaragoza. Catedrático de EU de **Historia de la Enfermería**, explica también la asignatura de Fundamentos e Historia de la Fisioterapia en la Universidad de Cádiz.

Entre sus publicaciones cabe destacar, entre otras, *«La investigación científica en la Facultad de Medicina de Cádiz a través de las tesis doctorales producidas en la misma en el siglo XIX»*; *«Crisis y medidas sanitarias en Cádiz (1898-1945)»*; *«Gavilla de médicos gaditanos»*; *«El Excmo. Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Cádiz en el siglo XX»*; y *«Las enfermedades de Sísifo»*.

A través de este texto nos acerca la figura del poeta inglés John Keats, nacido en 1795 en Londres y fallecido, como consecuencia de la tuberculosis, en 1821 en Roma.

# John Keats, ¿cuyo nombre fue escrito en el agua?

A un Cronopio llamado Julio Cortázar.

«Cuando siento el temor de dejar de existir»  
John Keats.

FRANCISCO HERRERA RODRÍGUEZ

No cabe duda de que este asunto de la tuberculosis en la literatura ha sido tratado con eficacia por ensayistas, biógrafos y clínicos, incluidos Julio Cortázar y William Osler; teniendo en cuenta esto, y a pesar de ello, nos atreveremos a pergeñar algunas páginas sobre el particular, aunque pocas luces vamos a encender siendo tan abundante la bibliografía keatsiana; trataremos, a pesar de todo, de fijar unos breves apuntes sobre la tisis padecida por el gran poeta inglés; ese hombre de efímera vida, de orígenes humildes, que tuvo dificultades económicas y que amaba la verdad y la belleza con la pasión romántica de un clásico; en pocas ocasiones una lírica, una voz poética, ha conseguido emocionar como la de Keats, pocas veces un joven poeta ha cuajado una obra imperecedera y de gran influencia en las generaciones posteriores. Nunca sabremos qué caminos habría explorado con sus versos si la plaga blanca no se hubiera cruzado en su camino, pero tampoco se trata de que en estas páginas nos dediquemos a este tipo de especulaciones, nuestra intención es otra.

Se suele decir que la tuberculosis no alcanzó su auge en Europa hasta finales del siglo XVIII, con la inmigración masiva del campo a la ciudad; o sea que la aparición de la sociedad industrial contribuyó al hacinamiento y a las malas condiciones de vida, circunstancias favorecedoras para el desarrollo

de la enfermedad, convirtiéndose en la causa de muerte más importante entre los adultos jóvenes. Susan Sontag ha señalado a la tuberculosis como una enfermedad que en el siglo XIX conllevó *«el peso agobiador de la metáfora»*. Efectivamente, en lo que se refiere al romanticismo se afirma que *«el simbolismo de la tuberculosis alcanzó su máximo grado de elaboración»*; encontrándonos entre otras sugerencias que esta enfermedad espiritualiza o embellece al enfermo, o que le hace tener una sensibilidad superior o aumenta su capacidad creativa. Es sabido que algunas personas procuraban no dormir o se sometían a dietas de vinagre y agua, y todo ello para tener un semblante pálido y desmejorado. Todo esto es cierto, pero también es verdad que para muchas personas de la época nombrar la palabra tuberculosis era algo pavoroso, tanto que la citada ensayista norteamericana destaca que en *«Armance»*, la conocida obra que Stendhal publicó en 1827, *«la madre del héroe evita decir 'tuberculosis', no vaya a ser que con sólo pronunciar la palabra acelere el curso de la enfermedad de su hijo»*. Este ejemplo, creo que pone el punto de mira en la dirección adecuada, ya que el denominador común de esta enfermedad es el dolor, el miedo, la incertidumbre, la búsqueda desesperada de un remedio curador e incluso en muchas ocasiones el estigma del rechazo social. El ejemplo de John Keats nos permite comprender lo devastadora y letal que fue la tuberculosis, algunos autores hablan de su crudeza específicamente entre los años 1780 y 1830, a medida que se fueron acrecentando las concentraciones urbanas. Una enfermedad, pues, que generó preocupación social, pero que



John Keats, retrato de William Hilton.

Wikipedia

sobre todo cambiaba la vida de la persona que la padecía y también la de su círculo más cercano. Algunas de estas cuestiones se pueden apreciar en la biografía de John Keats, y no sólo esto sino que muy particularmente nos permite aproximarnos a las ideas clínicas y a las terapias utilizadas contra la tuberculosis en esa época, y más concretamente las que padeció el gran poeta.

La vida de John Keats (1795-1821) se esfumó en un suspiro, se diluyó como una nube en el agua; un cuarto de siglo habitó en la tierra y dejó un legado imperecedero en forma de odas y sonetos, al margen de sus estudios relacionados con la medicina en el Guy's Hospital de Londres, profesión que abandonó al parecer por «*escrúpulos morales*». Lo perdieron la cirugía y la farmacia, pero lo ganó la poesía. Parece que a Keats hay que susurrarle aquello que él le dijo a un ruiseñor: «*¡Oh, Pájaro inmortal, no es para ti la muerte!*»; pero nuestro poeta estaba quizás «*un poco enamorado de la Muerte apacible*». La muerte, apacible o no, le esperaba pacientemente desde su nacimiento en una familia en que la tuberculosis tuvo asiento y morada, cebándose primero con la madre y con los hermanos. A su amada Fanny Brawne le llega a escribir: «*Dos voluptuosidades tengo que meditar en mis caminatas: tu belleza y la hora de mi muerte*». La muerte, siempre la muerte. Sorprende que un hombre tan joven construyera un universo poético tan limpio y tan puro donde los versos corren caudalosos y henchidos de pasión, pero también con la serenidad de lo clásico.

En la primavera de 1818 publicó su «*Endymión*», obra que no recibió buenas críticas, y en el verano se presentó inexorable la *peste blanca* en su vida; aciago año y aciaga enfermedad que se llevó por delante a uno de sus hermanos. La suerte

## El ejemplo de John Keats permite comprender lo devastadora y letal que fue la tuberculosis a medida que se fueron acrecentando las concentraciones urbanas

está echada y los pulmones del poeta seriamente afectados; los pulmones *tocados* y el corazón partido entre dos mujeres: Isabella Jones y Fanny Brawne. En algún momento Keats pensó que su enfermedad se debía a su intenso amor por Fanny, no era extraño en esta época achacar la enfermedad a una gran pasión; aunque no sabemos si alguna vez se le pasó por la mente la posibilidad de haberla contraído cuidando a su hermano Tom.

Cuando leemos su poema «Al ver los 'mármoles de Elgin'», tenemos la sensación de que el poeta presiente que le queda muy poco tiempo de vida:

*«Mi ánimo está muy débil: sí, la mortalidad  
me abruma con su peso, como un sueño no deseado  
y cada pináculo y abismo que imagino  
de dificultad divina, me dice que debo morir  
como un águila enferma que mira al cielo».*

Como un águila enferma que mira al cielo, qué gran imagen literaria para expresar el sentimiento de agonía: un ave poderosa que pierde su vuelo, su fuerza y su poder; que pierde su patria, el cielo, y exiliada de su ámbito pierde la vida. La enfermedad va ganando la partida, queda ya poco tiempo, pero no ha podido impedir que Keats escriba su monumental oda «Al otoño»: «*¿En dónde están los cantos de primavera? ¡Ay! ¿Dónde?*». No hay añoranza finalmente porque también el otoño tiene su propia música, con un poema así se queda para siempre en la historia de la literatura y en la mente de los hombres sensibles. Oh, pájaro inmortal. Hay quien dice que este poema es uno de los más insignes de la poesía inglesa de todos los tiempos, y que con él quizás Keats marcaba el comienzo de una nueva etapa en su obra. No pudo ser, las hemoptisis y las sangrías lo dejaron exangüe y sin fuerza para la vida y para el arte. Es lo que Julio Cortázar denomina «*la vida póstuma*» del poeta, en la que imperó la severa dieta y la pertinaz sangría. En agosto de 1820 John Keats sabe que está condenado; según el escritor argentino «*irse a Italia entrañaba apenas el cumplimiento espacial de una distancia ahora insalvable entre Fanny y él, que la cercanía cariñosa convertía en pesadilla diurna*». Cortázar se apoya en Jean Paul Sartre para explicar el problema de la barrera que se alza entre los que van a morir y los que se quedan. Quizás no iba descaminado el *cronopio argentino* al hacer esta interpretación del viaje a Italia. Efectivamente, muy avanzado el año 1820, Keats se encaminó hacia su última morada, Roma; estaba ansioso por embarcarse, «*ya que el aire del mar me será muy beneficioso*», pero el viaje estuvo plagado de dificultades, y entre las carencias más importantes hay que anotar la mala alimentación.



*En algún sitio habría oído Keats que algunos médicos creían en los favores del aire marino, pero sus esperanzas de sanar no se vieron colmadas*

En algún sitio habría escuchado Keats que existían médicos, entre los que se encontraba el francés Laënnec, que creían en la climatoterapia y muy especialmente en los beneficios del aire marino; pero las esperanzas del poeta de tener mejoría no se vieron colmadas, por no hablar del mal trago que debió suponer para su maltrecho cuerpo la cuarentena de diez días que tuvo que cumplir el barco al llegar a puerto.

Cortázar realiza una esmerada disección de estos últimos meses y rescata un párrafo de una carta de Keats que data de octubre de 1820: «Cualquier hombre capaz de remar en su barca, y caminar y hablar, me parece un ser tan distinto de mí. No me siento de este mundo». Le quedan apenas cuatro meses de vida. La Piazza di Spagna de Roma y su amigo y cuidador hasta el final, Joseph Severn, serán testigos de sus últimos días. La amadísima Roma muy cerca, pero a la vez muy lejos; Fanny Brawne sufriendo en Inglaterra.

Los últimos años de su vida fueron muy duros para el gran poeta inglés, sus pulmones eran pasto de las lesiones cavernosas y las hemoptisis sobrecogían su ánimo y mermaban sus fuerzas; mientras, por aquellos años, algunos médicos como Gaspar Laurent Bayle o Théophile René Laënnec estudiaban *anatomoclínicamente* las lesiones pulmonares de los tuberculosos. No se olvide que Bayle también murió de tuberculosis unos años después de haber publicado su libro «*Recherches sur la phtisie pulmonaire*» y que Laënnec publicó la primera edición de su «*Traité de l'auscultation mediate*» en 1819, que tendría otra edición en 1826. Este gran médico francés era «*unicista*» ya que consideraba que todos los tipos de tubérculos que describió, y las neumonías tuberculosas, eran consecuencia del mismo agente causal; aunque no creía en la contagiosidad de la enfermedad, que irónica y despiadadamente también acabó con su vida a los 46 años de edad. De todas maneras, de poco le servía a John Keats que médicos como Laënnec arriesgaran su vida y afirmaran que todas las lesiones de la tuberculosis «...*sont univoques et originales dans leur essence*». A Keats estos hallazgos anatomoclínicos no le solucionaban la fiebre, la tos, la debilidad o las hemorragias. Su principal preocupación, sin lugar a dudas, sería encontrar un médico cercano que le pusiera un tratamiento acertado y efectivo que lo curara y lo devolviera al mundo para poder seguir escribiendo y amando a Fanny Brawne, pero eso era muy difícil en la época que estudiamos.

Efectivamente, era algo imposible en esta época aplicar un tratamiento que curase al feble, febril y pálido tuberculoso. En este sentido debemos recordar que Laënnec era partidario de la climatoterapia marina y lo argumentaba así:

*Los últimos años de su vida fueron muy duros, sus pulmones eran pasto de las lesiones cavernosas y las hemoptisis sobrecogían su ánimo y mermaban sus fuerzas*

«Estoy convencido de que en el estado actual de la ciencia no tenemos todavía mejores medios para oponer a la tisis que la navegación y el habitar en las orillas del mar en un clima dulce (...). He ensayado, el pasado invierno, el establecer en una pequeña sala del Hospicio Clínico una atmósfera marina artificial mediante el fuco u oba frescos (*fucus verrucosus*). Doce tísicos fueron sometidos a este tratamiento durante cuatro meses; en todos ha permanecido estacionaria la enfermedad y en algunos el adelgazamiento y la fiebre héctica han disminuido también sensiblemente (...). Habiéndonos faltado el fuco en primavera, por razón de las dificultades para su transporte, la enfermedad ha tomado desde este momento una marcha rápida en los tres enfermos que permanecían en el hospital y los ha conducido prontamente al término fatal».

Sin embargo a John Keats poca o ninguna mejoría le reportó el viaje a Italia en barco, entre otras cosas porque las circunstancias del mismo, como ya hemos indicado, fueron muy complicadas. Previamente a este viaje, en febrero de 1820, tuvo una hemoptisis que él consideró como su «*sentencia de muerte*»; un médico acudió y le propinó una sangría, luego otro médico llamado Robert Bree le recetó dosis elevada de digital y una dieta sin carne, con el convencimiento de que nuestro poeta no tenía afectación pulmonar. En octubre del referido año Keats escribe en una carta: «*El doctor Clark me atiende muy bien; dice que no hay gran cosa en los pulmones, pero asegura que el estómago está muy mal*». La fiebre, la tos y las hemorragias no fueron suficientes para centrar correctamente el diagnóstico. Una vez instalado en la bella casa de la Plaza de España de Roma siguieron las hemoptisis y el referido médico pensaba que el problema residía en el estómago y basó el tratamiento en una dieta muy severa y más sangrías después de cada hemoptisis. Con casi toda seguridad el doctor Clark era un firme partidario de la doctrina «*irritativa*» del célebre François J.V. Broussais, que pensaba que el origen de la mayor parte de las enfermedades radicaba en la gastroenteritis y basaba el tratamiento de la tuberculosis en los dos elementos citados, todo ello a pesar de que Laënnec condenaba esta práctica al considerar que la sangría no prevenía la formación de tubérculos ni tampoco los curaba cuando aparecían.

La corta vida de John Keats terminó en el número 26 de la Plaza de España de Roma, con los pulmones destrozados según se confirmó por la autopsia que se le realizó. Aquí lo dejamos, pero no sin invitar al paciente lector de estas páginas a que se sumerja en sus versos, poblados de amor y naturaleza, pero también llenos de dolor y de imágenes sobre la enfermedad y la muerte. «*Aquí descansa Uno cuyo nombre fue escrito en el agua*»; sin embargo su nombre y sus versos están hoy más vivos que nunca. ■

## bibliografía

- ALCAIDE, J. y ALTET, MN.: *Generalidades. Impacto social de la tuberculosis en la historia de la Humanidad*. Medicina Integral: (1994), 10, pp. 423-426.
- BÁGUENA, MJ: *La tuberculosis y su historia*. Fundación Uriach. Barcelona, 1992.
- CALZADA, JM.: *John Keats, un gran poeta tuberculoso*. Leguas: (1984), 110, pp. 3-18.
- DORMANDY, T.: *La hora de la verdad. Cuatro creadores de la medicina moderna*. Mayo ediciones. Barcelona, 2004.
- CORTÁZAR, J.: *Imagen de John Keats*. Editorial Alfaguara. Madrid, 1996.
- CORTÁZAR, J.: *La batalla de amor de John Keats*. Babelia (El País), 17-II-1996.
- COURY, C.: *Grandeur et déclin d'une maladie. La tuberculose au tours des ages*. Lepetit, SA. Suresnes, 1972.
- ENRÍQUEZ-ARANDA, MM: *La recepción de la poesía de John Keats a través de sus traducciones al español en el siglo XX*. Tesis doctoral. Universidad de Málaga, 2005.
- GUERRA, F.: *Historia de la Medicina*. Ediciones Norma. Madrid, 2007.
- HERRERA, F.: *Las enfermedades de Sísifo*. Imprenta Rimada. Cádiz, 2011.
- KEATS, J.: *Odas y sonetos. Traducción, introducción y notas de Alejandro Valero*. Hiperión. Madrid, 1997.
- KEATS, J.: *Poemas escogidos. Edición bilingüe de Juan V. Martínez Luciano, Pedro Nicolás Payá y Miguel Teruel Pozas*. Introducción y notas de Juan V. Martínez Luciano. Editorial Cátedra. Madrid, 1997.
- LAËNNEC: *Tratado de la auscultación mediata. Estudio preliminar de Pedro Laín Entralgo*. Instituto Arnaldo de Vilanova. CSIC. Madrid, 1954.
- MANRESA, G. y ANGLÉS, R.: *Historia de la tuberculosis*. Jano: (1987), 770, pp. 59-63.
- MONROY, R.: *La temática de las imágenes en John Keats*. Anales de la Universidad de Murcia: 37 (1978-79), 4, pp. 249-261.
- OSLER, W.: *Un estudiante de Alabama y otros ensayos biográficos*. Unión Editorial. Madrid, 2010.
- ROMERO-HERNÁNDEZ, C.: *La tuberculosis en la época del romanticismo europeo: un recorrido literario*. Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex.: (2000), 1, pp. 63-64.
- SÁNCHEZ-GONZÁLEZ, MA.: *Historia de la Medicina y Humanidades Médicas*. Barcelona, 2012.
- SMITH, H.: *The strange case of Mr. Keats's Tuberculosis*. Clinical Infectious Diseases: (2004), 7, pp. 991-993.
- SONTAG, S.: *La enfermedad y sus metáforas*. Muchnik Editores. Madrid, 1985.

## John Keats

John Keats poeta britainiarrari buruz Francisco Herrera Rodríguezek idatzitako artikulu honek *La firma invitada* atal berriari hasiera ematen dio.

Cadizen 1957an jaiotako Francisco Herrerak curriculum handia dauka: Medikuntzan doktorea (Cadizeko Unibertsitatean), Zientzia eta tekniketako historian diplomatua (Zaragozako Unibertsitatean) eta Cadizeko Unibertsitatean Erizaintza-ren historia katedratikoa da.

Orain arte argitaratu dituen lanen artean *La investigación científica en la Facultad de Medicina de Cádiz a través de las tesis doctorales producidas en la misma en el siglo XIX; Crisis y medidas sanitarias en Cádiz (1898-1945); Gavilla de médicos gaditanos; El Excmo. Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Cádiz en el siglo XX;* eta *Las enfermedades de Sísifo* dira aipagarrienak.

Londonen 1795ean jaio eta Erroman, tuberkulosiak jota, 1821ean hildako John Keats poetaren istorioa aipatuz tuberkulosi gaitzak literaturan izan duen presentzia aztertu nahi izan du Herrera Rodríguezek. Biek uztartuta hala dio: sekula ez dugu jakingo zein bide miatu izango zituen Keatsek poesiaren bidez izurrite zuriarekin topo egin ez balu.

Europar tuberkulosiak goieneko maila XVIII. mende bukaeran hartu zuen. Garai hartan hasitako industria-iraultzak jende andana hirietara mugiarazi zuen bizi baldintzak benetan txarrak izanik (jende pilaketa, garbitasun eza, eta abar) eta tuberkulosia heldu gazteen heriotza-ren arrazoi nagusizat bilakatuz.

XIX. mendeko erromantikoek, berriz, tuberkulosiak gaixoa edertu egiten zuela, gaixoei sortzeko ahalmen handigoa zeukatela edota sentsibilitate handigoa zutelaren ziota. Eta garai hartan, zurbil eta gaixo agertzeko ospina eta ura hartzen zutenak izan bazeuden. Hau guztia egia izan arren, beste askorentzat nahikoa zen tuberkulosi hitza entzutea ikaragarritzko beldurra sentitzeko.

Beldurra da, Herrera Rodríguezek esanetan, gaixotasun honen izendatzaile komuna, mina, ziurgabetasuna, etsi-etsi-an sendabide bat bilatzea eta askotan gutxiespen sozialarekin batera.

# Patologia orokorra (V)

## P

### – Patocronia

Patokronia

### – Patogenia de la fiebre

Sukarraren patogenia

### – Patogenicidad

Patogenotasun

### – Patrón intersticial

Patroi interstizial

### – Patrón micronodular

Patroi mikronodular

### – Patrón reticular

Patroi erretikular

### – Patrón reticulo-nodular

Patroi erretikulonodular

### – Patrones de herencia

Herentzia-ereduak

### – Pausa compensatoria

Etenaldi konpentsatzaile

### – Peak-flow meter

medidor de flujo máximo

### peak-flow meter;

Fluxu maximoaren neurgailu

### – Pectoriloquia

Pektorilokia

### – Pectoriloquia áfona

Pektorilokia afono

### – Pedigrí; árbol genealógico

Pedigri; genealogia-zuhaitz

### – Penetrabilidad

Sarkortasun

### – Péptido natriurético atrial

Peptido natriuretiko atrial

### – Percusión

Perkusio

### – Percusión de Perhard

Perhard-en perkusio

### – Perforinas

Perforinak

### – Pericardiocentesis

Perikardiozentesi

### – Pericarditis aguda

Perikarditis akutu

### – Pericarditis aguda epistenocárdica

Perikarditis akutu epistenokardiko

### – Pericarditis con derrame

Perikarditis isuridun

### – Pericarditis constrictiva

Perikarditis hertsatzaile

### – Pericarditis subaguda transitoria

Perikarditis subakutu iragankor

### – Período refractario absoluto

Periodo errefraktario absolutu

### – Período refractario relativo

Periodo errefraktario erlatibo

### – Persistencia del agujero oval

Zulo obalaren iraupen

### – Persistencia del conducto arterial

Hobi arterialaren iraupen

### – Pie de langosta (eritema, eritrosis)

Otarraín-itxurako oina

### – Pie de trinchera

Lubakien oin

### – Pionemotórax

Piopneumotorax

### – Piotórax; enpiema

Piotorax; enpiema

### – Pirógenos

Pirogenoak

### – Pirógenos endógenos

Pirogeno endogenoak

### – Pirógenos exógenos

Pirogeno exogenoak

### – Placa de ateroma

Ateroma-plaka

### – Placa fibrosa; fibroateroma

Zuntzeko plaka; fibroateroma

### – Placa grasa

Gantz-plaka

### – Platipnea

Platipnea

### – Pletismografía

Pletismografia

### – Pletismografía corporal

Gorputz-pletismografia

### – Plétora yugular

Pletora jugular

### – Pleuritis seca

Pleuritis lehor

### – Pleuroscopia

Pleuroskopia

### – Polialelismo funcional

Polialelismo funtzional

### – Poliglobulia (en la hipoxia)

Poliglobulia (hipoxian)

### – Polimorfismo

Polimorfismo

### – Poliploidia

Poliploidia

### – Poscarga

Atzekarga

### – Postdespolarización

Postdespolarizazio

### – Potencial de acción transmembrana

Mintzean zeharreko ekingintza

potentzial

### – Potencial de reposo transmembrana

Mintzean zeharreko atseden-potentzial

### – Preateroma

Preateroma

### – Precarga

Aurrekarga

### – Prehipertensión

Aurrehipertentsio

### – Presíncope

Presinkope

### – Presión arterial

Presio arterial

### – Presión de distensión transmural

Distentsio transmuralaren presio

### – Presión de enclavamiento

Katigamendu-presio

### – Presión diferencial; presión del pulso

Presio diferentzial; pultsuzko presio

### – Presión venosa central

Zainetako presio zentral

### – Pródromo

Prodromo

### – Profundidad de la respiración

Arnas sakontasun

### – Prolapso mitral; síndrome de Barlow

Prolapso mitral; Barlow-en sindrome

### – Protooncogenes

Protoonkogeneak

### – Proyecciones radiológicas

Proiekzio erradiologikoak

### – Prueba broncodilatadora

Proba bronkodilatatzaila

### – Prueba de esfuerzo

Esfortzu-proba

### – Prueba de Heyrdales-Anderson

Heyrdales-Anderson-en proba

### – Prueba de inhalar oxígeno puro

Oxigeno purua arnasteko proba

### – Prueba de la hipersensibilidad tardía

Hipersentikortasun berantiararen proba

### – Prueba de la metilergonobina

Metilergonobinaren proba

### – Prueba de Mantoux; reacción de la tuberculina

Mantoux proba; tuberkulinaren erreakzio

### – Prueba de Perthes

Perthes-en proba

### – Prueba de Trendelenburg

Trendelenburg-en proba



## Patologia orokorra (V)

### – Prueba de Valsalva

Valsalva-ren proba

### – Prueba en tabla basculante; test de la tabla basculante (TTB)

Ohol kulunkariaren proba

### – Prueba máxima de Bruce

Bruce-ren proba maximoa

### – Prueba postural de Ratschow

Ratschow-en jarrera-proba

### – Pruebas broncodinámicas

Proba bronkodinamikoak

### – Pruebas funcionales respiratorias

Arnas proba funtzionalak

### – Pruebas para analizar la difusión

Difusioa aztertze probak

### – Pruebas para examinar la perfusión

Perfusioa aztertze probak

### – Pruebas para explorar la ventilación

Aireztapena aztertze probak

### – Pruebas reactivas; pruebas

#### broncodinámicas

Eragite-probak; proba

bronkodinamikoak

### – Pseudoclaudicación

Pseudoklaudikazio

### – Pseudohipertensión arterial

Pseudohipertentsio arterial

### – Pseudoquilotórax; derrame

#### pseudoquiloso

Pseudokilotorax; isuri pseudokiloso

### – Pulmón cardíaco

Birika kardiako

### – Pulmón de estasis

Estasi-birika

### – Pulmón de shock

Shock-birika

### – Pulmón del granjero

Nekazariaren birika

### – Pulso alternante

Pultsu txandakako

### – Pulso anacrótico

Pultsu anakrotiko

### – Pulso arterial

Pultsu arterial

### – Pulso bisferiens

Bisferiens pultsu

### – Pulso capilar de Quincke

Quincke-ren pultsu kapilar

### – Pulso carotídeo

Pultsu karotideo

### – Pulso céler; pulso rápido; pulso en martillo de agua

Celer pultsu; pultsu bizkor; ur-mailu

itxurako pultsu

### Pulso cresta de gallo

Oilarraren gandor-itxurako pultsu

### – Pulso dicrótico; pulso dícroto

Pultsu dikrotiko

### – Pulso en martillo de agua; pulso céler; pulso rápido

Ur-mailu itxurako pultsua; celer pultsu;

pultsu bizkor

### – Pulso en meseta; pulso parvus/ tardus

Meseta pultsu; pultsu astitsu; pultsu

txiki

### – Pulso filiforme

Pultsu filiforme; hari-formako pultsu

### – Pulso laringotraqueal

Pultsu laringotrakeal

### – Pulso lento

Pultsu motel

### – Pulso paradójico

Pultsu paradoxiko

### – Pulso paradójico de Kussmaul

Kussmaul-en pultsu paradoxiko

### – Pulso parvus/tardus; pulso en

#### meseta

Pultsu astitsu, pultsu txiki; meseta

pultsu

### – Pulso rápido; pulso céler; pulso en martillo de agua

Pultsu bizkor; celer pultsu; ur-mailu

itxurako pultsu

### – Pulso saltón

Pultsu jauzilari; pultsu saltari

### – Pulso sistólico hepático

Gibelesko pultsu sistoliko

### – Pulso venoso

Zain-pultsu

### – Pulso venoso positivo

Zain-pultsu positibo

### – Pulso venoso presistólico

Zain-pultsu presistoliko

### – Pulso venoso sistólico

Zain-pultsu sistoliko

### – Pulsos periféricos

Pultsu periferikoak

### – Pulsus magnus

Magnus pultsu

### – Punción/biopsia transtorácica

Toraxean zeharreko zitada-biopsia

## Q

### – Quemaduras

Erredurak

### – Quemaduras eléctricas

Erredura elektrikoak

### – Quemaduras solares

Eguzki-erredurak

### – Quilotórax; derrame quiloso

Kilotorax; isuri kiloso

## R

### – Rad

Rad

### – Radiaciones ionizantes

Erradiazio ionizatzaileak

### – Radiaciones solares

Eguzki-erradiazioak

### – Radiodermatitis

Erradiodermitis

### – RAST (test radioalergosorbent)

RAST (radioalergosorbent testa)

### – RBE; eficiencia biológica relativa

RBE; eraginkortasun biologiko erlatibo

### – Reacción citotóxica mediada por anticuerpos; reacción de hipersensibilidad de tipo II

Antigorputzen bidezko

erreakzio zitotoxiko; II. motako

hipersentikortasun-erreakzio

### – Reacción de Arthus

Arthus-en erreakzio

### – Reacción de hipersensibilidad

mediada por células;

hipersensibilidad tardía de tipo IV

Zelulen bidezko hipersentikortasun-

erreakzio; IV. motako

hipersentikortasun-erreakzio

### – Reacción de Jarisch-Herxheimer

Jarisch-Herxheimer-en erreakzio

### – Reacción de la tuberculina; prueba

de Mantoux

Tuberkulinaren erreakzio; Mantoux

proba

### – Reacción en cadena de la

polimerasa (PCR)

Polimerasaren erreakzio kateatu (PCR)

### – Reacción fototóxica

Erreakzio fototoxiko

### – Reacción mediada por

inmunocomplejos;

hipersensibilidad tardía de tipo III

Immunokonplexuen bidezko erreakzio;

III. motako hipersentikortasun-

erreakzio

### – Reacción ortostática

Erreakzio ortostatiko

### – Reacciones de hipersensibilidad

Hipersentikortasun-erreakzioak

### – Reacciones intradérmicas

Dermis barneko erreakzioak

### – Reacciones transfusionales

Transfusio-erreakzioak

### – Reactividad cruzada

Erreaktibotasun gurutzatu

### – Reaginas

Erreaginak

### – Recaída

Gaixoberritze

### – Recidiva

Berrerritze

### – Recuperación; convalecencia

Susperraldi

## Patologia orokorra (V)

### – Red de Purkinje

Purkinje-ren sare

### – Redistribución vascular

Birbanaketa baskular

### – Reentrada

Birsartze

### – Reflejo alveolocapilar; vasoconstricción hipóxica; reflejo de von Euler

Erreflexu albeolokapilar; hodi-uzkurdura hipoxiko; von Euler-en erreflexu

### – Reflejo baroreceptor

Erreflexu barorrezeptore

### – Reflejo de Bezold-Jarisch

Bezold-Jarisch-en erreflexu

### – Reflejo de Hering-Breuer

Hering-Breuer-en erreflexu

### – Reflejo de la tos

Eztul-erreflexu

### – Reflejo de von Euler; reflejo alveolocapilar; vasoconstricción hipóxica

Von Euler-en erreflexu; erreflexu albeolokapilar; hodi-uzkurdura hipoxiko

### – Reflujo hepatoyugular; signo de Plesh

Errefluxu hepatojugular; Plesh-en zeinu

### – Refractoriedad de las fibras miocárdicas

Zuntz miokardioen errefraktariotasun

### – Regulación de la presión arterial

Presio arterialaren erregulazio

### – Relación ventilación/perfusión

Aireztapen/perfusio erlazio

### – REM, equivalente roentgen en el ser humano

REM, roentgenaren baliokidea gizakian

### – Remodelación

Birmoldaketa

### – Remodelación vascular

Birmoldaketa baskular

### – Remodelación ventricular

Birmoldaketa bentrikular

### – Repolarización precoz

Birpolarizazio goiztiar

### – Resistencias coronarias

Erresistentzia koronarioak

### – Resistencias pulmonares

Birika-erresistentziak

### – Resistencias pulmonares dinámicas; resistencias pulmonares no estáticas

Birika-erresistentzia dinamikoak; birika-erresistentzia ez-estatikoak

### – Resistencias pulmonares elásticas; resistencias pulmonares estáticas

Birika-erresistentzia elastikoak; birika-erresistentzia estatikoak

### – Resistencias vasculares periféricas

Erresistentzia baskular periferikoak

### – Respiración apneústica

Arnasketa apneustiko

### – Respiración de Biot

Biot-en arnasketa

### – Respiración de Cheyne-Stokes

Cheyne-Stokes-en arnasketa

### – Respiración de Kussmaul

Kussmaul-en arnasketa

### – Respiración paradójica

Arnasketa paradoxiko

### – Respiración taquipneica superficial

Azaleko arnasketa takipneiko

### – Respuesta inmunológica celular

Erantzun immunologiko zelular

### – Respuesta inmunológica humoral

Erantzun immunologiko humoral

### – Respuesta tardía de la anafilaxia

Anafilaxiaren erantzun berantiar

### – Retención de aire

Aire-atxikipen

### – Retinopatía hipertensiva

Erretinopatia hipertentsibo

### – Rinitis alérgica

Errinitis alergiko

### – Riñón de estasis

Estasi-giltzurrun

### – Ritmo auricular caótico; taquicardia auricular multifocal

Erritmo aurikular kaotiko; takikardia aurikular fokuaniztun

### – Ritmo de escape

lhes-erritmo

### – Ritmo de galope auricular; 4º ruido cardiaco

Arrapalada-erritmo aurikular; 4. bihotz-hots

### – Ritmo de galope ventricular; 3er ruido cardiaco

Arrapalada-erritmo bentrikular; 3. bihotz-hots

### – Ritmo del seno carotídeo; ritmo nodal

Sinu koronarioaren erritmo; erritmo nodal

### – Ritmo idioventricular

Erritmo idiobentrikular

### – Ritmo idioventricular acelerado

Erritmo idiobentrikular azeleratu

### – Ritmo nodal; ritmo del seno coronario

Erritmo nodal; sinu koronarioaren erritmo

### – Ritmo respiratorio

Arnas erritmo

### – Ritmo sinusal

Erritmo sinusal

### – Ritmos automáticos heterotópicos

Erritmo automatiko heterotopikoak

### – Ritmos de gatillo

Kolpekari-erritmoak

### – Ritmos ectópicos rápidos

Erritmo ektopiko azkarrak

### – Roce pericárdico

Perikardioko marruskadura

### – Roentgen

Roentgen

### – Roncus

Roncusak

### – Rozamiento pleural; frote pleural

Pleurako marruskadura

### – Ruido bronquial

Bronkio-hots

### – Ruido de sibilantes; sibilancias

Txistu-hotsak

### – Ruidos cardiacos

Bihotz-hotsak

### – Ruidos de Korotkoff

Korotkoff-en hotsak

## S

### – Sabañón; eritema pernio

ospel; eritema pernio

### – SABBM; volumen máximo

espiratorio de primer segundo

SABBM; lehen segundoko arnasa botatzeko bolumen maximo

### – Sarcómero

Sarkomero

### – Secuenciación del ADN

ADNaren sekuentziazio

### – Semiología

Semiologia

### – Sensibilidad

Sentikortasun

### – Sensibilización

Sentsibilizazio

### – Septicemia

Septizemia

### – Shock

Shock

### – Shock anafilático

Shock anafilaktiko

### – Shock caliente; shock hiperdinámico

Shock bero; shock hiperdinamiko

### – Shock cardiogénico

Shock kardiogeniko

### – Shock distributivo

Shock banatzaile

### – Shock frío; shock hipodinámico

Shock hotz; shock hipodinamiko

### – Shock hemorrágico

Shock hemorragiko

### – Shock hipovolémico

Shock hipobolemiko

## Patologia orokorra (V)

### – Shock neurogénico

Shock neurogeno

### – Shock obstructivo

Shock buxatzaile

### – Shock plasmorrágico

Shock plasmorragiko

### – Shock por pérdida de agua y electrolitos

Uraren eta elektrolitoen galeragatiko shock

### – Shock por secuestro (periférico)

Bahiketagatiko shock

### – Shock séptico

Shock septiko

### – Shock tóxico

Shock toxiko

### – Shock vasodilatador

Shock basodilatatzaile

### – Shunt derecha-izquierda

Eskuinetik ezkererako shunt

### – Sibilancias

Sibilantziak

### – Significado biológico de la fiebre

Sukarraren esanahi biologiko

### – Signo

Zeinu

### – Signo de cola de ratón

Arratoiaren buztanaren zeinu

### – Signo de Corrigan; danza carotídea

Corrigan-en zeinu; karotidaren dantza

### – Signo de Ducing

Ducing-en zeinu

### – Signo de Duroziez

Duroziez-en zeinu

### – Signo de Friedreich

Friedreich-en zeinu

### – Signo de Hamman

Hamman-en zeinu

### – Signo de Homans

Homans-en zeinu

### – Signo de Hoover

Hoover-en zeinu

### – Signo de Kussmaul

Kussmaul-en zeinu

### – Signo de la columna desnuda

Bizkarrezur biluziaren zeinu

### – Signo de la rana

Igelaren zeinu

### – Signo de Levin

Levin-en zeinu

### – Signo de Müller

Müller-en zeinu

### – Signo de Musset

Musset-en zeinu

### – Signo de Plesh; reflujo hepatoyugular

Plesh-en zeinu; errefluxu hepatojugular

### – Signo de Rivero-Carballo

Rivero-Carballo-ren zeinu

### – Signo de Traube

Traube-ren zeinu

### – Signo de Weestermarck

Weestermarck-en zeinu

### – Signo del menisco; línea de Ellis-Damoiseau

Meniskoaren zeinu; Ellis-Damoiseau-ren lerro

### – Signo patognomónico

Zeinu patognomoniko

### – Signo radiológico

Zeinu erradiologikoak

### – Signos de cruzamiento de Gunn

Gunn-en gurutzamendu-zeinuak

### – Signos radiológicos de la atelectasia

Atelektasiaren zeinu erradiologikoak

### – Signos radiológicos del derrame pleural

Pleurako isuriaren zeinu

erradiologikoak

### – Signos readiológicos de la paquipleuritis

Pakipleuritisaren zeinu erradiologikoak

### – Silueta cardíaca (radiológica)

Bihotzaren silueta (erradiologiko)

### – Síncope

Sinkope

### – Síncope de (la) deglución

Irensketa-sinkope

### – Síncope de hipotensión ortostática

Hipotentsio ortostatikoaren sinkope

### – Síncope de neuralgia del glossofaríngeo

Glossofaringeoaren neuralgiaren sinkope

### – Síncope defecacional

Libratze-sinkope

### – Síncope del seno carotídeo

Sinu karotideoaren sinkope

### – Síncope miccional

Gernu-egitearen sinkope

### – Síncope originado por el calor

Beroak eragindako sinkope

### – Síncope tusígeno; síncope por tos

Eztul-sinkope

### – Síncope vasovagal

Sinkope basobagal

### – Síncopes cardiogénicos

Sinkope kardiogenikoak

### – Síncopes cerebrovasculares

Sinkope zerebro baskularrak

### – Síncopes eléctricos

Sinkope elektrikoak

### – Síncopes obstructivos

Sinkope buxatzaileak

### – Síncopes vasculares (hipodiastólicos)

Sinkope baskularrak (hipodiastolikoak)

### – Síndrome de ansiedad/hiperventilación

Antsietate-hiperaireztaopenaren sindrome

### – Síndrome de apnea del sueño

Loaldiko apnearen sindrome

### – Síndrome de Barlow; prolapso mitral

Barlow-en sindrome; prolapso mitral

### – Síndrome de Boerhave

Boerhave-ren sindrome

### – Síndrome de Brugada

Brugadaren sindrome

### – Síndrome de Claude Bernard Horner

Claude Bernard Horner-en sindrome

### – Síndrome de compresión; crush syndrome

Zanpaketa-sindrome; crush sindrome

### – Síndrome de descompresión

Deskonpresio-sindrome

### – Síndrome de descompresión explosiva

Deskonpresio lehergarriaren sindrome

### – Síndrome de Di George

Di George-ren sindrome

### – Síndrome de Down; trisomía 21

Down-en sindrome; 21 trisomia

### – Síndrome de Dressler

Dressler-en sindrome

### – Síndrome de Edwards

Edwards-en sindrome; 18 trisomia

### – Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; SIDA

Hartutako immunoeskasiaren sindrome; HIES

### – Síndrome de irradiación

Irradiazio-sindrome

### – Síndrome de irradiación agudo

Irradiazio-sindrome akutua

### – Síndrome de irradiación crónico

Irradiazio-sindrome kroniko

### – Síndrome de Jerwell

Nielsen-Lange

Jerwell Nielsen-Lange-ren sindrome

### – Síndrome de Klinefelter; trisomía de los gonosomas

Klinefelter-en sindrome; gonosomen trisomia

### – Síndrome de la vena cava

Kaba zainaren sindrome

### – Síndrome de la vena cava inferior

Beheko kaba zainaren sindrome

### – Síndrome de la vena cava superior

Goiko kaba zainaren sindrome

### – Síndrome de Leriche

Leriche-ren sindrome

### – Síndrome de los dedos blancos; fenómeno de Raynaud

Hatz zurien sindrome; Raynaud-en fenomeno



## Patologia orokorra (V)

### – Síndrome de Lown-Ganong-Levine

Lown-Ganong-Levine-ren sindrome

### – Síndrome de Lutembacher

Lutembacher-en sindrome

### – Síndrome de Meigs

Meigs-en sindrome

### – Síndrome de Ortner

Ortner-en sindrome

### – Síndrome de Patau; trisomía 13

Patau-ren sindrome; 13 trisomia

### – Síndrome de pseudoestenosis mitral

Pseudoestenosi mitralaren sindrome

### – Síndrome de Raynaud; enfermedad de los dedos blancos

Raynaud-en sindrome; hatz zurien gaixotasun

### – Síndrome de Reaven; síndrome metabólico X

Reaven-en sindrome; X sindrome metaboliko

### – Síndrome de robo de la arteria subclavia

Arteria subklabioaren lapurreta-sindrome

### – Síndrome de Romano-Ward

Romano-Ward-en sindrome

### – Síndrome de Stewart-Treve

Stewart-Treve-ren sindrome

### – Síndrome de Stokes-Adams-Morgagni

Stokes-Adams-Morgagni-ren sindrome

### – Síndrome de taquicardia/bradicardia

Takikardia-bradikardiaren sindrome

### – Síndrome de Turner; disgenesia gonadal femenina

Turner-en sindrome; emakumezkoaren gonadetako disgenesia

### – Síndrome de Wolff-Parkinson-White

Wolff-Parkinson-White-ren sindrome

### – Síndrome del leucocito perezoso

Leukozito alferraren sindrome

### – Síndrome del maullido del gato

Katu-miaoaren sindrome

### – Síndrome del nódulo enfermo; enfermedad del nódulo sinusal

Nodulu gaixoaren sindrome; nodulu sinusalaren gaixotasun

### – Síndrome febril

Sukar-sindrome

### – Síndrome general

Sindrome orokor

### – Síndrome hiperbárico

Hiperbaria-sindrome

### – Síndrome hipobárico

Hipobaria-sindrome

### – Síndrome metabólico X; síndrome de Reaven

X sindrome metaboliko; Reaven-en sindrome

### – Síndrome miasténico de Lambert Eaton

Lambert-Eaton-en sindrome miasteniko

### – Síndrome neuroléptico maligno

Sindrome neuroleptiko gaizto

### – Síndrome obstructivo

Sindrome buxatzaile

### – Síndrome post-flebitis

Flebitisaren osteko sindrome

### – Síndrome QT alargado

QT luzearen sindrome

### – Síndrome restrictivo

Sindrome murriztaile

### – Síndromes de preexcitación

Aurrekitzikapenaren sindromeak

### – Síndromes mediastínicos

Sindrome mediastinikoak

### – Síndromes paraneoplásicos

Sindrome paraneoplasikoak

### – Síndromes paraneoplásicos cutáneos

Sindrome paraneoplasiko larruazalekoak

### – Síndromes paraneoplásicos endocrino-metabólicos

Sindrome paraneoplasiko endokrino-metabolikoak

### – Síndromes paraneoplásicos hematológicos

Sindrome paraneoplasiko hematologikoak

### – Síndromes paraneoplásicos nefropáticos

Sindrome paraneoplasiko nefropatikoak

### – Síndromes paraneoplásicos neurológicos

Sindrome paraneoplasiko neurologikoak

### – Síndromes paraneoplásicos óseos

Sindrome paraneoplasiko hezurrekoak

### – Síntoma

Sintoma

### – Sistema HLA

HLA sistema

### – Sistema nervioso parasimpático

Nerbio-sistema parasinpatiko

### – Sistema nervioso simpático

Nerbio-sistema sinpatiko

### – Sistema renina-angiotensina-aldosterona

Errenina/angiotentsina/aldosterona sistema

### – Sístole

Sistole

### – Sístole auricular

Istole aurikular; aurikularen sistole

### – Sístole ventricular

Sistole bentrikular

### – Sobrecargas de presión

Presio-gaikargak

### – Sobrecargas de volumen

Bolumen-gaikargak

### – Sobrecargas ventriculares

Bentrikuluen gaikargak

### – Sopladores rosas (pink puffer)

Putzegile arrosak (pink puffer)

### – Soplo; soplo cardíaco; murmullo

Murmurio; bihotz-murmurio

### – Soplo cavitario

Murmurio kabitario

### – Soplo de Austin-Flint

Austin-Flint-en murmurio

### – Soplo de eyección mesosistólico

Eiekzio-murmurio mesosistolikoak

### – Soplo de Graham-Steell; soplo diastólico por reflujo

Graham-Steell-en murmurio; errefluxu-murmurio diastoliko

### – Soplo en maquinaria de Gibson

Gibson-en makineria-erako murmurio

### – Soplo pleural

Pleurako murmurio

### – Soplo tubárico

Murmurio tubariko

### – Soplos cardíacos

Bihotzeko murmurioak; bihotz-murmurioak

### – Soplos cardíacos continuos

Bihotz-murmurio jarraituak

### – Soplos cardíacos diastólicos

Bihotz-murmurio diastolikoak

### – Soplos cardíacos funcionales

Bihotz-murmurio funtzionalak

### – Soplos cardíacos inocentes

Bihotz-murmurio inozenteak

### – Soplos cardíacos mesodiastólicos

Bihotz-murmurio mesodiastolikoak

### – Soplos cardíacos orgánicos

Bihotz-murmurio organikoak

### – Soplos continuos

Murmurio jarraituak

### – Soplos de llenado; soplos de repleción

Betetze-murmurioak

### – Soplos pansistólicos por reflujo

Errefluxu-murmurio pansistolikoak

### – Soplos por reflujo

Errefluxu-murmurioak

### – Southern blotting

Southern blotting

### – Superantígeno

Superantigeno

### – Surfactante

Surfaktante

KARLOS IBARGUREN

# «BIHOTZ-BIRIKETAKO GELDIALDIETAN DENON INPLIKAZIOA BEHARREZKOA DA»



Kanpoko  
desfibriladore  
automatikoa.

*Etxean, ustez gure babeslekuan, goizeko hamarrak edo gaueko zortziak aldera, eman ziren geldialdi gehienak*

**r**amon Querejetak eta Gabriel Txoperenak zuzenduta, doktore gradua lortzeko, «Helduen ospitaleaz kanpoko bihotz-biriketako geldialdien analisia Euskal Autonomia Erkidegoan» tesia aurkeztu zuen joan den abenduan Karlos Ibarguren Emergentziak-eko medikuak Bikain Cum Laude nota jasoz. Aurkeztutako tesiaren laburpena duzu jarraian.

Eraldatu egin da, erruz aldatu da egoiliarra nintzela ospitaleko larrialdi-zerbitzuan hasi ohi zen ospitaleaz kanpoko bihotz-biriketako geldialdien (OK-BBG) tratamendua. Gaixoa kotxe partikular batean iristen zen eta ospitalean hasten genuen berpiztea. Lehen aldaketa nabaria desfibriladoreak anbulantziatar irten zirenean eman zen. Geldialdia kalean edo gaixoaren etxean tratatzen hastea aurrerapauso nabarmena zen arren, medikuaren presentzia ezinbes-

tekoa zen erritmoaren interpretazioa egin eta deskarga eman ahal izateko.

Desfibriladore automatikoen etorrerak sortu zuen bigarren aldaketa. Ospitaletatik ospitaleaz kanpoko medikueta- eta ondoren prestakuntza nahikoa zuen edonoren eskuetara pasa ziren gailu hauek. Deskarga azkarrago emateko aukera, ordea, ez da emaitzak nahi adina hobetzeko balio izan duen neurria suertatu eta deskargaren aurreko pausoak indartu behar ditugu emaitzak hobetu nahi baditugu. Hau, ikusiko dugun bezala, lekukoaren esku dago hein handi batean.

Osakidetza, ospitaleaz kanpoko emergentzietan erantzuna emateko Emergentziak izeneko zerbitzu-erakundea sortu zuen. Hiru herrialdeetan banatuak dituen administrazioen laguntzarekin, gaixoarekin harreman zuzenagoa du-

ten gainerako baliabideek gauzatzen dute arreta.

EAEko hiriburu bakoitzean zentro koordinatzaile bat dago. Bertan telefono-operadoreak erizainak eta medikuak daude. Telefono-deia operadoreek hartzen dute eta emergentzia motaren arabera medikuari pasatzen diote anbulantzia bat mugitzen duten bitartean. Medikuek egoera aztertu eta erantzuna doitu ohi du, anbulantzia egokia iritsi bitartean lekukoari zer egin behar duen azalduz. Geldialdietan anbulantzia beti bidaltzen den arren, beste patologia batzuetan telefono bidezko aholku bidez konpontzen da arreta-eskaera anbulantziarik bidali behar izan gabe.

Anbulantzia hauek biztanleriaren banaketaren arabera kokatu dira eta darabatzaten profesionalen arabera hiru mota bereizten dira: oinarritzko bizi-

eustea (OBE), erizainduna (EBE) eta aurreratua (BEA). Batzuk Emergentziak-en profesionalak eramaten dituzte eta besteak Osasun Sailak enpresa pribatuekin hitzartutakoak dira, baina denak mugitzen dira berdin-berdin Emergentziak-en zentro koordinatzaileetatik. Egun bizi-euste aurreratua ematen duten hamaika anbulantzia daude, hauetako bat helikopteroa. Anbulantzia hauetan medikua, erizaina eta teknikari-gidaria joan ohi dira.

Medikurik gabe, erizainaz eta teknikari-gidariaz osatutako anbulantzia erizaindunak ere mugi daitezke zentroetatik. Hauetako 10 daude gaur egun.

Oinarrizko anbulantzi bakoitzean bi teknikari joan ohi dira. Hauetako 60 anbulantzia daude erkidegoan gaur egun. Geldialdietan oso erabiliak ez diren arren, BEAko baliabideak lanpetuak dauden uneetan lehen mailako medikuak mugitu daitezke geldialdia eman den lekura. Hauek beraien bitartekoak erabiliz mugitu behar dutenez, iristeko denbora gehiago behar izaten dute.

Haurretan errazagoa izan baldin badaiteke ere, bere pisua dela medio, geldialdian dagoen heldua etxetik ospitalera eramatea ez da batere erraza. Honi ospitaleaz kanpoko zerbitzuen garapena gehitu zaionez, gaur egun oso gutxi dira geldialdian ospitalera iristen diren gaixoak.

Geldialdia ematen den unean lekukoak emergentzia-telefonora deitzen du eta sekuentzia martxan jartzen da. Deiak gure sisteman bi bide ezberdinetatik sartzen dira. Norbaitek 112 telefonora deitzen duenean, barne saileko SOS DEIAKek erantzuten du. Larriak bezala definitu diren balizko egoera batzuen aurrean deia zuzenean Osakidetzako medikuari pasatzen dio SOS DEIAKek. Deia Osakidetzako zenbakitik sartzen baldin bada, lehen aipatu dugun bezala, operadore batek beharrezko datuak hartu eta medikuari pasatuko dio deia. Erantzuna ezberdina izango da emergentzia sortu den puntuaren eta libre dauden baliabideen arabera, baina beti desfibriladorea duen eta gertuen dagoen baliabidea mugituko da. Bestetik medikuak lekukoarekin hitz egin, egoeraren balorazioa egin eta

anbulantzia iritsi bitartean lekukoak zer egin behar duen esplikatu dio. Zeregin hauen artean, gidek dioten bezala masajea hasteko aginduko zaio eta hau egiten lagunduko zaio.

Hasieran bidaltzen den anbulantzia oinarritzakoa baldin bada, atzetik bizi-euste aurreratu bat bidaliko da berpizte aurreratu hasi dezan. Honi erantzun bikoitza esaten diogu. Oinarritzko anbulantzian bi teknikari joan ohi direnez, oinarritzko berpiztea egingo dute kanpoko desfibriladore automatikoa (KDA) erabiliz eta bizi-euste aurreratua iristen denean, arretaren ardura bereganatuko du eta berpizte aurreratuarekin jarraituko du.

## Gaixoak geldialdia sordezaketen patologien sintomak hasi bezain laster deia egin dezala behar dugu

Sekuentzia horrela izanda, oso garrantzitsua da sanitarioa ez den eta beraz erritmo kardiakoak interpretatzen ez dakien pertsonak hau egiteko eskatzen zaionean, babes legala izan dezala. Gure erkidegoan, eremu ez-sanitarioetan medikuntzako lanbidetik aparte dauden pertsonen aparatu horiek erabil ditzaten sustatzeko eta errazteko denbora laburrean hiru dekretu kaleratu dira. Hauek medio, pertsona ez-sanitarioek BBB ezagutza minimo batzuk edukita desfibriladorea erabil dezakete.

Neurri hauen ondorioz, jende asko biltzen duten merkataritza-gune eta lantegi batzuek ere, jarri dituzte KDAk dekretuak dioten prestakuntza egin ondoren. Emergentzietako Koordinazio Zentroarekin daude harremanetan geldialdi baten aurrean biziraupen-katea ahalik eta modu zintzoenean bermatu ahal izateko.

Aipatu ditugun bakiabideak ditugunean, geldialdien arreta erraza ez baldin bada, hauek falta zaizkigunean zailtasunak areagotu egiten dira. Gutako askori tokatu zaigu, aisialdian geundela, konorte gabezia bat antzeman eta tratamendua hasi beharra. Ospitalean edo gure kontsultan, baliabide guztiak eskura ditugunean errazago egiten dugunak izerdi hotzetan blai uzten gaitu. Diagnostikoa egitea ere kostatzen zaigu. Geldialdia da? Sinkopea da? Berpiztea hasi behar dugu? Lehen minutuan erabaki egokia hartu eta tratamendu egokia hastea erraza ez den arren, hauex bera egitea eskatzen diegu preskakuntza oso mugatua duten lekukoei.

Honi heriotzaren diagnostiko diferentziala gehitzen baldin badiogu, erabakiak hartzea are zailagoa da. Ospitalean ingesatuta dagoen gaixoarengan berpiztea hasi behar den edo hasi behar ez den erabakia maiz argi ez baldin badago, geldialdia kalean edo etxean gertatzen denean zailagoa izan ohi da. Batzuetan lekukorik gabeko geldialdia izan delako, baina gehienetan gaixoak, familiak eta medikuak egoeraz argi hitz egin ez eta gaixoaren borondatea eza gutzen ez delako.

### ZERGATIK GERATZEN DA BIHOTZA?

Geldialdia eragiten duten arrazoi oso ezberdinak dauden arren, kardiopatia iskemikoa eta BBG oso erlazionatuak daude. Bihotzeko gaixotasun iskemikoa munduko lehen heriotza-arrazoia da. Osasunerako Mundu Erakundeak (OME) urtero ematen diren heriotza globalen heren bat baino gehiago eritasun kardiobaskularren ondorioz direla dio. Honen lehen manifestazioa askotan bat-bateko heriotza da.

Lehen manifestazioa ez denean ere, helduen artean, bihotzeko eritasun koronarioen ondorioz ematen diren heriotzen % 60a baino gehiagoren eragileak da BBG eta hauetako gehienak, ia % 80a arte ospitaletik kanpo ematen dira.

Konorte-gabezia, apnea eta zirkulazio ezaren triadak definitzen duen BBGren tratamendua biziraupen-katearen lau katebegitan laburbiltzen da. Biziraupen-katea da, beraz, behin gaixoak BBG bat izan duenean, gaixo hau biziraupenera lotzen duten akzioen batura: azkar deitu, lekukoak hasitako oinarritzko ber-





**Biziraupen katea.** Marrazkilaria Iñaki Gutierrez.

piztea, desfibrilazio goiztiarra eta bizi-euste aurreratu azkarra.

Oinarrizko anbulantziek geldialdi bati erantzuna emateko behar duten denboraren mediana 9 minutuko da eta bizi-euste aurreratua ematen duten anbulantzia 17 minutukoa. Sekuentzia horrela izanda, oso garrantzitsua da hiru lehen pausoak ahal dela lekukoak ematea.

Gure inguruan gertatzen ari zena jakiteak bultzatzen gultuen geldialdien datuak jasotzera. Kohorte prospektibo baten biziraupen analisia egin genuen 2006. urteko bigarren sei hilekoan eta 2007. urte osoan, EAE ospitale kanpo geldialdi bat eduki, gure zerbitzu-erakundearekin harremanetan jarri eta norbaitek erreanimazioa hasi zuen kasu guztiak bildu ziren. Datuak jasotzeko orduan Emergentziak erakundeko lan-kideek, eta bereziki Teresa Ugartetxe mediku bizkaitarrak, lan garrantzitsua egin zuten. Urtebetera bizirik zeuden jakiteko, telefono dei bat egin genuen eta lan hori Dani Alonso erizainak burutu zuen.

Hemezortzi hilabete hauetan 1.084 gaixorengan berpiztea hasi genuenez, intzidentzia-tasa 33,9/100.000 izan zen. Arreta jaso zuen populazio adin ertainekoa izan zen eta bere adinaren batez bestekoa 66,21 urte (SD 17,1, barrutia 0-101). Nagusiki gizonezkoek (329/755) osatu zuten gure seriea, hauen proportzioa % 69,6 izan zelarik.

Bihotza bera izan zen, usuen, bere geldialdiaren jatorri. Adin txikitan trauma-

## *Interesgarria litzateke, beraz, lehen laguntzekin erlazionatutako konpetentziak eskoletako curriculumetan sartzea*

tismoek garrantzi handia izan zuten, adin aurreratuetan galduz.

Etxean, ustez gure babeslekuan, goizko hamarrak edo gaueko zortzirak aldera, eman ziren geldialdi gehienak. Lokalizazio honek gainerako guztiek batera baino proportzio altuagoa zuen. Ondoren kalea izan zen leku usuena. Kiroldegiak arrisku-gune bezala aipatuak izan diren arren, gure seriean proportzio txikia suposatu zuten.

Ez ziren oro har aurrekari asko zituzten pertsonak. Aurrekari kardiakoak 144 gaixotan (% 13) jaso ziren. Hasierako erritmoa 929 kasutan jaso ahal izan zen. Asistolia zen erritmo usuena 719 kasu-ekin (% 66,3), fibrilazio bentrikularra 131 kasutan (% 12,1), disoziazio elektromekanikoa 76 kasutan (% 7) eta takikardia bentrikularra 3 kasutan (% 0,3).

Geldialdiak 970 kasutan (% 89,5) lekuko baten aurrean gertatu ziren. Testigu hau gehienetan familiarkekoa izan zen. Sanitarioak oso kasu gutxitan izan gi-

nen geldialdiaren testigu. Prestakuntza ezak eta egoeraren gordintasunak bideragin izan zituen familiarkeoengan:

- Geldirik utzi zuen, lekuko pasiboan bihurtuz. Baliabide sanitarioa iritsi zenean 158 kasutan (% 15,75) besterik ez zen jaso testigua oinarrizko berpiztea egiten ari zela.
- Larritasuna antzematea zaildu zuen moduan kontatu zuen egoera. Telefonoz laguntza eskatzeko unean kontatzen zuena ez zen ez espezi-fikoa eta ez homogeneoa izan kasu askotan.

Hasitako berpizte-maniobra guztien ondorioz, 203 gaixo (% 18,7) itzuli ziren berezko zirkulaziora (BEZI) eta 879 pertsonen (% 81,1) heriotza egiaztatu zen lekuan bertan. Berezko zirkulaziora itzuli ziren 203 gaixo hauetatik 57k (% 28,1) izan zuten ospitaleko alta bizirik. Honek hasitako berpizte guztien % 5,26a ospitaletik bizirik irten zela esan nahi du. Bizirik irten ziren 57 gaixoetatik 34 (% 59,6) kontziente-normal irten ziren, 7 (% 12,3) kontziente-ezintasun ertainarekin, 2 (% 3,5) kontziente-ezintasun larriarekin eta 11 (% 19,3) koma-egoera begetatiboan.

Ospitaleko alta lortzen zuten pertsonen adinaren batez bestekoa apur bat baxuagoa bazuten ere, ez zen diferentzia esanguratsurik topatu. Sexuari dagokionez ere, ez zen diferentzia esanguratsurik topatu.

Ospitaleko alta lortzeko orduan faktore batzuk emaitza hobearrekin erlazionatu



### Bizi-euste aurreratua ematen duen anbulantzia.

ziren modu esanguratsuan. Kiroldegian, kalean eta beste espazio itxitan emateak emaitzak hobetzen zituen.

Lekukorik gabe eman ziren kasuetatik bakarra ez zen bizirik irten ospitaletik. Lekukoa sanitarioa zen kasutan emaitzak hobeak izan ziren. Lekuko ez sanitarioek berpizterik hasi ez zuten kasuetan emaitzak okerragoak izan ziren.

Deitzaileak hilda zegoela esan zuen kasuetan ez zen ospitaletik kasu bakar batean ere bizirik irtetarik lortu. Emaitza onenak «infartu bat du» edo «zerraldo erori da» zioenean lortu ziren.

Etiologia kardiakoak lortu zituen ospitaleko alta gehien bizirik. Eritasun terminala zuten gaixoetatik ez zen alta bakarra lortu bizirik. Ospitaletik bizirik alta gehien gaixoaren lehen erritmoa fibrilazioa zen kasuetan lortu zen. Denborak ere eragin txarra izan zuen emaitza honetan. Anbulantziak beranduago iristearekin ospitaleko alta gutxiago eman ziren bizirik. Ospitaleko alta lortzearekin erlazionatzen ziren aldagaien aldagai anitzeko analisisan hiru faktorek erakutsi zuten eragin mesedegarri esanguratsua: Lekukoak berpiztea hastea, etiologia kardiakoak eta BEA iristean gaixoak erritmo desfibrilagarria izatea.

Ospitaletik bizirik irten ziren 57 gaixoetatik 33 (% 58) zeuden bizirik urtebe-

tera. Hauetatik 29 egoera neuro-logiko onean eta 4 lesio ertainekin. Honek hasitako berpizteen % 3,04 suposatu zuen eta lortutako BEZlen % 16,25.

Bihotz-biriketako geldialdia gaixotasun-prozesutzat har daiteke eta hartu behar da. Agintariak diru-inbertsio handiak egitea, ez da besterik gabe emaitza onen sinonimo. Traumatismoetan egin den bezala, ikuspegi integral batetik abiatuz, zuzendaritza mediko bat duen administrazioaren esku-hartzearen eta lidertza bidez prebentzioa, formazioa eta asistentzia-kalitatearen ebaluazioa landu behar dira. Eskolatan ere ez da modu programatuan irakasten eta ondorioz, gerora zaila izango da egungo gazteek kanpoko desfibriladore automatiko (KDA) bat erabiltzeko gaitasuna izatea. Interesgarria litzateke, beraz, lehen laguntzekin erlazionatutako kompetentziak eskoletako curriculumetan sartzea. Traumatismoetan aipatzen den lez, besterik gabe ematen den istripu bat dela pentsatzetik, patologia «prebenigarri», «aurreangarri» eta «tratagarri» moduan ikustera pasatu behar dugu emaitzak lortzekotan.

Patologia hau aurreangarria nekez den arren, badakigu kardiopatia iskemikoaren ondorioz eiekzio-frakzio baxua duten gaixoen arritmia hilgarri bat izateko aukera gehiago dutela. Gaixo jakin hauei, bularraldean, azal-

pean, Desfibriladore Automatiko Ezargarri (DAE) bat jar dakieke.

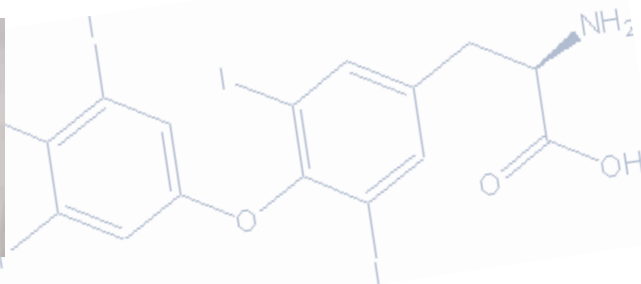
Prebenigarria, maila batean behintzat prebenigarria da BBG. Geldialdia sor dezaketen patologietara laguntza egokia, espezializatua, bidaliz gero, lehenbailehen tratamendua has daiteke eta hainbat kasutan geldialdia ekidin. Ekiditea posible ez denean tratamendua garaiz has daiteke. Garrantzitsua da oso, beraz, biztanleria guztiak, patologia hauek ezagutu, identifikatu eta ematen direnean jarraitu beharrekiko pausoak jakitea.

Orain arte aurkeztutako datuek erakusten duten bezala, oso denboraren mendeak izan arren, tratagarriak dira OH-BBGak. Tratamenduan aurrera egiteko, ondorioz, gure helburuak hauek lirateke:

- Gaixoen geldialdia sor dezaketen patologien sintomak hasi bezain laster deia egin dezala. Geldialdia suertatu baino lehen iritsiko ginateke eta ekiditen saiatuko ginateke. Ekidin ezinezko kasuetan lekuko izango ginateke, emaitza ona lortzeko aukerak areagotuz.
- Geldialdia eman den kasuetan deia azkar jaso nahi dugu lekukoari masajea egiten lagundu eta anbulantzia lehenbailehen iritsi dadin.
- Desfibriladore-sare zabala nahi dugu, lehen bi pausoak ahaztu gabe, hirugarren katebegia ere lekukoak bere egin dezan.

Erraza ez den arren, hori da denon inplikazioa eskatzen duen bidea. Aipatutako bidea jarraituz, hasierako sintomen eta geldialdiaren artean bizi-raupen katearen katebegiak bermatzeko gaitasuna tartekatzea lortuz gero, profesionalon etsipena ilusio eta familiartekoen malkoak irri bihurtzetik gertuago egongo gara. ■

JULIAN BERECIARTUA  
Médico colegiado  
nº202001217



# LA SALUD CON SAL Y YODO



**a**nte esta cuestión, personalmente me encuentro en una encrucijada, porque una de dos, o doy la razón a la comunicación oficial o defendiendo mi postura.

El departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco dice que el 75% de nuestra población consume menos yodo del que es necesario, por lo que aconseja utilizar para cocinar sal yodada en lugar de la sal común. Según mis conocimientos, la cantidad de sal que, cada día, debemos ingerir las personas es de 3 gramos; una cantidad que en su composición ya la contienen los alimentos sin que sea preciso añadir más cantidad de sal; si lo hacemos es únicamente por cuestión de gusto. Si estoy -y están- en lo cierto, yo pediría que el suplemento de yodo se hiciera a través de otros alimentos como el pan, el agua, etc.

El yodo es un oligoelemento de absoluta necesidad para nuestro organismo. La glándula tiroides (situada en la parte anterior de nuestro cuello y encargada de fabricar tiroxina y triyodotironina), para su buen funcionamiento, precisa dicha sal mineral. Su déficit nos llevaría inexorablemente al hipotiroidismo, situación muy desagradable y con graves conse-

cuencias físicas y psíquicas para la persona. En el caso de que durante la infancia se produzca déficit de yodo se puede originar cretinismo.

Los pescados y los mariscos son las importantes fuentes naturales de yodo. Muy por detrás vienen las carnes de otro tipo y las hortalizas. Las cosechas en tierras barridas por la erosión, como algunas de la Ribera navarra, pueden ser deficitarias en yodo, no así las de las zonas donde los aires marinos nos alcanzan directamente. Por ello no veo razón para generalizar el consumo suplementario de yodo.

Es más, hay muchas personas hipertensas, con sus importantes riesgos de hemorragia cerebral o enfermedad cardíaca del mismo origen, y con el mero hecho de suprimir la sal (cloruro sódico), descendería el 99% de las hipertensiones arteriales de nuestro entorno. Por esta razón creo que deberíamos reorientar nuestra cultura alimenticia a la utilización de otros condimentos distintos a la sal, como pueden ser el perejil, el orégano, el cebollino, o el ajo, entre otros, y disponer del yodo por otra vía. ■



EL AUTÉNTICO  
EL ORIGINAL  
EL ÚNICO  
SÓLO DE POMELLATO



¿ Un traje de  
noche estilo  
años 60...  
O un ramillete  
de pensamientos  
en una copa?



¿ Llegar en un  
barco a una isla  
mediterránea...  
O un camaleón  
al borde de  
la piscina?

#### EL JUEGO DE NUDO

Nudo es Nudo, el anillo icono de Pomellato, el más deseado, el que destaca por su colorido infinito; y a partir de este año, también disponible en la fabulosa versión extra large. Para cada tonalidad hay una piedra. Tú puedes decidir qué combinaciones lucirás en cada ocasión. Porque la imaginación nunca acaba.



# Elija ahorrar

Contrate ahora su seguro de automóvil con A.M.A.

HASTA  
**65%**  
DE DESCUENTO\*  
**EN SU SEGURO**



\*Promoción válida para presupuestos de nueva contratación. No acumulable a otras promociones. Consulte condiciones en [www.amaseguros.com](http://www.amaseguros.com)

## Y además:

- ... Excelente red de talleres preferentes A.M.A.
- ... Gestión de recursos de multas
- ... Vehículo de sustitución (según modalidad contratada)

- ... Asistencia en viaje 24 horas desde el kilómetro cero (incluyendo reparaciones urgentes en carretera)
- ... Peritaciones en 24 horas
- ... Atención jurídica telefónica (para cualquier circunstancia de su vida diaria)



## Infórmese sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

- A.M.A. San Sebastián 943 42 43 09
- Pº de la Concha, 17 ; bajo C.P. 20007 [sansebastian@amaseguros.com](mailto:sansebastian@amaseguros.com)
- Colegio de Médicos 943 27 04 11 Pº de Francia , 12 ; bajo C.P. 20012