

# MEDIKUEN AHOTSA GIPUZKOA MÉDICA



La Radiocirugía  
Estereotáctica

Tribuna abierta:  
Medios de comunicación

**SENDAGILEAREN  
EGUNA OSPATUZ**

# 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](http://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](mailto:prensa@giseo.org))

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

**Testuak / Textos**  
Lupe Calvo Elizazu

**Portada**  
Guillermo Videgain y Jose Maria Urkia (Foto: Juan txo 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.

Tribuna abierta: Medios de comunicación (Francisco Muñoz)	2
Día del Médico	4
Asesoría jurídica: Las transfusiones en menores y la nueva circular de la Fiscalía general del Estado 1/2012	8
Noticias de actividad colegial	10
Aula Médica Senior	11
Guillermo Videgain: «El Oncológico me dio mucho prestigio»	12
In Memoriam/ Altas y bajas	16
Actualidad	17
Código de Deontología médica. Guía de ética médica 2011	18
El Manual de ética y deontología médica	20
Eduardo Ramos: «Ya no se trata de extirpar el tumor a cualquier precio, sino de controlarlo»	21
Osakidetza implanta la radiografía digital	24
Rehabilitación en la infancia	26
Medikuntzako lexikoa: Lehen sorospinak (I)	28
Gastronomía y salud: Popurrí gastronómico	32

# Editoriala

---

**E**lkargoan hiru hilabeteko ibilbidea egin ondoren, aurreneko balantzea egiteko tenorean gaude. Enkargatutako hiru auditoriak (ekonomiko-finantzarioa, antolamendu-administrazio mailakoa eta juridikoa) emaitzak aurkezten hasteko unean daude. Gure ustez, ezin baitzitekeen bestela izan, Elkargoaren egoeraren diagnostiko erreala, serioa eta arduratsua, eskainiko dute, etorkizunari baikortasunez aurre egin eta guztiontzako hobekuntzak lortze aldera. Azterketan horien emaitzak luze-zabal azaltzeko modukoak dira, jakina, eta elkargokide guztiei horien berri zehatza emango diegu. Deontologiako Batzorde berria, Milagros Arrieta buru duela, buru-belarri ari da garrantzi ikaragarria duen bere egitekoan; urte-amaiera aldera berrituko da, era berean, aldizkariaren erredakzio-batzordea eta osatuko da Ogasuneko Batzordea, gurean.

Elkargoko Fundazioaren burua Carlos Placer izango da, Carmen Lobo idazkaria eta José Ignacio Kutz diruzaina, eta aurrekoek gain, Josetxo Echeveste eta Jesús Rosa bokalak ere arituko dira.

Barrura begira, gure Elkargoa eraberritu nahi dugu, ekitaldi-aretoa sartzeko gaur egun dauden arkitektura-trabak eza-batzeko, eta kanpoaldean sarbide-arrapala bat ezarriko da eraikinerari sartu ahal izateko.

OMCn eta baita Estatu-mailako medikuen artean ere kezka handia dago elkargokidetzeko unibertsalaren inguruan, eta horretaz aritu zen Lehendakaria Medikuen Egunean, joan zen urriaren 19an, emandako nire hitzaldian. Deontología Medikoa zaintzea, eta medikuntzako profesionalen artean elkarri zor diogun etika, errespetua eta gizalegea babestea, behin eta berriz aldarrikatuko ditugun kontuak dira, zeregin horiek duten garrantziagatik. Baita gure medikuen prestakuntza humanistikoaren premia azpimarratu ere. Teknikak eta zientziak ezer gutxi ahal baitezakete, egiaren balio sakraturik gabe eta pertsona zentzudunak, zintzoak eta ondraduak izateko esentziarik gabe.

Sanitate unibertsalaren galerak ere biziki kezkatzen gaitu: guztion lorpen handia zena goitik behera dator azkenaldian, aseguratuari baldintzak jarri, eta horrela biztanleria-talde jakin batzuk (26 urtetik gorakoak edo errenta oso altuak) sistematik kanpo geratuko lirateke, printzipioz bederen. Osasun-alorrean egindako murrizketak, beste Komunitate batzuetan Euskadin baino gehiago, prestazioak, asistentziaren kalitatea, profesionalen lan-baldintzak eta are, baita soldata-osagarriak ere, gutxituz doaz pixkanaka, irizpide ekonomizista hutsen arabera.

Azkenik, kezkarik handiena da baita gure elkargokideek beraien den Elkargoarekiko erakusten duten nolabaiteko atxikimendurik eza. Elkargoa guztiontzat leku abegitsua izan dadin saiatu behar dugu, guztiok entzun eta artatuak izango garen lekua, irizpideak eta iritzia elkar trukatzeko lekua, gure gaixoen alde jokatzeko betiere, horixe baita ekintza medikoaren izateko arrazoi gorena. ■

**T**ranscurrido los primeros tres meses de la nueva andadura colegial, es tiempo para hacer un primer balance.

Las tres auditorías encargadas (económico-financiera, organizativa-administrativa y jurídica) están en fase de exposición de resultados. Creemos, como no podía ser de otra manera, que ofrecerán un diagnóstico real de la situación del Colegio, sería y responsable, y nos permitirán encarar el futuro con optimismo y mejora para todos. Los resultados de estas revisiones merecerán una exposición amplia y detallada que ofreceremos a nuestros/as colegiados/as.

La renovada Comisión de Deontología, presidida por Milagros Arrieta, está trabajando en su labor, de enorme importancia; asimismo, a final de año, se renovarán el Consejo de redacción de la revista, y se configura la Comisión de Hacienda.

La Fundación del Colegio estará presidida por Carlos Placer, actuando como secretaria, Carmen Lobo y Tesorero José Ignacio Kutz, además de los vocales, Josetxo Echeveste y Jesús Rosa.

Internamente, nuestro Colegio se pone también en marcha para eliminar las barreras arquitectónicas de acceso al salón de actos y al estrado, y externamente se colocará una rampa de acceso al edificio.

Preocupa en la OMC y en el mundo médico nacional la colegiación médica universal, de la que habló el Presidente en su intervención en el Día del Médico, 19 de octubre pasado. No nos cansaremos de insistir en el crucial deber de velar por la Deontología Médica y la ética y el respeto y cortesía debidos entre los profesionales de la medicina. Tampoco en repetir la necesidad en la formación humanística de nuestros médicos. La técnica y la ciencia, sin el valor sagrado de la verdad y la esencia de ser personas cabales, honestas y honradas, pueden poco.

Inquieta también la pérdida de la sanidad universal, el gran logro que ahora se tambalea, imponiendo condiciones de asegurado, por lo que determinados grupos de población (mayores de 26 años o rentas muy altas) quedarían, en principio, fuera del sistema. Los recortes sanitarios, más en otras Comunidades que en Euskadi, van mermando prestaciones, calidad asistencial, condiciones de trabajo de los sanitarios, e incluso, complementos salariales en función de criterios economicistas.

Finalmente, nos alarma, también, cierta desafección de nuestros colegiados/as, con su Colegio. Hemos de trabajar para que el Colegio se vea como un hogar de acogida para todos, de escucha, atención, e intercambio de criterios y opiniones, siempre velando por nuestros enfermos, la razón suprema del acto médico. ■

# MEDIOS DE COMUNICACIÓN

A finales del siglo XIX se empiezan a generalizar los periódicos. Los “mass media” comienzan a cobrar importancia como vehículos de información; pero el auge de los medios de comunicación impresos surge en las democracias y se desarrollan como censor de los abusos que pudieran cometer los poderes tradicionales. Los medios de comunicación eran la voz de los sin voz; lo que más adelante se denominaría el cuarto poder.

Los “mass media” tradicionales han sido, durante mucho tiempo: prensa, radio y televisión. La revolución digital que se produce en los años setenta y ochenta, ha roto las fronteras que separaban –desde el punto de vista técnico– escritura, sonido e imagen, y esta revolución ha permitido el surgimiento de Internet que aparece como el cuarto medio.

Nunca en la historia ha habido tantos medios informativos y con tanta influencia. Ahora, las empresas que se dedican a la comunicación se han convertido en grupos empresariales muy potentes que tienen la capacidad de aprovechar las oportunidades que les da la globalización, para instalarse en muchos países y ejercer su influencia sobre los dirigentes políticos y la opinión pública.

Pero la libertad y el pluralismo no están garantizados por la existencia de tan amplia variedad de medios: periódicos, revistas, radios, televisiones, e Internet; y mucho menos, en unos momentos en los que se tiende cada vez más a la concentración, que lleva a la formación de grandes grupos multimedia.

Los medios de comunicación son nuestra principal ventana al mundo, pero no siempre cumplen con la altruista función de sus comienzos. En la actualidad, estos poderosos medios,

en muchos aspectos y en numerosas ocasiones, nos oprimen, nos manipulan; por eso, los ciudadanos deben exigir a los “mass media” que digan siempre la verdad, que respeten la deontología, que tengan en suma un comportamiento ético en todas sus actividades.

Por otro lado, hay un exceso de información a nuestro alcance, que a menudo está contaminada. Lectores, oyentes, telespectadores o usuarios de Internet, tienen cada vez más la necesidad de recurrir a un referente que les garantice una información válida, seria, segura y veraz.

En este sentido, afirma **Neil Postman**: «La desinformación no significa información falsa, sino engañosa, equivocada, irrelevante, fragmentaria o superficial; información que crea la ilusión de que sabemos algo, pero que de hecho nos aparta del conocimiento».

Hay numerosos trabajos que analizan la influencia de los medios de comunicación en la infancia y adolescencia, que por extensión se amplía al medio familiar; y es bien conocida la influencia de las nuevas tecnologías audiovisuales en el campo de la cultura y del conocimiento, aunque en estos temas la clave no está en el acceso a la información, sino en su selección y procesamiento. Recibimos mucha más información de la que podemos procesar y gran parte de ella no nos interesa para nada.

Es cierto que nuestra cultura cada vez más se construye desde la televisión, los ordenadores y otros medios audiovisuales; aunque muchas veces los contenidos –especialmente en televisión– no merezcan la denominación de cultura. Esto sucede porque los grandes periódicos o las grandes cadenas de radio y televisión, teniendo vocación de servicio público, están

totalmente abocadas a una carrera de competencia en la que tratan de conseguir el mayor número de abonados, compradores o consumidores, ofreciéndoles solo a cambio de su fidelidad contenidos expectantes y sensacionalistas. Es a menudo el dinero de la publicidad el que dicta la programación.

No voy a entrar ahora en el análisis en profundidad de los diferentes medios de comunicación, no es esa la intención de este artículo, porque sería muy prolijo; pero sí citar algunos aspectos y hacer algunas consideraciones generales.

Prensa y radio, son los dos medios clásicos de comunicación. La prensa escrita ha sufrido una merma acusada en número de ejemplares por la aparición de los periódicos digitales; pero siempre tendrá fieles seguidores. La radio, sigue y seguirá siendo un medio de comunicación, de información y de formación, excelente, cercano y muy familiar, al que las nuevas tecnologías no han causado perjuicio alguno, más bien al contrario; a ello ha contribuido el invento de la radio digital terrestre y los nuevos dispositivos receptores móviles.

Los modernos medios audiovisuales han traído progreso y han marcado un nuevo estilo de vida; estamos inmersos en la “aldeas global”, y desde cualquier rincón del planeta es posible acceder a todo tipo de información.

Con el advenimiento de las nuevas tecnologías se han modificado notablemente los métodos de aprendizaje, de comunicación y de relación personal, y se han producido cambios sustanciales en la mentalidad de los niños y adolescentes; en su actitud ante el conocimiento y en su modo de concebir el mundo. Estos cambios también afectan a los adultos en mayor o me-



nor medida según el estrato social y el nivel cultural.

Los nuevos medios audiovisuales han acrecentado también el afán consumista en todas las edades, y han introducido nuevas formas de relación en las familias; no siempre para mejor.

La televisión ha sido hasta hace muy poco tiempo el medio dominante; pero desde la generalización de la web, que ha hecho disminuir en un 40% la venta de periódicos, está ahora amenazada de sufrir una debacle que seguramente se evitará con la integración de ambos medios: la televisión por Internet, como ya está ocurriendo en EE.UU. Internet ha marcado una auténtica revolución en los sistemas de comunicación constituyendo por su extensión y crecimiento exponencial, un fenómeno social de primera magnitud a nivel mundial.

El último "boom" de Internet son las Redes Sociales, que permiten la relación de distintas personas por medio de chats, foros, etc. Los sitios web que han creado y democratizado estas redes, se han convertido en una verdadera adicción. La facilidad de uso ha enganchado a

cientos de millones de personas en todo el mundo. Personas que se comunican y exponen sus vidas, sus inquietudes, sus aficiones; o simplemente buscan información. Las redes más utilizadas son: Facebook, Twitter y Youtube.

Tanto los medios de comunicación impresos como los audiovisuales han de respetar los códigos deontológicos. En el caso concreto de la televisión, todas las cadenas firmaron un **Código Ético** en 1993, que reconocía en su preámbulo: «el relevante papel que desempeña la televisión en la sociedad española, la influencia que ejerce en la misma y en particular en el público infantil y juvenil, así como el potencial educativo que el medio televisivo contiene» (...). Y en 2004, también suscribieron el **Código de Autorregulación**, en el que se habla de la protección a los menores, respecto a la programación emitida en el horario infantil protegido de 5 a 10 de la noche. Ambos códigos se continúan incumpliendo diariamente.

Reconociendo la poderosa influencia de los medios audiovisuales y sus efectos, se hace cada vez más necesario adquirir un aprendizaje en el uso de los

mismos; y que desde la escuela, niños y adolescentes reciban educación audiovisual. Es preciso que se les enseñe a fomentar el espíritu crítico, que aprendan a seleccionar los contenidos y que se les alerte de los peligros inherentes al mal uso de los mismos.

Asociaciones, como Protégeles, e instituciones gubernamentales, como la del Defensor del Menor, reclaman una más estricta regulación del sector, que contemple la obligatoriedad de contar con sistemas de filtrado de los contenidos que se descargan en la red, y que se exija algún tipo de identificación a los usuarios.

Como escribe **Len Masterman** (1993) en su libro *La Enseñanza de los Medios de Comunicación*: «La educación audiovisual representa, tal vez, una de las pocas esperanzas que la sociedad tiene de contrarrestar las duplicidades más flagrantes de la industria de la comunicación, de estimular para que se eleve el nivel del periodismo, de producir audiencias más informadas, discernidoras y escépticas; y de esclarecer las reglas de manipulación de los medios, para que todos podamos tomar parte en el juego». ■





**"CUIDAMOS DE SU SALUD"**

**Desde 1921**

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

**URGENCIAS: 943 46 33 33**

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

En colaboración con el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco

 **Osakidetza**  
Servicio vasco de salud







REGISTRO PUBLICIDAD SANITARIA Nº 8608

Gipuzkoako Sendagileen Elkar-goak urriaren 19an ospatu zuen Sendagilearen eguna. 70 urte bete dituzten eta erretirora iritsi diren hainbat lankideren lana omentzeko eta aitortzeko ospatzen da eguna; eta, aldi berean, Elkar-gokide Ohoretsua izendatzeko. Aurten 92 urte bete dituen Guillermo Videgain Salaverria sendagileari egokitu zaio, adin nagusieneko elkargokidea baita. Guillermo Videgain doktoreak Valladoliden 1939an medikuntza ikastea erabaki zuenetik aurrera izandako bizipenen errepaso egin zuen eta baita aitortu ere gaixoaren mesedetan egindako lanak izendapenak eta errekonozimenduak baina garrantzi handigoa duela. Gaur egun medikuntza benetan aldatu bada ere, bere esanetan, gaixoarekin hitz egitea da faltan botatzen dena, "hitza baita medikuak duen botikarik hoberena".

## «LA MEJOR MEDICINA ES LA PALABRA»

**E**l Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa, con motivo de la festividad del Día del Médico, ha reconocido al doctor Guillermo Videgain como Colegiado de Honor. Tras hacer un repaso de su trayectoria vital, el doctor Videgain indicó que los nombramientos y reconocimientos no tienen valor, que lo verdaderamente importante es lo que el médico hace por el enfermo. En su intervención, Guillermo Videgain reivindicó el uso de la palabra en la medicina. "Hoy en día se echa de menos la conversación con el enfermo. No se habla como se hablaba antes. Ya lo dijo el doctor Marañón: La mejor medicina que tiene el médico es la palabra. Ese es el defecto que le encuentro a la medicina actual", dijo.

En el acto celebrado el pasado 19 de octubre, con motivo de la festivi-

dad de San Lucas, también fueron reconocidos los médicos jubilados a lo largo de este año. Así, recibieron el diploma que les acredita como colegiados honoríficos los doctores Teresa Abascal, Agustín Álvarez, Jesús María Aramburu, Fermín Arrue, Ricardo Arrue, Fernando Asuero, Justo José Blázquez, José María Casado, Fernando María Cristóbal, Ana Díaz, Luis María Esteban, Lucía Galparsoro, Enrique Luis Gilperez, Delfín Fernando Giménez, José Ángel Irigaray, María Teresa Mendaza, Ángel Ormazabal, Sebastián Santamarina, María Teresa Serrano, René Alfonso Silva, Hilario Urbieto y Miguel Vidaur.

La velada finalizó con una cena de hermandad celebrada en el Hotel María Cristina y a la que acudieron más de un centenar de personas. ■

JOSE MARÍA URKIA

## «Sin la exigencia de una colegiación obligatoria para los profesionales de salud se perdería una garantía pública y de seguridad para la sociedad a la que nos debemos»

***Este es el discurso íntegro ofrecido por el presidente, José María Urkia, en la celebración del Día del Médico***

**E**l Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa –que me honro en presidir desde el 27 de julio último– consideró en su día celebrar el día del médico, el homenaje a los/as médicos, en torno a la festividad de san Lucas evangelista, el "querido médico", autor

del tercer evangelio y de los Hechos de los Apóstoles y patrón de las Facultades de Medicina y del Hospital de Basurto.

Se mantiene una tradición, heredada de otras: desde las medievales de los "santos sanadores, san Cosme y san Damián", hasta Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, finales de junio, vigente en la época franquista. A partir de 1975, cada Colegio Médico ha elegido una fecha particular y distinta para conmemorar este día.

Como decía, recién llegados a este Casa, vuestra Casa y la de todos los mé-

dicos/as de Gipuzkoa (cerca de 3.780 colegiados/as), mi Junta decidió mantener, de momento, esta buena tradición.

En suma, nos reunimos hoy, en día de fiesta, para homenajear y reconocer la labor de tantos compañeros que han cumplido 70 años y alcanzan una merecida jubilación, al mismo tiempo que nombramos Colegiado de Honor, al Dr. Guillermo Videgain Salaverria, que a sus 92 años, felices y con buena salud, es el colegiado de mayor edad.

Pero antes de proceder a dichos re-

## DÍA DEL MÉDICO

conocimientos, quisiera dedicar unas palabras a un tema hoy candente y de vital importancia: la Colegiación Universal de la Profesión Médica y el Código de Deontología Médica y Guía de Ética Médica de 2011. Este código es el primero del presente siglo XXI y actualiza los anteriores de 1990 y 1999. Muy recientemente, el 25 de junio de 2012, se han presentado a debate algunas revisiones de ciertos artículos del código en vigor.

A la OMC y a los Colegios Médicos de nuestro País preocupa seriamente la amenaza de dejar el ejercicio profesional de la medicina al albur de cada cual, esto es, dejando la colegiación médica, hoy obligatoria, opcional, y en la competencia de las leyes o criterios del mercado.

Desde la OMC se está argumentando y trasladando a los poderes públicos y legislativos el error que supondría, a su entender, la no exigencia de una colegiación obligatoria para los profesionales de salud, pues en esencia atentaría a la independencia del acto médico (sea en un sistema público o privado), y sobre todo porque se perdería una garantía pública y de seguridad para la sociedad a la que nos debemos. El control que del ejercicio profesional debieran ejercer los colegios médicos tiene por objeto el mantenimiento de la deontología médica y la ética. Esta es la esencia y la razón de ser de cada Colegio.

Así es, nuestro Código sirve para confirmar el compromiso de la profesión médica con la sociedad a la que presta su servicio, incluyendo el avance de los conocimientos científicos y técnicos y el desarrollo de nuevos derechos y responsabilidades de médicos y pacientes. Las pautas contenidas en él deben distinguirse de las imposiciones descritas en las leyes.

El Colegio es la garantía, o debe serlo, para que la sociedad tenga la seguridad de un ejercicio médico ético y deontológico. Desregular esta normativa es altamente peligroso y choca con los postulados de otras naciones de la UE, que mantienen y acentúan el control en los colegios médicos. La colegiación es además garantía de independencia y de protección universal de los derechos de los pacientes.

## *Preocupa seriamente la amenaza de dejar el ejercicio profesional de la medicina al albur de cada cual*

Dejarlo todo en manos del mercado y de una supuesta competencia salvaje, dejaría en peligro la esencia del acto médico. La vida, la salud, la integridad física, la seguridad, la autonomía, todo es más importante que la eficacia y la eficiencia de los mercados.

También, y no menos, se justifica la colegiación universal para los médicos que trabajan en el sector público, como lo avala el Tribunal Constitucional y el Tribunal Europeo:

1. La consideración de bien de interés público protegido sigue siendo el mismo, pues no se realizan funciones administrativas sino actos profesionales, cuyos destinatarios siguen siendo los/as ciudadanos/as, no las Administraciones Públicas.

2. La colegiación universal de los médicos determina el sometimiento a la potestad de los Colegios Profesionales como Administraciones Públicas de ordenación y control del ejercicio médico, lo que no excluye la potestad de la propia Administración frente a los médicos a su servicio, que persigue otros fines, no profesionales, pues la Ley sólo atribuye esa potestad de ordenación de la profesión a los Colegios.

Termino recordando que hoy es un día de confraternidad entre nosotros y vuelvo al Código de Deontología, al título VIII que habla de las relaciones de los médicos entre sí, nunca mejor ocasión para leer y meditar los artículos 37 y 38 que dicen así:

Artículo 37:

La confraternidad entre los médicos es un deber primordial y sobre ella solo tienen preferencia los derechos del paciente.

Los médicos deben tratarse entre sí con la debida deferencia, respeto, lealtad, sea cual fuere la relación jerárquica que exista entre ellos. Tienen la obligación de defender al colega que es objeto de ataques o denuncias injustas.

Los médicos se abstendrán de criticar despectivamente las actuaciones de sus colegas. Hacerlo en presencia de sus pacientes, de sus familiares o de terceros es una circunstancia agravante

Artículo 38:

Los médicos compartirán sus conocimientos científicos en beneficio de los pacientes.

Los médicos que comparten la responsabilidad asistencial de un paciente deben proporcionarse la información necesaria de forma clara y comprensible, evitando las siglas y terminología no habitual. Nunca es aceptable una caligrafía ilegible.

Las discrepancias entre los médicos no han de propiciar su desprestigio público. Se evitará el daño o el escándalo, no estando nunca justificadas las injurias a un colega. Se evitarán las polémicas públicas; las divergencias se resolverán en el ámbito profesional o colegial. ■

**“Medikuen Elkargoen Antolakundearentzat eta Medikuen Elkargoentzat kezka larria da medikuntzaren jarduera profesionala norberaren nahiaren mende uzteko mehatxua, alegia, hautazko bihurtzea sendagileak elkargokide izan daitezela, gaur egun nahitaezkoa dena; kezka larria da, halaber, medikuntzaren jarduera profesional hori legeen eskumenaren mende edo merkatu-irizpideen mende uztea ere.”**  
**“Horrek, funtsean, ekintza medikoaren independentziari eraso egingo liokeelako; izan ere gizarteari zor diogun berme publikoa eta segurtasun-bermea galduko bailirateke. Elkargoa da, edo hala izan behar du, gizartearen bermea, hura ziur egon dadin jarduera medikoa etikoa eta deontologikoa izango dela.”**



**DÍA DEL MÉDICO**

Fotos: © Juantxo Egaña



1.



2.



4.



3.



5.



6.

1. El doctor Guillermo Videgain en un momento de su intervención.
2. Foto de familia de los médicos homenajeados.
3. Imanol Querejeta, Vicepresidente del Colegio, felicita al doctor Videgain.
- 4-5. Vista general del salón de actos en la celebración del Día del Médico.
6. El doctor Videgain posa en el hotel María Cristina con los miembros de la mesa presidencial.



DÍA DEL MÉDICO



Cena de hermandad celebrada en el Hotel María Cristina.

Fotos: © Juntxo Egaña

JON PELLEJERO ARAMENDIA

Letrado Asesor del Colegio de Médicos de Gipuzkoa



# LAS TRANSFUSIONES EN MENORES Y LA NUEVA CIRCULAR DE LA FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO 1/2012

**E**n el mes de octubre la Fiscalía General del Estado emitió una circular sobre los conflictos ante las transfusiones de sangre y otras intervenciones médicas a los menores de edad en caso de riesgo grave.

En esta circular se cita lo manifestado por los tribunales acerca de las transfusiones de sangre a los Testigos de Jehová, pero realmente es una circular de aplicación a toda situación, aunque principalmente pensaremos en las situaciones concretas que tienen lugar con los miembros de esta Confesión Religiosa y a la que nos hemos referido en alguna ocasión en esta revista.

En primer lugar, se debe aclarar que nos encontramos ante una circular de la Fiscalía General del Estado, y no se trata de una norma, pero a pesar de no encontrarnos ante una ley, son unos criterios de gran ayuda para el médico y para que su actuación ante estos casos no deba ser reprochada. Debido a la poca claridad y definición del marco jurídico ante estos casos, la Fiscalía General ha emitido la citada circular a fin

de intentar clarificar la situación y dar unas normas de conducta, dando a los fiscales unos criterios a seguir cuando surjan conflictos.

Nos encontramos ante una situación en la que se enlazan el derecho a la protección a la vida y el derecho a no sufrir tratos inhumanos o degradantes. En este sentido, se debe aclarar que esto es lo que podrían alegar quienes se niegan al tratamiento, puesto que podrían considerar que obligarles a un tratamiento en contra de su voluntad atenta a su libertad de elección y a la libertad ideológica y religiosa. Por lo tanto, existe un conflicto entre dos derechos, y ante este conflicto mediante esta circular la fiscalía pretende clarificar y dar unas pautas de actuación, que se emiten para los fiscales, pero que pueden ser seguidas por los médicos ante estas situaciones y pueden ser de gran ayuda en la actuación médica.

En el presente artículo no nos vamos a referir a este conflicto de derechos ni vamos a valorar la circular, simplemente vamos a exponer las recomendaciones dadas por la Fiscalía General del Estado ante las transfusiones de sangre y otras

intervenciones médicas urgentes y graves que, en opinión de los médicos, se deben realizar a los menores de edad.

Según la circular se considera "menor maduro" a los menores con capacidad intelectual y emocional para comprender el alcance de la intervención. Se encuentran en esta situación los menores que tengan 16 y 17 años (siempre que no sean incapaces o hayan sido incapacitados), los menores emancipados y los menores de 16 años cuando a criterio del médico tengan la suficiente madurez para consentir.

Según la circular de la fiscalía, aunque en el caso de los menores maduros en principio se debe aceptar la voluntad de los mismos, esta voluntad se debe modular cuando se trate de "actuación de grave riesgo" (artículo 9.3.c) Ley 41/2002)

Atendiendo a estas circunstancias, la circular establece los siguientes cuatro supuestos y cómo hay que actuar en cada caso:

**1º Cuando el menor maduro se niega** a una transfusión de sangre u otra



intervención médica con grave riesgo para su vida o salud, y **los padres o representantes legales son favorables** a que se realice dicha transfusión o intervención.

En este supuesto, de conformidad al artículo 9.3.d) de la Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente, el médico podrá llevar a cabo la intervención, sin necesidad de acudir al juez. Sin embargo, si no se trata de una situación de urgencia, sería recomendable plantear el conflicto en el Juzgado de Guardia.

**2º En el caso de que el menor maduro se niegue** a la práctica de una transfusión u otra intervención médica con grave riesgo para su vida o salud, y **los padres o representantes legales también se nieguen** a la misma.

En este caso, el médico deberá plantear el conflicto ante el juez de guardia. Sin embargo, si concurre una situación de urgencia puede llevar a cabo la intervención sin autorización judicial, amparándose en la causa de justificación de un deber y estado de necesidad.

**3º Si el menor maduro acepta la intervención, pero los padres o representantes legales se oponen.**

En este supuesto, el médico puede realizar la intervención y tratamiento sin necesidad de autorización judicial, puesto que no existe un conflicto entre los deseos y opiniones del menor maduro y su derecho a la vida y la salud.

**4º Cuando el menor no maduro y sus padres o representantes legales no aceptan** la intervención, por lo que generan riesgo grave para la vida o salud del menor.

En este caso, se deberá plantear el conflicto ante el Juzgado de Guardia para que se pronuncie, puesto que el médico no puede aceptar la voluntad de los padres porque se encuentra en una posición de garante respecto a su paciente. Sin embargo, en el caso de que se trate de una situación de urgencia y no haya tiempo para acudir al juez, se podrá llevar a cabo la intervención, al existir dos causas de justificación para el médico: el cumplimiento de un deber y el estado de necesidad justificante.

## *Ofrece a los fiscales pautas de actuación de gran ayuda también en la actuación médica*

Sin entrar a valorar estos supuestos, se puede decir que, como suele ser habitual, se deja en manos del médico la decisión de determinar, en primer lugar, si se trata de un menor maduro y, en segundo lugar, si se trata de una intervención urgente por lo que no es necesario acudir al Juzgado de Guardia. Y ante estas situaciones se puede decir que el médico tiene dos opciones: tomar por sí mismo la decisión o acudir al Juzgado de Guardia, pero como se manifiesta en las recomendaciones de la circular, si no se trata de una decisión urgente e inaplazable se recomienda acudir al Juzgado de Guardia cuando el tiempo lo permita, debiendo el juez tomar una decisión de forma urgente.

En este sentido, el procedimiento judicial se califica como urgente e inaplazable, debiéndose tramitar por el Juzgado

de Guardia con la intervención del fiscal que se encuentre de guardia, todo ello de forma preferente y urgente. El médico deberá plantear el problema ante el Juzgado de Guardia fundamentando los motivos por los que se solicita la intervención, correspondiendo al fiscal informar y al juez decidir lo más rápido posible.

Como se acaba de manifestar, en el procedimiento judicial intervendrá el fiscal, el cual según la circular debe partir del hecho de que los menores de edad (en este caso se refiere expresamente a todos los menores de 18 años), se encuentran en proceso de formación y por lo tanto no han alcanzado la plena capacidad, por lo que no se puede dar relevancia a sus decisiones o a las de sus padres o representantes legales cuando las mismas puedan dar como resultado la muerte o graves problemas para la salud del menor.

Como se ha manifestado con anterioridad, en el presente artículo, únicamente se han expuesto las recomendaciones de la fiscalía, sin valorar el contenido de las mismas por considerar que, de cara a la actuación del médico, se considera importante que tenga conocimiento de estas recomendaciones de la forma más sencilla posible, sin entrar en valoraciones jurídicas, éticas y deontológicas más complejas. ■



**farmacia**  
**plaza guipúzcoa**  
Lda. M. López  
R.P.S. Nº 117/10

Idiaquez, 4 (Plaza Guipúzcoa)  
20004 Donostia-San Sebastián  
Tel. 943 427 050  
**Abierto 365 días al año de 09:00h a 22:00h**



## BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES

### > MIR

## Primera sesión de puertas abiertas para los MIR

Una treintena larga de médicos internos residentes de familia, psiquiatría, digestivo, cirugía, pediatría o anatomía patológica de los hospitales del Bidasoa y Universitario Donostia acudió a la sesión de puertas abiertas que, con el fin de mostrar el funcionamiento del Colegio, se convocó por primera vez a través de la vocalía de médicos residentes.

La vocal representante de los MIR en la Junta de Gobierno, Cristina Grau, R2 de familia en el Hospital del Bidasoa, señaló que uno de los objetivos de la actual Junta es potenciar la participación de todos los colegiados. Entre las primeras medidas tomadas por la Junta de cara al acercamiento a los MIR, destaca la puesta en marcha de una nueva dirección de correo electrónico (mir@giseo.org) a través de la cual los médicos residentes hagan llegar al Colegio sus inquietudes.

El Presidente, José María Urkia, por su parte, indicó que el Colegio debe ser un lugar de referencia ético y deontológico para todos los médicos y en especial para los MIR. ■



### > SARIAK

## Begiristain sariaren deialdia

Doctor Don Jose Begiristain Sariaren Patronatuak hogeita zazpigarren saria antolatzen du, Medikuntzako ikerketa-arloan euskarazko lanentzat. 2013. urteko apirilaren 30 baino lehenago helaraziko dira Sariaren Patronatura (Gipuzkoako Sendagileen Elkargora, Frantzia Hiribidea 12, 20012 Donostia).

Oinarrien arabera lanak euskaraz idatziak behar dute izan, jatorrizkoak eta argitaratu gabeak. Testuak gutxienez 15 folioko luzera eta gehienez ere 25 foliokoa eduki beharko du (grafikoak, taulak, irudiak, bibliografia, etab. albo batera utzita). Idatzizko hiru ale eta diskete bat entregatu behar dira, lanaren bukaeran izenorde edo ikurritz bat jarriko da, eta itxita aurkeztuko den aparteko gutun-azal baten kanpoaldean izenorde edo ikurritz hori bera jarriko da, barruan egilearen izen-deiturak, bizilekua, telefonoa eta sinadurarekin batera.

Aurtengo ediziorako Patronatuak bi sari jarri ditu, 2.200 €-koa lehenengoa eta 1.100 €-koa bigarrena. ■

### FE DE ERRATAS

En el número anterior apareció publicado que el vocal Ángel Morales Santos, Jefe de Sección del Servicio de Radiología del Hospital Universitario Donostia, es director de la escuela de la Sociedad Española de Radiología, cuando en realidad es Director de la escuela de Ecografía de la Sociedad Española de Ultrasonidos.

### > COMISIÓN DEONTOLÓGICA

## Ha quedado constituida la comisión deontológica

El pasado mes de octubre ha quedado constituida la comisión deontológica del Colegio encargada de estudiar los temas en relación a las normas corporativas y profesionales y de asesorar, a este respecto, a la Junta de Gobierno. Dicha comisión estará presidida por Milagros Arrieta Ayestaran, médico de familia en el centro de salud Trintxerpe-Pasai San Pedro. Inés Gil Lasa, médico de aparato digestivo del Hospital Universitario Donostia, por su parte, es la nueva secretaria.

Francisco Muñoz García, médico pediatra; Francisco Etxeberria Gabilondo, médico especialista en Medicina Legal y Forense y Profesor Titular de la Facultad de Medicina UPV-EHU, y Javier Palomo Lerchundi, médico del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Donostia y Profesor Agregado de Psiquiatría y Psicopatología de la UPV-EHU son los vocales con que cuenta esta comisión que, según los estatutos del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa, debe estar compuesta por no menos de cinco, ni más de siete personas. ■

### > FUNDACIÓN

## Carlos Placer preside la Fundación del Colegio

La Fundación del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa, entidad encargada, entre otras cuestiones, de la formación de los colegiados, ha constituido su Patronato que ha quedado formado por tres miembros pertenecientes a la Junta de Gobierno del Colegio: Carlos Placer, Presidente, Carmen Lobo, Secretaria, José Ignacio Kutz, Tesorero, y dos vocales externos, Jesús Rosa y Josetxo Echeveste que ya eran patronos de la Fundación.

El Patronato es el órgano de gobierno y representación de la Fundación y debe estar constituido por un mínimo de tres miembros y un máximo de siete. ■

# «CÉLINE Y SEMMELWEIS, DOS MÉDICOS, DOS ÉPOCAS Y PASIÓN POR LA VERDAD MÉDICA»

**L**ouis Ferdinand Auguste Des-touches (1894-1961), conocido como Céline, fue un escritor de culto francés, antisemita redomado y médico. Como tal estuvo en contacto con la miseria y la desgracia de grandes capas de la población, lo que le llevó a preocuparse por la higiene y la medicina social y a dedicar su tesis doctoral a la figura de Ignacio Felipe Semmelweis (1818-1865).

El repaso a la figura de ambos médicos fue el tema elegido por José María Urkia, profesor de historia de la medicina y presidente del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa, para iniciar el ciclo de conferencias Aula Médica Senior que el Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa ofrece mensualmente.

En su tesis sobre Semmelweis, Céline expone la dificultad del avance de la verdad médica y de la fuerza de la burocracia. Y es que a pesar de que Semmelweis fue el iniciador de la antisepsia puerperal, hubo que esperar a que, décadas después, Joseph Lister utilizase en los quirófanos el ácido carbólico como antiséptico para reconocer el valor de la antisepsia.

Según Urkia, la tesis de Céline sobre Semmelweis es una biografía, más o menos novelada, pero “es fundamentalmente una crítica dura a la medicina establecida, a los médicos y a la sociedad, y sobre todo, trata de ver la enfermedad desde el punto de vista del enfermo”.

Céline dice que Semmelweis “tuvo un grandísimo corazón y un gran genio

para la medicina. Permanece, sin duda alguna, como el precursor clínico de la antisepsia ya que los métodos preconizados por él para evitar la fiebre puerperal aún son, y siempre lo serán, oportunos. Su obra es eterna, sin embargo en su época fue completamente despreciado. Hemos tratado de resaltar unas cuantas razones que pueden explicarnos, un poco, la extraordinaria hostilidad que sufrió, pero todo no se explica con hechos, con ideas, con palabras, existe además todo lo que se ignora y todo lo que jamás se sabrá. Pasteur aclararía cincuenta años después la verdad microbiana de manera irrefutable y total. En cuanto a Semmelweis, parece como que su descubrimiento sobrepasó las fuerzas de su genio, esta fue quizás la causa profunda de todas sus desgracias”.

Orientado por su padre, que quiere que sea auditor del emperador, Semmelweis llega a Viena a estudiar Derecho, donde, atraído por dos figuras de la medicina: (Skoda, el gran clínico, y Rokitsky, reputado patólogo) acude a una clase de medicina. Ambos le ayudan a aproximarse a la verdad médica, pero, horrorizado por la muerte que ve cada día, se pregunta ¿Y el enfermo qué? Le aterra que a pesar de las muertes postquirúrgicas por infección los cirujanos sigan operando y la gente siga muriendo.

Aquella pesadilla le llevó a su primera depresión. Vuelve a Budapest a recuperarse, pero regresa a Viena para unirse a Skoda, el gran clínico y Rokitsky, reputado patólogo y trata de dar un pequeño giro a su vida y prepara una tesis sobre las virtudes de las plantas.

Semmelweis es un alumno demasiado brillante y Skoda lo relega, por lo que vuelve a la sala quirúrgica y, en 1845, es nombrado profesor de cirugía. Al año siguiente es nombrado doctor en obstetricia y comienza a trabajar en un hospital de Viena en el que dan a luz mujeres pobres. Nadie, excepto Semmelweis, a pesar de la altísima mortalidad, se inmuta. Semmelweis observa que la mortalidad es mayor cuando el tacto vaginal lo hacen alumnos que previamente han pasado por la sala de disección. Le responden que el problema son los alumnos extranjeros y también que las comadronas son más suaves. Él, sin embargo, lo relaciona con la sala de disección y propone poner lavabos a la entrada de las maternidades. También dice que conviene utilizar un antiséptico: el cloruro cálcico. Los grandes obstetras de Europa le niegan, es destituido y expulsado de Viena por considerar que sus medidas son estúpidas, revolucionarias y provocan desorden.

Vuelve a Budapest donde escribe *La etiología de la fiebre puerperal*, una síntesis de sus años de trabajo en Viena. Es su última esperanza que se torna decepción cuando en París dicen que su teoría “ha sido abandonada incluso por la escuela que, en otros tiempos, la profesó”. Esto le llevó a una fuerte depresión y enloqueció. Céline, dando un aire romántico a su final, dice que, en un momento de arrebató, él mismo se infectó en la sala de disección. La realidad fue más sencilla: se le fue infectando una herida que tenía. Semmelweis falleció con 47 años. ■

GUILLERMO VIDEGAIN

# «EL ONCOLÓGICO ME DIO MUCHO PRESTIGIO»

*A pesar de que la ilusión de Guillermo Videgain Salaberria (Hondarribia, 1920) era ser marino y que los primeros años de medicina no le gustaron, durante más de cuatro décadas ha desarrollado una intensa carrera como otorrinolaringólogo, destacando, fundamentalmente, su labor en el Oncológico donostiarra. Videgain, quien este año ha sido nombrado Colegiado de Honor, fue el impulsor de la Asociación Guipuzcoana de Laringectomizados dedicada a la reeducación de la voz en las personas laringectomizadas.*

LUPE CALVO ELIZAZU

**He leído que usted nació en 1904, por lo que ahora tendría que tener 108 años. Se conserva fenomenal.**

No, esto es un error. En Bilbao había un médico otorrinolaringólogo llamado también Guillermo Videgain, al que le gustaba la ópera y que fue mi padrino. Fue médico de Flea y uno de los fundadores de la ABAO. Él sí tendría 108 años. Nos han confundido y me han hecho nacer en Bilbao cuando he nacido en Fuenterrabía, y yo no soy fundador de la ABAO. Les he dicho que lo corrijan, pero parece ser que no lo han hecho.

**Pero, sí es aquel joven que quería ser marino...**

Sí (risas).

**Entonces, ¿por qué si quería ser marino se hizo médico?**

Mi padre, hasta que se quedó ciego por un desprendimiento de retina, fue médico titular en Fuenterrabía y antes había estado en Segura. En aquella época con la jubilación de un médico de pueblo no daba para vivir (ríe), pero, afortunadamente, teníamos una tía, Amparo, que nos echó una mano. Yo en Fuenterrabía vivía muy feliz y jugaba al fútbol en el Furia Roja.

**¿Ha sido futbolista?**

Sí y jugué también en Valladolid... Pero, ¿por qué me hice médico? En la guerra tuve que ir al Ebro; después camino de África pasamos por Málaga y yo, que tenía dos tíos marinos, fui a la Academia Naval en San Fernando para ser marino, pero me rechazaron porque tenía daltonismo y miopía. Mi padre me dijo que no me hiciese médico, por lo que me fui a Valladolid totalmente desorientado sin saber qué hacer. Allí me encontré con dos amigos, Larrañaga y Aizpurua, que se iban a matricular en medicina, ¡pues yo también! Si me encuentro con dos de química, igual me hubiera hecho químico (se ríe). Cuando llegué a casa y le dije a mi padre que me había matriculado en medicina, me insistió en que hiciera una especialidad, porque los médicos generales lo pasaban muy mal. Aunque el primer año de medicina fue un cachondeo.

**¿Por qué?**

Porque era aprobado general. Hicimos dos años en uno porque durante la guerra todas las universidades estuvieron cerradas y habíamos perdido tres años. El primer curso era de septiembre a febrero; el segundo hasta finales







de agosto. Así hicimos los siete años en cinco, pero no me gustaba y lo pasé fatal.

### **¿Qué era lo que no le gustaba?**

¡Aquellas salas de anatomía a las ocho de la mañana con el frío de Valladolid! Las mesas de mármol con los cadáveres. La sierra que iba partiéndolos en trozos y a uno le tocaba una pierna, a otro un brazo, a otro la cabeza... ¡La hora de anatomía era horrible! También me horrorizaban las autopsias. Le dije a mi padre que no aguantaba más y que me iba a Bilbao a ver si me admitían como marino mercante. "Pero si ya tienes hecho lo más importante. Ahora viene la parte de la patología, que es lo bonito", me dijo. Así hice, pero la primera vez que entré en un quirófano pensé: ¡Qué bestias! ¡Cómo pueden hacer eso! Y tuve que salirme porque no aguantaba, pero luego acabé siendo cirujano...

### **¿Cómo llegó a ser cirujano?**

Pues no lo sé. Seguí en Valladolid en unas condiciones horribles: las pensiones eran muy deficientes, teníamos poco dinero, no teníamos baños, la comida era espantosa y... ¡Qué frío pasábamos! Terminamos la carrera y salieron las oposiciones para residentes internos. Eran veinte plazas y yo debía de tener de las últimas...

### **¿Por qué? ¿No le gustaba estudiar?**

Sí, pero... El caso es que en el hospital de Valladolid solo quedaban dos plazas de médicos internos: ojos y otorrino. Decidí coger otorrino porque tenía un primo otorrino. Hice la licenciatura y saqué sobresaliente (se ríe). Y a los que sacábamos sobresaliente nos daban una beca de un mes en el hospital de Basurto o Valdecilla en Santander. Yo escogí Basurto porque allí trabajaba Pascual de Juan, un otorrino muy famoso, que fue mi maestro. Había estado en la cárcel por masón y no le dejaban residir en Santander, donde era jefe del Servicio de Otorrinolaringología en Valdecilla, por lo que se fue a Bilbao. Cuando le permitieron regresar a Santander, le dije: "Me voy con usted". Así me fui a Valdecilla donde, como la plaza de interno todavía estaba cubierta, estuve un año

externo. Cuando salió la plaza nos presentamos trece, la saqué y estuve tres años más.

Entonces era obligatorio que los internos hicieran su tesis doctoral y la marquesa de Valdecilla entregaba cinco mil pesetas si se sacaba con sobresaliente. Yo tenía 28 años cuando leí mi tesis doctoral en el Hospital San Carlos de Madrid y pensaba: "¿Para qué me he metido en esto, si me la van a rechazar?". El catedrático Jiménez Díaz fue el presidente del tribunal en el que también estaba Antonio García Herrán, que era quien realmente había leído mi tesis, y me dijo: "Te felicito y felicítale también en mi nombre al doctor Pascual de Juan porque tiene usted un sobresaliente cum laude".

### **Recibiría entonces las 5.000 pesetas de la marquesa de Valdecilla...**

Pues no, porque había habido un lío y pasamos a depender del Instituto de Técnicas Científicas que tenía mucha más categoría, pero menos dinero (se ríe). Cuando terminé la especialidad volví a casa muy contento y pedí dinero a mi tío Juan José Petit para instalar una consulta en Irun, donde me iba bastante bien, pues ser médico de Valdecilla en aquella época tenía mucha fama.

Como Irun me resultaba pequeño, me vine a San Sebastián donde no conocía a nadie... ¡No puedes imaginar las horas que pasé sin ver un enfermo! Poco después, el oculista Enrique Garmendia, el especialista de pulmón Freijo, y yo decidimos ir los sábados, día de feria, a Elizondo. Yo ya estaba casado con Carmen Aristegui, que ¡no sé cómo me aguantó por el hambre que le hice pasar! (se ríe). Cogía el topo en San Sebastián a las seis de la mañana y en Irun, a las siete, el tren a Elizondo [el Tren "Txikito", entre Irun y Elizondo, funcionó entre 1916 y 1956]. Alquilamos un piso y pusimos una especie de quirófano en la cocina. Yo solía quitar las amígdalas y dejaba al médico de Elizondo al cuidado del enfermo para que si pasaba algo lo llevase a la clínica a Irun. ¡Era el único pueblo en que sacábamos dinero!

Luego se abrió la clínica de San Juan de Dios para niños pobres y allí fui a trabajar gratis. En Irun me tocó ver a un enfermo con un cáncer de laringe, que allí no podía operar; pregunté que



### ***La primera vez que entré en un quirófano pensé: ¡Qué bestias! Y acabé siendo cirujano***

dónde podía operar y Ayestaran me dijo que en el Instituto Oncológico había una habitación para privados en la que podía hacerlo tranquilamente. Me ayudó un amigo psiquiatra (se ríe), pero que había hecho algo de neurocirugía, un practicante y Sor María: una navarra muy brutica, pero buena persona y eficaz.

Además, había un otorrino muy bueno, Castañeda, al que le pregunté si le importaría dejarme el puesto del Oncológico. "¡Encantado!", me dijo. Para mí fue una salvación porque estuve once años, aunque sin sueldo.

### **Entonces, ¿por qué lo hacía?**

Aquello me dio una formación quirúrgica mayor que la de cualquier cirujano de Madrid. Tenía mucha experiencia con los irradiados, que decían que no se podían operar. Entonces la radioterapia era convencional y no servía para gran cosa, por lo que tenía que volverlos a operar. ¡Operaba a cientos! Comencé a publicar e hice más de cien comunicaciones, asistencia a congresos... Aquello del Oncológico me dio mucho prestigio.

Luego me llamó un otorrino que tenía plaza, pero ni idea de operar, y llegamos al acuerdo de que yo operaba y él figuraba. Después me dieron una plaza en el ambulatorio de Gros donde tenía una hora para ver a los enfermos. A veces hasta cincuenta. ¡Era imposible! Además había que operar allí y tenía su riesgo. Yo pedía hacerlo en la Residencia, pero acababa agotado: estaba en el Oncológico, en la consulta privada, en la Seguridad Social. ¡Estaba de un humor! Pedí una excedencia en la Seguridad Social y me preguntaron que por qué, "pues porque me estáis mandando a todos los enfermos de la provincia

para que los opere yo. Y no soy Dios", comenté. "¿Qué dice? Si aquí nadie puede vivir sin la Seguridad Social". "Pues me moriré de hambre y quizá dentro de algún tiempo vengo de rodillas a pedir la plaza", dije. Dejar la Seguridad Social supuso una liberación. Prefería estar trabajando gratis en el Oncológico que cobrando en la Seguridad Social. ¡Y resulta que cada vez trabaja más! Donde disfrutaba era en el Oncológico pues tenía la suerte de hacerme amigo del paciente. Luego creé la Asociación Guipuzcoana de Laringectomizados...

### **¿Cómo comenzaron las clases para que los laringectomizados aprendieran a hablar?**

La reeducación de los laringectomizados comenzó en Estados Unidos, pero yo la conocí en Buenos Aires, donde estaba muy bien organizada. Se me ocurrió hacerlo aquí y se me presentó un señor de Hernani, que había sido operado en París y había recibido clases, y sabía cómo hacerlo. Le dije que íbamos a fundar la Asociación Guipuzcoana de Laringectomizados y una escuela para enseñar a hablar.

Yo disfrutaba con los enfermos. Éramos amigos. Luego llegan los honores: presidente de la Sociedad de Otorrinolaringología del norte de España; de la Sociedad Española de cirujanos de cabeza y cuello; miembro de honor de la Fundación Portman de Burdeos; miembro de la Sociedad francesa de Otorrinolaringología...

### **Todo esto sin querer ser médico...**

Je, je, je (se ríe).

### **También ha hecho cine médico.**

¡Mucho! Eso comenzó porque un día vinieron del Gobierno Vasco al Oncológico y nos preguntaron qué nos haría falta. Alguien dijo que una cámara de cine para poder mostrar fuera lo que hacíamos y nos concedieron una instalación casi de profesionales. Tuvimos dos premios en el Festival de Cine Médico que organizaba en San Sebastián el doctor Munoa. Tras lo cual presenté al Certamen Internacional de Cine Médico de Badajoz una cinta en la que hablaba de la comunicación de los laringectomizados y hacía un poco de historia con la escuela, las técnicas... y me dieron el primer premio en la categoría de cirugía de cabeza y cuello. Un miembro del





*También hice una gran labor sobre la sordera profesional. Incluso di clases a médicos de empresa*

jurado me dijo que había gustado mucho y que habían comentado que era estilo Woody Allen: mezcla de tragedia y alegría. Hicimos diez o doce videos, pero el importante fue ese.

### **¿Cuándo se jubiló?**

Cuando cumplí 70 años, aunque seguí trabajando unos años. Lo dejé un día en que mi enfermera me dijo: "Don Guillermo, ¿sabe que estamos perdiendo dinero?". Me ha salvado el golf, pero ahora lo que más echo de menos son los amigos que se han ido muriendo, porque ya los jóvenes no quieren jugar conmigo (se ríe).

### **Además del golf tiene otras aficiones como la tauromaquia...**

Eso vino después, porque pertenezco a la Sociedad Española de Médicos Escritores y Artistas e hice una comunicación sobre Goya y su sordera. Después se me ocurrió transformarla, pues Goya era muy taurino, así que hablé con el Foro Taurino y les gustó. Seguí investigando y continué con Picasso y Zuloaga. Tuve que dar una conferencia sobre toros en Sevilla. ¡Qué valor! Luego en Córdoba. He estado tres veces en Logroño... También he analizado los escritores que han tratado los toros en la literatura. Eso me entretenía mucho. Ahora ya no tengo temas (se ríe), así que muchas tardes me aburro. Me horroriza vivir demasiado, mi tope serían los 95 años. Voy a empezar a no oír...

### **Bueno, pero ha habido sordos geniales.**

Sí, di aquí la conferencia sobre Goya y Beethoven.

### **Incluso llegó a decir que la humanidad tendría que estar agradecida por su sordera.**



© Juantxo Egaña

Sí. Tengo que decir que también hice una gran labor sobre la sordera profesional porque en aquella época se trabajaba 10-12 horas sin ninguna protección de oídos. En Patricio Echeverría, por ejemplo, había un médico que decía: "No hay derecho, estamos creando sordos a los 30 años". Un día vino a hablar conmigo y le dije que se podría hablar con la empresa para evitarlo y que yo le haría un informe sobre

cómo mejorar la situación. Luego comenzaron a venir de muchas más empresas. Incluso en Pakea daba clases a médicos de empresa. Creo que hice bastante labor.

### **¿Está satisfecho con el trabajo realizado?**

Creo que sí. Aunque habré hecho también alguna barbaridad, porque nadie es perfecto. ■



# In Memoriam



**Mª ÁNGELES SARASOLA  
IZAGUIRRE**

Azaroaren 2an zendu zen Mª Angeles Sarasola Izaguirre, gure lankide maitea, 59 urtekin, gaixotasun luze baten ondorioz.

Ikasketak Valladoliden egin zituen eta nahiz Asuntzión klinikan hasi bere jarduera profesionala denbora luzeena lehen mailako arretan eman du, Alegin eta Tolosan bereziki.

Ozen esan dezakegu bere lanbidea maitatzen zuela eta lankide bikaina izan dela. Ez zuen gainazalek ezer egiten, sakon eta zuhurtziaz baizik. Pazienteak erruz maitzaten zuten eta errespetuz tratatu ere. Bera izan da beraien gidari fina, baita bere familikoa ere.

Esan bezela gaixotasun larri eta luze batek eraman du gure ondotik eta horretan ere, izugarrizko indarra eta duintasuna erakutsi digu. Askok ikasi dugu zuregandik.

Gorputz txikia baina kementsua beti, heriotzaren aurrean ere!

Ihaurietan txilaba baten falta sumatuko dugu baina zure irrifarrak beti iraungo du gure begietan eta zure oroimenak gure bihotzetan.

Agur Marian.

**Zure lankideak**



**CARLOS PÉREZ SANZ**

Nació en Barakaldo el 21 de noviembre de 1948. Murió el 9 de noviembre de 2012. Cursó la carrera de Medicina en la Universidad de Valladolid y en la C.U.N. de Pamplona.

Realizó la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología en el Hospital Universitario de Cruces, en Bilbao, ejerciendo dicha especialidad en el Hospital Universitario de Donostia, donde ingresó por oposición en 1977 y hasta el momento actual, junto a la actividad privada en el Centro Sanitario Clínica El Pilar. Mantuvo una fuerte relación con ambientes deportivos, (principalmente el baloncesto), atendiendo a gran número de deportistas.

Aficionado al golf, lo practicaba en el escaso tiempo que le restaba a su labor asistencial. Le gustaba escribir, conversar y sobre todo cultivar la amistad, en una constante aspiración a disfrutar de lo verdadero.

Gracias a su espíritu generoso formó parte de la O.N.G. D.O.A, realizando su trabajo solidario en el Hospital "Hermano Pedro" en La Antigua, Guatemala.

Compartió y apoyó su vida con la de su esposa Carmen Chalbaud y sus hijos Alexia, Gabriela y Javier, a los que arropamos con un inmenso abrazo.

Organizaba todas las actividades lúdicas del Servicio con una ilusión que contagiaba y unía al resto de compañeros.

Se quedarán con nosotros tus sueños, tus palabras, tu risa... para siempre.

**Servicio de Traumatología  
del Hospital Universitario Donostia**

# altas y bajas

## altas

### Septiembre 2012

Feito Perez, Jorge  
Bermejo Gonzalez, Nicolas  
Sistiaga Suarez, Jon Alexander  
Alonso Galan, Horacio  
Felpete Lopez, Patricia  
Mandaluniz Elgueazabal, Deiene  
Arredondo Calvo, Pablo

### Octubre 2012

Azpitarte Pardo, Maite  
Canton Aller, Emilio

### Noviembre 2012

Kartashova, Liudmila  
Apellaniz Badiola, Oihana  
Muñoz Alonso, Amaia  
Palacin Chávez, Karim Estela  
Delgado Alvarado, Manuel  
Kutz Leoz, Marcos

## bajas

### Septiembre 2012

Azueta Etxebarria, Ainara  
Guijarro Ceballos, Rafael  
Melillo, Mario Osvaldo

### Octubre 2012

Lopez Velasco, Rafael  
Altuna Errazquin, Juana Maria  
Diaz Lopez, Lorea

### Noviembre 2012

Casis Sáenz, Ernesto  
Genin Etcheberry, Thierry

## fallecimientos

Mª Ángeles Sarasola Izaguirre  
Carlos Pérez Sanz

## BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES

### > PREMIO

## Imanol Querejeta premiado por la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica

El primer premio del XVII Premio Amadeo Sánchez Blanqué al mejor póster en investigación clínica en Psiquiatría ha recaído en el trabajo *Gravedad clínica* en primeros episodios psicóticos: rol de la cognición y reserva cognitiva en un estudio longitudinal, realizado entre el Hospital de Cruces, el Hospital Universitario Donostia, la EHU/UPV y la Universidad de Deusto, grupo perteneciente a la red CIBERSAM G16, y cuyo primer firmante es Imanol Querejeta Ayerdi, Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Donostia y Vicepresidente del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa. Dicho trabajo fue expuesto en el XVI Congreso Nacional de Psiquiatría -organizado conjuntamente por la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica y la Sociedad Española de Psiquiatría- celebrado en Bilbao el pasado mes de septiembre.

El Premio Amadeo Sánchez Blanqué es promovido por la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB) y patrocinado por Laboratorios Lilly.

La Sociedad Española de Psiquiatría Biológica es una asociación de carácter científico cuyo fin es promover el estudio de la conducta humana a través de la Psiquiatría Biológica; asimismo, fomenta el establecimiento de unidades o programas docentes y de investigación dedicados a fortalecer y promocionar la investigación, la docencia y divulgación de los trabajos realizados por sus miembros. ■

### > HITZALDIA SALAMANCAN

## Salamancako unibertsitatean izandako irakasle euskaldunei buruz



© Manuel Prado

Miguel de Unamuno idazle eta pentsalaria-ren heriotzaren 75. urteurrenean, "Unamuno visto por los vascos. Insignes maestros de la Universidad de Salamanca: Granjel y Tellechea" izenburupean, Jose Mari Urkiak hitzaldia eskaini zuen pasa den urrian Salamancako kasinoan. ■

### > PREMIO BEST IN CLASS

## El mejor por quinto año consecutivo



El Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Donostia ha recibido, por quinto año consecutivo, el Premio Best in Class que lo reconoce como el mejor servicio de urgencias de todo el Estado. Este servicio, en el que trabajan unos doscientos profesionales (médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, administrativos...), después de medir hasta 100 parámetros distintos, desde informes médicos hasta encuestas de satisfacción de pacientes, ha sido reconocido nuevamente como el mejor.

El premio Best in Class -promovido por Gaceta Médica y la Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos- tiene como objetivo reconocer al mejor centro de Atención Primaria, al mejor hospital y a los mejores servicios o unidades, tanto públicos como privados, que buscan la excelencia en la atención que prestan a sus pacientes, otorgado al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Donostia reconoce a los mejores hospitales y centros de todo el Estado.

En la imagen, de izquierda a derecha, tras recoger el diploma acreditativo, aparecen el Dr. Manolo Cancio, jefe de Sección; el Dr. Busca, jefe del Servicio de Urgencias; M<sup>a</sup> Jesús Preciado, supervisora del Servicio de Urgencias; y el Dr. José Ramón Aginaga, jefe de Sección. ■

# CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA. GUÍA DE ÉTICA MÉDICA 2011

**I**niciamos este apartado con la intención de dar a conocer y analizar artículos del actual código de deontología y guía de ética médica,<sup>1</sup> así como las declaraciones de la Comisión Central de Deontología. Es objetivo de la Comisión Deontológica abrir un espacio para debatir estos aspectos y recoger, si se consideran necesarias, propuestas para un futuro código.

A lo largo de la historia, en el mundo occidental, los médicos han elaborado sus propios códigos y estos se han ido modificando en función de acontecimientos sociales, culturales y avances científico-técnicos alcanzados por la medicina y la biología.

El juramento hipocrático es considerado el primer código del mundo occidental. Se cree fue escrito entre el siglo V a.C. y el I d.C. y se ha ido transmitiendo en escuelas y facultades de medicina durante 2.000 años con pocas variaciones. Algunos de sus deberes siguen estando vigentes en la actualidad, como hacer el bien, no dañar, guardar secreto. Otros se han ido modificando. Entre estos el paternalismo médico, la pasividad del paciente, el planteamiento del aborto.

No hay código que pueda abordar la complejidad de los problemas éticos de una sociedad cada vez más plural y compleja como la nuestra. Siempre habrá dilemas por resolver, situaciones excepcionales, etc. Sin embargo, la existencia de un código deontológico (en adelante, C.D.) se considera necesaria para guiar la conducta profesional del médico. En esta última actualización del C.D., se trata por primera vez de la sedación en cuidados paliativos y la docencia médica.

## *La buena comunicación de las malas noticias requiere un aprendizaje específico*

## *Toda persona tiene el derecho a que se respete su voluntad de no ser informada*

En este texto analizaremos tres aspectos de la relación medico-paciente recogidos en el C.D.: la presentación, la información y la historia clínica.

Según el **artículo 10** del C.D., es un elemento esencial de la información dar a conocer al paciente o a sus allegados la identidad del médico responsable de su proceso asistencial, así como la de aquel que en cada momento le preste asistencia.

En nuestra sociedad del siglo XXI en el ámbito médico se suprime la presentación con frecuencia. La presentación no es un acto social sino de identificación del médico, del interlocutor, esencial en la relación médico-paciente. La situación se hace más compleja cuando el trabajo es en equipo y no hay designado un médico referente.

Nuestro código también hace referencia al tacto necesario a la hora de transmitir la información. Así, según el

**artículo 15.1**, el médico informará al paciente de forma comprensible, con veracidad, ponderación y prudencia. Este artículo también dice que cuando la información incluya datos de gravedad o mal pronóstico, se esforzará en transmitirla con delicadeza de manera que no perjudique al paciente.

Los artículos del C.D. están estrechamente relacionados con la legislación vigente. El artículo 4.2 de la Ley básica 41/2002<sup>2</sup> recoge los derechos del paciente sobre la información asistencial y dice: "la información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad".

Como hemos visto, además del deber legal de informar, el Código recoge un deber superior de no perjudicar al paciente con la información. Por lo que la buena comunicación de las malas noticias requiere un aprendizaje específico con el fin de evitar que las malas noticias sean aún peores y se produzca una "iatrogenia" de la comunicación.

Buckman y colab.<sup>3</sup> establecieron un protocolo escalonado en seis etapas para la comunicación de malas noticias en medicina que se recoge a continuación:

1. Preparar el contexto físico adecuado
2. Averiguar cuánto sabe el paciente
3. Encontrar lo que el paciente quiere saber
4. Compartir la información
5. Responder a los sentimientos del paciente
6. Planificación y seguimiento del proceso



El artículo 4.3 de la Ley básica 41/2002<sup>4</sup> señala que “el médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle”.

El código, en el **artículo 15.2**, también señala que *la información debe transmitirse directamente al paciente, a las personas por él designadas o a su representante legal. El médico respetará el derecho del paciente a no ser informado, dejando constancia de ello en la historia clínica.*

La ley básica reguladora de la autonomía del paciente, por su parte, en el artículo 5.1, determina que el titular del derecho a la información es el paciente, al tiempo que recoge que también serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada.

En nuestro entorno dar la información al paciente es relativamente novedoso, pero no podemos olvidar que la intención de “proteger” al paciente, no dando información, en ocasiones puede empeorar la calidad de la prestación asistencial. La información, entendida como proceso bidireccional, es la que va a poder permitir tomar decisiones.

El tercero de los aspectos mencionados es la historia clínica electrónica, sobre la que el **artículo 19.9** del C.D. indica que *solo es conforme a la ética cuando asegura la confidencialidad de la misma, siendo deseables los registros en bases descentralizadas.*

Hoy día, el tratamiento informatizado de los datos de la Historia Clínica hace difícil mantener la confidencialidad, que está íntimamente relacionada con el secreto profesional. Ya en el juramento hipocrático se establecía el deber de mantener el secreto, deber que hoy en día sigue vigente.

El artículo 18 de la Constitución española garantiza el derecho a la intimidad y el artículo 10.3 de la Ley General de Sanidad<sup>5</sup> establece el derecho a “la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público”.

También el artículo 7 de la Ley 41/2002<sup>6</sup>

recoge el derecho a la intimidad e indica que:

1. “Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley”.

2. “Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes”.

El derecho a la intimidad y el deber de la confidencialidad están ampliamente recogidos en la legislación y en el C.D y son la base para garantizar la confianza en la relación médico-paciente. La novedad del formato electrónico de la historia clínica tiene sus ventajas y también sus inconvenientes, siendo la confidencialidad un elemento frágil que requiere cuidados específicos. ■

<sup>1</sup> Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica 2011

<sup>2</sup> Ley básica 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación

<sup>3</sup> Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guías de Práctica Clínica del SNS

<sup>4</sup> Ley básica 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación

<sup>5</sup> Ley General de Sanidad

<sup>6</sup> Ley básica 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente

euskara ikastaroak

  
**URumeaEUSKALTEGIA**

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

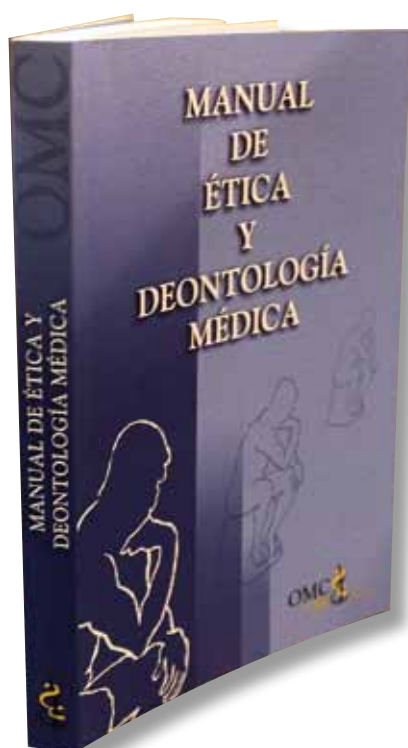
[info@urumeaeuskaltegia.com](mailto:info@urumeaeuskaltegia.com)

**Altzan**  
Bertsolari Txirrita, 23  
943 40 03 16

**Donostian**  
Prim,9 (Gernika pasealekua)  
943 46 46 55



# EL MANUAL DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA, PRESENTADO POR LA OMC, DESARROLLA EL ACTUAL CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA



**T**ras dos años de trabajo, la Organización Médica Colegial ha publicado el Manual de Ética y Deontología Médica que precisa y amplía el Código de Deontología Médica vigente desde 2011 y de obligado cumplimiento para los profesionales. Con esta obra, la OMC se ha marcado como objetivos: explicar algunos artículos del Código de Deontología Médica que despiertan mayores controversias (objeción de conciencia, actitud ante el dopaje, reproducción humana, trasplantes, etc.); promover y facilitar a los médicos españoles su formación en Deontología; adquirir habilidades para la interpretación y aplicación del Código de Deontología Médica; aportar material didáctico para los miembros de las Comisiones de Deontología de todos los colegios médicos

del Estado; y facilitar la formación online a las entidades médicas iberoamericanas, a través del campus virtual de su Fundación para la Formación (FFOMC). El manual consta de 379 páginas y ha sido elaborado por la Comisión Deontológica de la OMC.

Para Juan José Rodríguez Sendin, presidente de la OMC, aunque “ningún manual de ética médica podrá sustituir la experiencia e integridad del médico, sí le valdrá para recordarle las obligaciones y deberes que, como profesional, debe cumplir y que el Código de Deontología Médica establece como de obligado cumplimiento”.

Uno de los capítulos más amplios del Manual es el dedicado a las relaciones del médico con sus pacientes que, a lo largo de más de treinta páginas, desglosa la confianza en la relación médico-paciente, la autonomía del paciente y las circunstancias especiales en la aplicación de esta autonomía como la huelga de hambre, el rechazo a ciertos tratamientos por motivos éticos y/o religiosos, la información al paciente con enfermedad grave o la confidencialidad y medidas preventivas. Este capítulo finaliza abordando la historia clínica que el médico tiene el deber y el derecho de redactar para la mejor asistencia del paciente y en la que los datos son confidenciales y deben estar protegidos.

El Manual, según el doctor Joan Monés, coordinador de la obra, “desarrolla los artículos del Código de Deontología Médica en los que no se acepta la existencia de seres humanos carentes de valor y se posiciona a favor de la vida humana en cualquier estadio, incluidos los primeros y últimos, ya que son equivalentes en dignidad y, por tanto, reclaman un idéntico respeto médico”. Y, a la vez –asegura–, “el Manual explica cómo el Código de Deon-

tología Médica acata la legislación que contempla la despenalización del aborto, respetando a la vez la voluntad de las mujeres que decidan interrumpir su embarazo o a los médicos que practiquen abortos, tal y como se refleja en el artículo 55.1”.

En el preámbulo del Manual, escrito por los doctores Marcos Gómez Sancho, presidente de la Comisión Deontológica de la OMC, y Joan Monés, miembro de la Comisión, se hace referencia a los principios esenciales de la profesión médica que recoge el Código de Deontología y se basan en actitudes, responsabilidades y compromisos básicos como el fomento del altruismo, la integridad, la honradez, la veracidad, la empatía, el estudio, la autoevaluación y la autorregulación.

Sobre la autorregulación el Manual establece que hay que ejercerla mediante la transparencia, la aceptación y corrección de errores y conductas inadecuadas y la correcta gestión de los conflictos. Y recuerda las palabras de uno de los mayores referentes en deontología médica en España, el Dr. Gonzalo Herranz, quien ha asegurado que “con el Código de Deontología, los médicos aceptan ante la sociedad el desafío, el deber, de ser veraces de confesar sus errores, de pedir perdón por ellos, de poner empeño firme en evitar que vuelvan a producirse”.

Otros de los aspectos que aborda y amplía el Manual de Ética y Deontología Médica son la calidad de la atención médica, el secreto profesional del médico, la atención al final de la vida, las pruebas genéticas, la investigación médica sobre el ser humano, la tortura y vejación de la persona, el dopaje deportivo, el trabajo en las instituciones sanitarias, las relaciones de los médicos entre sí y con otros profesionales de la salud y los médicos peritos. ■

EDUARDO RAMOS



© Iñigo Ibáñez

## «YA NO SE TRATA DE EXTIRPAR EL TUMOR A CUALQUIER PRECIO, SINO DE CONTROLARLO»

*San Sebastián ha acogido recientemente el XIII Congreso de Radiocirugía, organizado por Onkologikoa, en el que han participado más de 150 especialistas internacionales. Cabe destacar la presencia de, entre otros, los doctores Bodo Lippitz, del hospital Bupa Cromwell de Londres, que analizó la relación coste-efectividad de la Radiocirugía, Jean Régis, del Centro Hospitalario La Timone de Marsella y Presidente de la Sociedad Internacional de Radiocirugía, quien habló de los neurinomas del acústico o Beatriz Amendola, miembro y fellow de la Sociedad Americana de Oncología Radioterápica y Directora del Innovate Cancer Institute, que presentó la Stereotactic Body Radiation Therapy. El Congreso ha sido presidido por el doctor Eduardo Ramos, neurocirujano de la Unidad de Radiocirugía de Onkologikoa y presidente de la Sociedad Vasca de Neurocirugía.*

LUPE CALVO ELIZAZU

### **Antes de nada, ¿qué es la Radiocirugía Estereotáctica?**

Es un tratamiento no cruento, no quirúrgico, durante el cual se administran altas dosis de radiación dirigidas con

alta precisión. La tecnología estereotáctica -3D- es guiada por ordenador hacia lesiones intracerebrales (tumores, malformaciones vasculares, etc.) habitualmente en una dosis única, con el fin de detener su progresión, disminuir su volumen o destruirlas.

Hay que decir que la Radiocirugía no extirpa el tumor o la malformación vascular, sino que destruye las células tumorales y detiene el crecimiento de las células activas con el paso del tiempo, consiguiendo, en el caso de las malformaciones arterio-venosas,



su cierre en porcentajes superiores al 85 % al tercer año del tratamiento dependiendo de su volumen y angioarquitectura. Dependiendo del tipo de tumor tratado, en porcentajes igualmente elevados, también se consigue el control de crecimiento tumoral.

### ¿Cuánto tiempo hace que se aplica esta técnica y en qué casos?

La técnica nació en 1951, en el Instituto Karolinska de Estocolmo, de la mano del neurocirujano Lars Leksell que ideó aplicar la navegación intracerebral en 3D -que causaba lesiones mediante sondas o electrodos dirigidos con altísima precisión en zonas cerebrales específicas- cambiando los electrodos, por haces finos de radiación dirigidos con igual precisión. Durante treinta años, se fue desarrollando mediante el sistema de irradiación Gamma Knife. Y experimentó su mayor difusión a finales de los 80, cuando la tecnología permitió utilizar los aceleradores lineales (LINAC) para la realización de la técnica. Aquí, la Unidad de Radiocirugía de Onkologikoa, la quinta del Estado, se inauguró el 23 de febrero de 1995 y desde entonces más de 2.500 pacientes de toda la comunidad autónoma vasca se han beneficiado de esta técnica.

### ¿Cómo se efectúa el tratamiento?

Habitualmente es un único tratamiento con el paciente despierto y anestesia local. Onkologikoa cuenta con especialistas de alto nivel que valoran, coordinan y tratan, en sesión clínica previa y de manera individual, las posibilidades de tratamiento de cada paciente-candidato desde los distintos puntos de vista (quirúrgicos, médicos, físicos, etc.) y elabora el protocolo de tratamientos combinados. El tratamiento es llevado a cabo por un grupo interdisciplinario de profesionales, que incluye neurocirujanos con conocimientos en los procedimientos estereotácticos y de cirugía mínimamente invasiva; neuroradiólogos; radio oncólogos; físicos-médicos expertos en radiación y enfermeras especializadas, que hacen que el tratamiento sea llevado a cabo por un equipo integral, altamente profesional, cuyo objetivo es la obtención del tratamiento óptimo y adecuado del paciente mediante la calidad global entendida como la suma de las calidades individuales coordinadas.



## La Radiocirugía destruye las células tumorales y detiene el crecimiento de las células activas

### ¿Cuál es el protocolo del tratamiento?

Tras implantarle al paciente, con anestesia local, un marco estereotáctico se le realizan un TAC y una resonancia magnética. Se analiza la información obtenida y se fusiona en un programa informático que permite la planificación del tratamiento y el cálculo exacto de las coordenadas a seguir para llegar hasta la lesión. Cuando se trata de una malformación arterio-venosa, a todo lo anterior, se le añade la realización de un estudio con contraste (angiografía) a nivel cerebral. Durante el procedimiento se administran haces finos de radiación generados en unidades de mega voltaje (Ciclotrón, Gamma Knife, Acelerador Lineal) que, dirigidos con alta precisión y de forma convergente y adaptados a la forma de la lesión, cubren la misma con una alta dosis de irradiación, evitando, sin embargo, la administración de dosis tóxicas a los tejidos adyacentes. Esto permite el tratamiento de muy diversos tipos de lesiones intracraniales, muchas de ellas inaccesibles al tratamiento neuroquirúrgico convencional, evitando el riesgo de secuelas y mortalidad del mismo.

### ¿Qué beneficios ofrece esta técnica a los pacientes y qué escenario se abre ante el futuro?

Muchas de las lesiones cerebrales que antes se consideraban inoperables, ahora son tratables con Radiocirugía, sin necesidad de realizar apertura del cráneo. Hablamos de los schwannomas o neurinomas del acústico; los craneofaringiomas; adenomas de hipófisis; meningiomas; neuralgias del trigémino refractarias a tratamiento convencional. Especialmente las MAV y las metástasis cerebrales están claramente indicadas para su tratamiento con Radiocirugía, dados los excelentes resultados en la li-

teratura de series con grandes volúmenes de pacientes y largos seguimientos, algunos de más de 20 años.

Si el volumen tumoral es grande -tiene un diámetro mayor de 3 centímetros o más de 14 cc de volumen- la cirugía y la Radiocirugía se convierten en técnicas complementarias. Es decir, se realiza una extirpación subtotal no agresiva, a la que se suma el tratamiento complementario con Radiocirugía sobre el resto tumoral en área sensible. En malformaciones arterio venosas, otro ejemplo de alta efectividad es el tratamiento combinado embolización neurorradiológica, seguida de radiocirugía. Y es que ya no se trata de extirpar quirúrgicamente el tumor en su totalidad a cualquier precio, sino que se trata de controlarlo. Todo esto ha cambiado el modo de entender, indicar y tratar de la neurocirugía tradicional.

### Usted ha sido el presidente del Congreso que el pasado mes de octubre la Sociedad Española de Radiocirugía ha celebrado en San Sebastián, ¿qué balance hace del mismo?

En opinión de los participantes, el curso pre-congreso y de difusión fue excelente ya que se hizo un repaso de la historia de la Radiocirugía, sus fundamentos físicos y biológicos, tecnología, indicaciones y resultados en dieciocho charlas con quince ponentes, coautores del primer libro sobre Radiocirugía escrito en castellano con colaboración internacional, y que se presentó en el Congreso. Asimismo, se analizó la situación actual de la Radiocirugía a nivel internacional, sus indicaciones y resultados actuales que fueron estudiados por más de 150 especialistas internacionales que aportaron sus experiencias desde diversos campos como la Neurocirugía, Neuroradiología, Neurología, Oncología radioterápica, Oncología médica, O.R.L., Física médica, Cirugía torácica, etc.

### ¿Qué van a aportar las nuevas técnicas en el corto plazo?

El Congreso abordó la evolución de la Radiocirugía, ya que gracias a los avances tecnológicos, informáticos y de imagen, no solo se aplica a nivel cerebral con alta precisión sino también a nivel de Radiocirugía extra craneal. Así, la Dra. Beatriz Amendola, miembro y *fellow* de



© Iñigo Ibáñez

la Sociedad Americana de Oncología Radioterápica, ASTRO, y Directora del Innovate Cancer Institute, habló sobre la implementación en Estados Unidos de la Stereotactic Body Radiation Therapy (SBRT), su evolución y situación actual. La Radiocirugía, por lo tanto, ha dado el salto y ahora se aplica en lesiones tumorales a nivel de pulmón, mama, hígado, columna vertebral, etc. Es decir, se aplica en órganos "en movimiento" con una precisión similar a la cerebral. La última sesión trató sobre el futuro de la Radiocirugía basado en las nuevas tecnologías, entre ellas la Tomoterapia con la que cuenta Onkologikoa, una de las cinco Unidades del Estado.

**Uno de los objetivos de este congreso era el de demostrar la relación entre el coste y la eficacia de la Radiocirugía en determinados casos de cáncer. Háblenos de la eficacia de esta técnica.**

El Doctor Bodo Lippitz, profesor de Neurocirugía en el Bupa Cromwell Hospital de Londres, analizó la relación coste-efectividad de la radiocirugía en la charla inaugural, donde indicó que el futuro de la Radiocirugía pasa por su

valoración según la Medicina Basada en la Evidencia y el análisis de su relación coste-efectividad. Para el tratamiento de ciertos tipos de tumores cerebrales, su efectividad es similar, e incluso superior, a la cirugía convencional. Sus costes, por lo tanto, son inferiores tanto respecto a la técnica en sí como respecto a la calidad de vida y reinserción social y laboral del paciente, ya que con la Radiocirugía se evita la cirugía y, por tanto, muchos de sus efectos secundarios como dolor, infección, hemorragia, cuidados médicos intensivos, reincorporación a su actividad habitual, etc.

**¿Cuál es el futuro?**

Los cientos de miles de pacientes tratados mundialmente hasta la actualidad, con seguimientos en ocasiones de más de 20 e incluso algunas series 30 años y reflejados en la literatura, avalan esta técnica y no entendemos porqué, por ejemplo, en España actualmente solo se trata al 30% de los pacientes con metástasis cerebrales que podrían beneficiarse de ello. Máxime si tenemos en cuenta el excelente índice coste-efectividad. El avance tecnológico con equipos de radioterapia robotizados

unido al gran desarrollo de las técnicas de imagen, que permiten incluso la fusión informática de estudios de imagen realizados con TAC, Resonancia Magnética, Angio RM y el PET están permitiendo que la Radiocirugía pueda aplicarse cada vez con mayor precisión. Incluso podría decir que logramos una precisión submilimétrica, lo que nos permite tratar con éxito lesiones cerebrales como tumores, tanto malignos como benignos, incluso aquellos localizados en áreas críticas, inaccesibles o de alto riesgo quirúrgico hasta la actualidad.

Nuestro deber es difundir y dar a conocer los resultados contrastados del tratamiento con esta tecnología en las diversas indicaciones que deben ser valoradas multidisciplinariamente por los miembros de las unidades de Radiocirugía y de forma individual en relación al paciente, pues cada paciente es único y su tratamiento también. Al menos esta es nuestra opinión y filosofía de trabajo. Esperemos que este Congreso multidisciplinar haya ayudado y ayude a la difusión de esta excelente y puntera técnica de tratamiento que es la Radiocirugía Estereotáctica. ■

# OSAKIDETZA IMPLANTA

LUPE CALVO ELIZAZU

**L**as radiografías tradicionales desaparecerán definitivamente de todos los centros de salud y hospitales de Osakidetza a finales de 2012, una vez concluido el proceso de implantación del nuevo sistema de digitalización de las imágenes radiológicas y la formación del personal. No obstante, hace ya tiempo que este sistema se ha implantado en centros médicos como el Hospital Universitario Donostia, donde el sistema de archivo y comunicación de imágenes (PACS, por sus siglas en inglés) está totalmente instaurado desde diciembre de 2009.

La primera radiografía del cuerpo humano data del año 1895, cuando el físico alemán Wilhelm Conrad Röntgen experimentó con los tubos de Hittorff-Crookes y la bobina de Ruhmkorff y tomó una imagen de los huesos de la mano de su esposa. Casi 120 años después, Osakidetza culmina la digitalización de los servicios de radiología, es decir, la implantación del sistema de archivos y comunicación de imágenes médicas (PACS) que incluye la integración de la imagen a la historia clínica de cada paciente y que ha cambiado totalmente los procesos y la forma de entender tanto la radiología como la medicina.

La desaparición de la radiografía tradicional implica que los servicios de rayos dejan de utilizar la película para realizar las radiografías y el papel como soporte para cumplimentar los informes. Es decir, todo el proceso es ya 100% digital.

Algo aparentemente tan simple conllevaba un sinnúmero de ventajas tanto para los profesionales como para los usuarios. Ventajas que van desde la ubicuidad de las imágenes –pues no están en un archivo físico sino en la red– hasta la simplificación del proceso: hasta ahora,

con el modo tradicional, la realización de una radiografía conllevaba 59 tareas que en la actualidad se han reducido a ocho. “Traducido” a la medida tiempo, significa que si antes, desde que se hacía una radiografía hasta que se obtenía el resultado, eran necesarias de 24 a 48 horas, ahora todo el proceso se culmina en una o dos horas.

Tal y como explica el Dr. Ángel Morales, coordinador de la implantación del sistema de digitalización de las imágenes radiológicas en el Hospital Universitario Donostia, la digitalización de las imágenes ha reportado mejoras tan importantes como la pérdida de la localización física de las radiografías. “Lo bueno que tiene la digitalización de la imagen es que no necesita ningún soporte de papel, ni transporte. Una vez que se hace una radiografía digital, el radiólogo la ve en su estación de trabajo, realiza el informe con un sistema de reconocimiento de voz y, en cuanto le da el visto bueno, la imagen y el informe pasan automáticamente al sistema de información hospitalaria, con lo que cualquier médico de la red de Osakidetza, en cualquier lugar, puede verlo al instante”, manifiesta el Dr. Morales.

“Esto es algo extraordinario –apunta Ángel Morales–. Yo puedo estar viendo un informe y las imágenes del TAC al mismo tiempo que otro médico hace lo propio en Tolosa, al mismo tiempo que lo comentamos por teléfono. O lo está viendo un médico de Atención Primaria en su centro de salud y, al mismo tiempo, un especialista de digestivo, por poner un ejemplo, puede acceder a esas mismas imágenes y a ese mismo informe”.

A este listado de ventajas hay que añadir otras muchas como que los extras desaparecen prácticamente en su totalidad (antes entre un 5% y un 20% de las placas se perdían); se pueden consultar exploraciones previas; las imágenes pueden ser incluidas rápida-

mente en los informes; o se reduce el espacio de almacenamiento.

Además, para los expertos, la radiología digital es una herramienta que va a posibilitar realizar el trabajo de una forma más eficaz porque se deja a un lado el papel y la película y se pasa a manejar información. Asimismo, la imagen digital ha abierto la posibilidad a la teleradiología, es decir, a poder realizar diagnósticos a distancia. ¿Qué conlleva esto? Que, entre otras cuestiones, se pueden obtener segundas opiniones; se puede acceder al diagnóstico de expertos especializados; se garantiza la cobertura diagnóstica para atencio-

Osakidetzako ospitale eta osasun-zentro guztietan 2012. urte amaieran ohizko erradiografiak egiteari utziko zaio. Izan ere, irudiak artxibatu eta zabaltzeko sistema martxan jartzen ahalegindu dira azken urteotan, Donostiako Unibertsitate Ospitalean, esate baterako, 2009. urteko abenduaz geroztik martxan dagoena.

Papera eta filma alde batera uztea dakar sistema berriak, eta horrekin batera irudia gaixo bakoitzaren historia klinikoa sartzea, edota lan egiteko prozesuak aldaraztea.

Medikuek eta pazienteek aurrerantzean sumatuko dituzten abantailen artean honako hauek dira aipagarrienak: irudiak sarean egongo direnez nahi adina medikuk batera ikusteko aukera izango dute; erradiografia egiteko prozesua erraztu egingo da (lehen 24 eta 48 ordu artean behar baziaren emaitza eskuartearen izan arte, orain ordu pare batekin nahikoa da); eta galtzen diren erradiografia-kopurua oso txikia izango da.



# LA RADIOGRAFÍA DIGITAL

nes urgentes fuera de los horarios de actividad programada; da soporte a tele-consultas entre médicos; conecta centros sanitarios remotos para, por ejemplo, acercar servicios aislados o menos atendidos; permite compartir imágenes entre centros sanitarios pertenecientes a una red para mejorar o complementar la capacidad de elaborar informes diagnósticos.

El responsable de la puesta en marcha de este servicio en el Hospital Universitario Donostia reconoce que lo que en un principio les daba más miedo era la parte tecnológica, "pero al final hemos visto que era lo más fácil". Asimismo, reconoce que al simplificar los procesos estos también han mejorado y destaca que han cambiado la integración del sistema de información radiológico con el sistema de infor-

mación hospitalario. "Una integración del sistema de imagen radiológica con los sistemas de información hospitalarios que –según sus palabras– ha funcionado razonablemente bien, gracias al apoyo y gestión del servicio de informática del hospital".

La integración de la imagen radiológica o imagen médica a la historia clínica es un tema clave, al tiempo que todo un reto porque, según indica el Dr. Morales, es la integración de dos lenguajes distintos: estándar DICOM y estándar HL7, lo cual también implica otra serie de ventajas, puesto que el médico puede acceder a una historia clínica electrónica en la que figuran tanto las radiografías como el informe del radiólogo; los análisis clínicos; los análisis de anatomía patológica; otros informes de otros médicos, etc.

Cuestionado sobre si la integración de las imágenes garantiza la protección de datos, el coordinador de la implantación del sistema de digitalización de las imágenes radiológicas en el Hospital Universitario Donostia explica que desde el punto de vista de la intimidad y de la protección de datos, los sistemas digitales son bastante más garantistas que los sistemas tradicionales de papel y su correspondiente trasiego de un sitio a otro. Según él, es más fácil acceder a una historia clínica en formato papel que va de un servicio a otro y se deposita, por ejemplo, encima de una mesa. En la historia digital, en cambio, se necesita una clave de acceso para meterse al ordenador y otra diferente para acceder al Global Clinic y todo el proceso se registra y es susceptible de trazabilidad. ■

## 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

PEDRO GORROTXATEGI

# REHABILITACIÓN EN LA INFANCIA

La palabra rehabilitación, generalmente, la asociamos al cuidado de las personas mayores y de las lesiones deportivas y en pocas ocasiones pensamos que el objeto de rehabilitación pueda ser un niño. Sin embargo "La rehabilitación en el niño" ha sido el tema propuesto por la sección de Gipuzkoa de la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria para su jornada anual de formación continuada.

Inició la sesión la doctora Inés López del Servicio de Rehabilitación del Hospital Donostia con el tema doble del análisis de la escoliosis y de la plagiocefalia. La escoliosis, o mejor dicho, una ligera asimetría del tronco es un trastorno frecuente en los adolescentes. En ocasiones es debida a una disimetría que hasta los 2 cm de diferencia entre ambos miembros inferiores suele ser bien tolerada. Pero todas las alteraciones de la columna no se pueden calificar como escoliosis, es preciso que el grado de la curva supere los 10° para poder definirlo como tal. Aunque su origen se desconoce hay una tendencia familiar marcada. Tras descartar un trastorno subyacente (alteraciones vertebrales congénitas, problemas neuromusculares, síndromes polimalformativos, secuelas de traumatismos o lesiones tumorales) lo más importante es analizar el riesgo de progresión de la curva. Éste es mayor a menor edad del niño (sobre todo en <12 años), en el caso del sexo femenino, en las curvas dobles y cuando el Risser en la radiografía es menor de 2. Después de la menarquia lo más probable (70% de los casos) es que no se dé progresión.

En cuanto al manejo de la escoliosis indicó que las curvas menores de 20° pueden controlarse en atención primaria, con un seguimiento semestral. Se deberían derivar a servicios especializados las curvas entre 20 y 30° en niñas premenárrquicas, todas las mayores de 30° y aquellas en las que entre dos ex-

ploraciones haya una progresión mayor de 5°. El tratamiento es controvertido, no hay pruebas contundentes de que la utilización del corsé evite la cirugía y la decisión sobre el tratamiento: observación, corsé o cirugía, y la decisión sobre el tratamiento debe tomarse conjuntamente entre padres, niños y médicos tras una información adecuada. El objetivo fundamental es que a la madurez esquelética la curva sea menor de 40° ya que las menores de 40° no progresan en la edad adulta

La plagiocefalia postural es un problema que ha aumentado en los últimos años, tras la campaña "ponle a dormir boca arriba" para la prevención de la muerte súbita del lactante. Se presenta a partir de los dos meses de edad siendo su máxima incidencia hacia los 4. Inicialmente hay que descartar la presencia de tortícolis, a la que se asocia con cierta frecuencia, y algunos autores señalan que un cierto retraso psicomotor puede aumentar su incidencia, al mover menos el niño la cabeza, por lo que la exploración neurológica debe ser más cuidadosa. No es motivo, sin embargo, para una derivación a neurología infantil a no ser que existan otros signos patológicos. La craneosinostosis es muy rara y más la de la sutura lambdoidea que es la que podría confundir con la plagiocefalia postural, pero su diferenciación es importante porque si existe craneosinostosis se debe realizar tratamiento quirúrgico antes del año de edad. El tratamiento habitual es el cambio de postura de la cabeza (reposicionamiento), ejercicios para la tortícolis que si no mejora precisa valoración fisioterapéutica y plantearse la posibilidad de ortesis craneal entre los 6 meses y el año de edad en el caso de que con el reposicionamiento no se haya logrado mejoría y que lo soliciten los padres por motivos estéticos.

Seguidamente el doctor David Alonso del Palacio, médico de ASPACE (Asocia-

ción de ayuda a los enfermos de parálisis cerebral) fue el encargado de tratar el tema del abordaje de dicha patología. Explicó los diferentes servicios que ofrecía la asociación: atención temprana a estos niños con un equipo cohesionado y asumiendo la coordinación del seguimiento del niño, el tratamiento ambulatorio para los niños con parálisis cerebral sin alteración cognitiva y el tratamiento integral en el propio centro para aquellos niños con retraso mental asociado. La etiología más frecuente de trastorno motor de origen cerebral es la prematuridad, seguida de las malformaciones prenatales, la encefalopatía hipóxico-isquémica y los trastornos vasculares prenatales. El manejo y seguimiento de cada uno de estos procesos es diferente y se realizan ejercicios de rehabilitación, inyecciones de toxina botulínica (a partir de los 18 meses) y cirugía de partes blandas con reeducación posterior, con la finalidad de lograr una adaptación del niño, en función de sus posibilidades, que le permita llevar una vida satisfactoria.

Finalizó la sesión la doctora Mirari Pérez Gaztelu de AransGi (Asociación de familias de personas sordas de Gipuzkoa). Explicó, cómo, la laringoesfibroscopía, estudio de la vibración de las cuerdas vocales, es fundamental para el estudio de las disfonías y además permite diferenciar las disfonías disfuncionales, sin lesión anatómica, de las que se acompañan de nódulos y de las alteraciones congénitas de las cuerdas vocales. El tratamiento fundamental es la reeducación vocal durante un período de entre 3 y 6 meses. Si ello no es suficiente, en ocasiones, es preciso recurrir a la fonocirugía, seguida siempre de la reeducación funcional complementaria.

Con esta charla finalizó la sesión en la que se analizaron la rehabilitación de problemas del aparato locomotor, neurológicos y vocales en los niños. ■



# Planes de previsión que dejan buen sabor de boca.

.....  
*Ahorro para mañana, desgravación hasta un 45% hoy. Y una **Paleta Ibérica De La Valla** (D.O. Jamón de Huelva) de regalo.*

CA

☆ **GEROKOA,** ☆  
**EPSV**



A partir de 5.000€ (0,33%TAE)  
Paleta Ibérica de Bellota de la Valla



De 3.000€ a 5.000€ (0,24%TAE)  
Radio Reloj Despertador Proyector



De 1.500€ a 3.000€ (0,23%TAE)  
Juego de 3 toallas

**CA bankoa**  
CRÉDIT AGRICOLE



# Lehen sorospenak (I)

## A

– **A pequeños sorbos**  
Trago txikitan

– **Abdomen duro**  
Sabel gogor

– **Abrir la vía aérea**  
Arnasbidea ireki

– **Accidente**  
Istripu

– **Accidente de tráfico**  
Zirkulazioko istripu

– **Accidente eléctrico**  
Istripu elektrikoa

– **Actividad no efectiva del corazón**  
Bihotzaren jardura ez-eraginkor

– **Afectación medular**  
Orno-muineko erasan

– **Afectación neurológica**  
Erasan neurologiko

– **Aflojar prendas ajustadas**  
Arropa estuak lasaitu

– **Agotamiento**  
Akipen; akidura

– **Agua oxigenada**  
Ur oxigenatu

– **Aguijón (de un insecto)**  
Ezten (erle, liztor, etab.ena)

– **Ahogamiento**  
Uretan itotze

– **Aire exhalado**  
Kanporatutako aire

– **Aireamiento de la herida**  
Zauria aireztatze

– **Alimentos contaminados**  
Kutsatuak dauden elikagaiak

– **Alimentos mal conservados**  
Gaizki kontserbatutako janar-edariak

– **Alinear la extremidad fracturada**  
Hautsitako gorputz-adarra lerrokatu

– **Alteraciones en la visión**  
Ikusmeneko asaldak

– **Ambulancia**  
Anbulantzia

– **Ambulancia de soporte vital básico (SVB)**  
Oinarrizko bizi-euskarriko anbulantzia

– **Ambulancia de soporte vital avanzado (SVA)**  
Bizi-euskarri aurreratuko anbulantzia

– **Ampolla (de la piel)**  
Baba; besikul; pusla

– **Amputación completa**  
Anputazio oso

– **Amputación incompleta**  
Anputazio ez-oso

– **Analgesia**  
Analgesia

– **Analgésicos**  
Analgesikoak

– **Antecedentes de vacunación**  
Txertaketa-aurrekariak

– **Antihistamínicos**  
Antihistaminikoak

– **Antitérmicos**  
Antitermikoak

– **Apagar las llamas**  
Sugarrak itzali

– **Apatía**  
Apatia; geldotasun

– **Aplicación de frío local**  
Hotza, maila lokalean jarri

– **Arañar la conjuntiva**  
Konjuntiba urratu

– **Arañas de mar o salvarios**  
Ur-armiarmak edo xabiroiak

– **Área genital**  
Genitalak

– **Arrastrar el cuerpo extraño al exterior**  
Gorputz arrotza kanpora arrastatu

– **Arteria femoral**  
Arteria femoral; izterreko arteria

– **Asegurar la cabeza**  
Burua segurtatu; burua finkatu; burua bermatu

– **Asfixia**  
Asfixia; itobehar; itolarri

– **Aspiración brusca de la comida**  
Janariaren bat-bateko aspirazio

– **Ataque epiléptico**  
Epilepsia-atake

– **Atender las lesiones**  
Lesioak artatu

– **Atragantamiento**  
Eztarriko trabamendu; eztarrian trabatze

– **Atragantarse**  
Eztarrian trabatuta geratu

– **Aumento de la frecuencia cardíaca**  
Bihotzeko frekuentziaren igoera

– **Ayuda sanitaria de emergencia; ayuda sanitaria de urgencia**  
Larrialdiko laguntza mediko

## B

– **Bajada brusca de la tensión arterial**  
Tentsio arterialaren bat-bateko jaitsiera

– **Bajo nivel de consciencia**  
Kontzientzia-maila baxu

– **Base de la lengua**  
Miharen oinalde

– **Bloqueo de la articulación**  
Giltzaduraren blokeo

– **Boca a boca**  
Ahoz ahokoa

– **Boca abajo**  
Ahuspez; ahoz behera

– **Boca arriba**  
Ahoz gora

– **Boqueo; "gasping"**  
Aho-zabalka; "gasping"

– **Botiquín básico de primeros auxilios**  
Lehen sorospenetarako oinarrizko botikin

## C

– **Cadena de supervivencia**  
Biziraupeneko kate

– **Caída**  
Erorketa

– **Caída al vacío**  
Goitik behera amiltze

– **Caída de la lengua hacia la retrofaringe**  
Mihia atzerantz, eretrofaringe aldera erortze

– **Calentamiento gradual**  
Mailaz mailako berotze-saio

– **Campanilla**  
Aho-gingil

– **Cantidad de glucosa en sangre**  
Odoleko glukosa-kopuru

– **Cardenal; equimosis**  
Ubeldura; ekimosi

– **Carótida**  
Karotida arteria

– **Cartílago tiroides**  
Tiroide kartilago

– **Cáustico; sustancia cáustica**  
Kaustiko; substantzia kaustiko

– **Centro asistencial**  
Asistentzia-zentro

– **Centro termorregulador**  
Zentro termorreguladore

– **Chaleco de alta visibilidad**  
Ikusgaitasun handiko txaleko

– **Chichón; hematoma**  
Koskor; hematoma

– **Choque frontal**  
Aurrez aurreko talka

– **Choque posterior**  
Atzetikoko talka

– **Ciclo compresión insuflación**  
Sakaldi/putzaldi ziklo

– **Colirio anestésico**  
Kolirio anestesiko

– **Columna vertebral**  
Bizkarrezur

– **Coma**  
Koma

– **Completar la vacunación**  
Osatu txertaketa

– **Compresión torácica**  
Bularraldeko konpresio; bularraldeko zampaketa

## Lehen sorospenak (I)

– **Conducción nerviosa**  
Nerbio-eroapen

– **Conducta “PAS” (proteger, alertar y socorrer)**  
“BAS” jokabidea (babestu, abisatu eta sorostu)

– **Conducto auditivo**  
Entzunbide

– **Congelaciones**  
Izozteak

– **Congelaciones de 1er grado**  
1. mailako izozteak

– **Congelaciones de 2º grado**  
2. mailako izozteak

– **Congelaciones de 3er grado**  
3. mailako izozteak

– **Consciencia**  
Kontzientzia; konorte; korde

– **Constantes vitales**  
Bizi-konstanteak

– **Contracciones generalizadas**  
Uzkurdura orokorrak

– **Contracciones involuntarias**  
Nahi gabeko uzkurdurak

– **Contraindicado**  
Kontraindikatu

– **Contusión de 1er grado**  
1. mailako kontusio

– **Contusión de 2º grado**  
2. mailako kontusio

– **Contusión de 3er grado**  
3. mailako kontusio

– **Contusiones**  
Kontusioak

– **Convulsiones**  
Konbultsioak

– **Corriente eléctrica**  
Korronte elektriko

– **Corrosivos**  
Korrosiboak

– **Cortar la piel**  
Azala eten; larruazala eten

– **Cortocircuito**  
Zirkuitulabur

– **Crema antiinflamatoria; gel antiinflamatorio**  
Hanturaren kontrako krema; inflamazioaren kontrako gel

– **Crema para picaduras de insectos; crema antihistamínica**  
Intsektuen ziztadetarako krema; krema antihistaminiko

– **Crema para quemaduras; crema contra las quemaduras**  
Erredurentzako krema; erreduren kontrako krema

– **Crepitación**  
Krepitazio

– **Crisis convulsivas**  
Konbultsio-krisiak

– **Cubrir la herida con una gasa**  
Estali zauria gaza batekin

– **Cuero cabelludo**  
Buruko ile-larru

– **Cuerpos extraños**  
Gorputz arrotzak

– **Cuerpos extraños enclavados**  
Gorputz arrotz iltzatuak

– **Cuerpos extraños libres**  
Gorputz arrotz libreak

– **Cuidados post-reanimación**  
Bizkortze osteko zainketak

## D

– **Dañar; lesionar**  
Kaltetu; hondatu; erasan

– **Decúbito lateral**  
Alboko etzanera

– **Decúbito supino**  
Ahoz gorako etzanera

– **Decúbito supino con piernas flexionadas**  
Ahoz gorako etzanera, zango tolestuekin

– **Deformidad de la articulación**  
Giltzaduraren deformitate

– **Dejar secar la herida al aire y al sol**  
Utzi lehortzen zauria aire zabalean eta eguzkitan

– **Dermis**  
Dermis

– **Desamparo**  
Babesgabezia

– **Descarga eléctrica**  
Deskarga elektriko

– **Desfibrilación inmediata**  
Berehalako desfibrilazio

– **Desfibrilador**  
Desfibriladore

– **Deshidratación de las células**  
Zelulen deshidratazio

– **Desinfectar la herida**  
Zauria desinfektatu

– **Desprendimiento de retina**  
Erretina-askatze; erretina-erortze

– **Determinación del pulso**  
Pultsua lokalizatu; pultsua neurtu

– **Dificultad para respirar**  
Arnasteko zailtasun

– **Dilatación pupilar**  
Pupilen dilatazio

– **Diluir el tóxico**  
Toxikoa diluitu

– **Disminución de la presión sanguínea**  
Odol-presioaren beherakada

– **Disminución del nivel de consciencia**  
Kontzientzia-mailaren jaitsiera

– **Disminuir el retorno venoso**  
Itzulera benosoa murriztu

– **Disolventes**  
Disolbatzaileak

– **Dolor de cabeza**  
Buruko min

– **Dosis adicional**  
Dosi gehigarri

– **Dosis de recuerdo**  
Oroitzapeneko dosi

## E

– **Edema**  
Edema

– **Electrocardiógrafo**  
Elektrokardiografo

– **Electrocución**  
Elektrokuzio

– **Elemento aislante**  
Elementu isolatzaile

– **Elemento no conductor**  
Elementu ez-eroale

– **Emergencia médica**  
Larrialdi mediko

– **Emisión involuntaria de orina**  
Nahi gabe pixa egin

– **Enclavado**  
Iltzatua; katigatua

– **Enfermedad terminal**  
Gaixotasun terminal

– **Enrojecimiento de la piel**  
Larruazaleko gorritze

– **Entrar en (estado de) shock**  
Shock-egoeran sartu

– **Entrar en parada respiratoria**  
Arnas geldialdian sartu

– **Epidermis**  
Epidermis

– **Epistaxis; hemorragia nasal**  
Epistaxi; sudurreko odoljarro

– **Eritema de piel**  
Azaleko eritema

– **Eritema solar**  
Eguzki-eritema

– **Erosiones**  
Urradurak

– **Erupciones cutáneas**  
Azaleko negalak

– **Escaras no dolorosas**  
Eskara ez-mingarriak

– **Esguince**  
Zaintiratu

– **Espadrapo**  
Esparatrapu

## Lehen sorospenak (I)

### – Espinas venenosas

Arantza pozoitsuak

### – Espirar el aire por la nariz

Sudurretik airea indarrez bota

### – Estado clínico grave

Egoera kliniko larri

### – Estado de muerte aparente

itxurazko heriotza-egoera

### – Estados de inconsciencia

Inkontzientzia-egoerak

### – Estallido de la piel

Azala lehertu; azalaren leherketa

### – Esternón

Bularrezur

### – Estímulo doloroso

Estimulu mingarri

### – Estrangulamiento

Itomen

### – Evacuación de personas heridas

Zauritutako pertsonen ebakuazio

### – Excrementos

Eginkariak (gizakienak)

### – Expandir(se) el veneno

Pozioa hedatu

### – Exposición al calor

Beroaren eraginpean egon

### – Exprimir la herida

Zauria estutu eta sakatu

### – Expulsar (saliva ó vómitos)

Kanporatu (listua edo gorakoak)

### – Expulsar sangre ó secreciones de la boca

Ahotik odola edo jarioak bota

### – Expulsión del cuerpo extraño

Gorputz arrotza kanporatu

### – Extensión de la quemadura

Erreduraren hedapen

### – Extraer el cuerpo extraño

Gorputz arrotza atera

### – Extremidades

Gorputz-adarrak

## F

### – Falta de coordinación

Koordinazio-falta

### – Falta de oxígeno

Oxigeno-falta

### – Férula

Ferula

### – Fibrilación ventricular

Fibrilazio bentrikular

### – Foco de la fractura

Haustura-foku

### – Forzar la extremidad

Gorputz-adarra behartu

### – Forzar una articulación en una posición incorrecta

Giltzadura bat posizio desegokian behartu

### – Fractura

Haustura

### – Fractura con desplazamiento

Haustura desplazamendurekin

### – Fractura de columna vertebral

Bizkarrezurreko haustura

### – Fractura de cráneo

Garezurreko haustura

### – Fractura sin desplazamiento

Haustura desplazamendurik gabe

### – Fracturas abiertas

Haustura irekiak

### – Fracturas cerradas

Haustura itxiak

### – Fracturas cervicales

Lepoko hausturak

### – Fracturas espontáneas

Berezko hausturak

### – Fracturas traumáticas

Haustura traumatikoak

### – Fragmentos alineados

Hezur-zati lerrokatuak

### – Fragmentos óseos

Hezur-zatiak

### – Frecuencia normal del pulso

Pultsuaren maiztasun normal

### – Frecuencia respiratoria normal

Arnas maiztasun normal

### – Frente

Bekoki; kopeta

### – Frialdad

Hoztasun

### – Frotarse el ojo

Begia igurtzi

## G

### – Gas tóxico

Gas toxiko

### – Gasa

Gaza

### – Gasas empapadas en agua fría

Ur hotzetan blaitutako gazak

### – Gasas estériles

Gaza esterilak

### – Girar a la persona de lado

Biratu pertsona albo batera

### – Globo ocular

Begi-globo

### – Golpe de calor

Bero-kolpe

### – Grandes quemados

Erre handiak

### – Guantes de látex

Latexezko eskularruak

## H

### – Hacer compresiones abdominales

Sakaldiak egin sabelean

### – Hacer compresiones torácicas

Sakaldiak egin bularraldean

### – Hacer rodar a la persona sobre el suelo

Pertsona lurrean birarazi

### – Hedor

Kirats; usain txar

### – Hematoma

Hematoma

### – Hemorragia

Odoljario

### – Hemorragia de nariz

– Sudurreko odoljario

### – Hemorragia de oído

Belarriko odoljario

### – Hemorragia masiva

Odoljario masibo

### – Hemorragias arteriales

Odoljario arterialak

### – Hemorragias capilares

Odoljario kapilarrak

### – Hemorragias externas

Kanpoko odoljarioak

### – Hemorragias internas

Barruko odoljarioak

### – Hemorragias severas

Odoljario larriak

### – Hemorragias venosas

Odoljario benosoak

### – Herida

Zauri

### – Herida limpia

Zauri garbi

### – Herida que no supura

Zornerik botatzen ez duen zauri

### – Heridas incisas

Zauri intzisoak

### – Heridas leves

Zauri arinak

### – Heridas lineales, de bordes lisos

Zauri linealak, ertz lisoak dituztenak

### – Heridas penetrantes

Zauri sarkorrak

### – Heridas punzantes

Zauri puntazorrotzak

### – Heridas redondeadas, de bordes deshinchados

Zauri biribilduak, ertz zirpilduak dituztenak

### – Heridas tetanígenas

Zauri tetanigenoak

### – Hidrocución

Hidrokuizio

### – Hinchazón

Hantura

### – Hinchazón dolorosa

Hantura mingarri

### – Hiperextensión del cuello

Lepoko hiperestentsio



## Lehen sorospenak (I)

### – Hipoglucemia

Hipogluzemia

### – Hipotermia

Hipotermia

### – Hormigueo

Inurridura

## I

### – Ibuprofeno

Ibuprofeno

### – Igt; inmunoglobulina antitetánica

Igt; inmunoglobulina antitetaniko

### – Imposibilidad de movilización

Mugitzeko ezintasun

### – Incisión en la herida

Ebakia zaurian

### – Inconsciente

Inkontziente

### – Infección por el bacilo tetánico

Bazilo tetanikoak eragindako infekzio

### – Inflamación de los párpados

Betazaletako inflamazio

### – Inflamación; hinchazón

Inflamazio; hantura

### – Ingesta de líquidos

Likidoak ahoratze; likidoak irenste

### – Ingle

Iztai; iztondo

### – Inhalación de humos ó gases tóxicos

Ke edo gas toxikoak arnastea; ke edo gas toxikoak inhalatzea

### – Inhibición de los centros respiratorios centrales

Arnas zentro zentralen inhibizio

### – Inmovilización

Immobilizazio

### – Inmovilizar a la persona

Pertsona immobilizatu

### – Inmovilizar a una persona accidentada

Istripua izan duen pertsona immobilizatu

### – Inmovilizar la extremidad

Gorputz-adarra immobilizatu

### – Inmovilizar la fractura

Haustura immobilizatu

### – Inmovilizarle el resto del cuerpo con un collarín

Gorputzeko gainerako atalak immobilizatu lepoko batekin

### – Insolación

Intsolazio; eguzki-kolpe

### – Inspiración forzada

Arnas hartze bortxatu

### – Instilar agua (en la nariz)

Ura bota sudur barrura

### – Instrumental

Instrumental; tresneria

### – Insuflaciones de aire en la boca

Ahoan aire-putzaldiak egitea

### – Insulina

Intsulina

### – Intoxicación

Intoxikazio

### – Intoxicación por contacto

Ukipen bidezko intoxikazio

### – Intoxicación por ingestión

Ahoratze bidezko intoxikazio

### – Intoxicación por inhalación

Inhalazio bidezko intoxikazio

Envía **AMIGO**  
al **28033** y ayuda  
a que nazca sin  
el virus del **sida.**

Y a más SMS, más vidas.



[amigosdemalik.org](http://amigosdemalik.org)

Coste del mensaje 1,20€ (IVA incl.). Donativo íntegro a Médicos Sin Fronteras. SIT Consulting S.L. Al Cliente: 902 116 106 info@sitmobile.com

JULIAN BERECIARTUA  
Médico colegiado  
nº202001217



# POPURRÍ GASTRONÓMICO

**V**ean las cosas que el periodista y escritor Julio Camba (1882-1992), uno de los virtuosos del arte de comer, autor, entre otros, de *La casa de Lúculo*, dijo de nosotros los médicos: “Mucho comen los curas, no cabe duda, pero los médicos no les van a la zaga”, a lo que añadió: “los médicos pretenden abarcarlo todo: cuerpo, alma, conciencia y subconsciencia”.

Según Camba, la gente hace regalos al médico no para que le cure, sino para que no le mate. Espero que quienes nos lean sean más caritativos con nosotros, los médicos. A pesar de esto, Julio Camba es uno de mis escritores favoritos, porque este gallego (nacido en Vilanova de Arousa, Pontevedra) fue un fenómeno ilustrado tanto en su expresión como en el arte de comer.

El libro *La casa de Lúculo* es lo más elegante y sabio que se ha escrito sobre gastronomía. Es uno de los más maravillosos libros de cocina jamás escrito, que reúne el humor, la cultura, la literatura y el arte culinario. ¡Siempre he dicho que los gallegos son los que mejor se expresan en castellano gráfico!

Parece que todo aquel que toma un bolígrafo en la mano sabe describir el arte de comer, pero en mi criterio Busca, Lotina, Llona, Lapitz, Camba y pocos más merecen el título de escritores gastronómicos.

En todos aquellos rincones de la geografía que conozco oigo hablar de “nuestra cocina”, como si no existiera otra u otras tan dignas, aunque personalmente pienso que nos estamos pasando de los límites. Si no están de acuerdo piensen que existen más de cien platos en los que participa la miel de abeja; que hay sorbetes ¡hasta de higos chumbos!; que existe sopa de flor de calabaza; arroz con frutas o azafrán con frutas y rosas... Aunque al final, uno casi siempre recuerda los platos que le hicieron feliz en la infancia.

A veces pienso que actualmente, al preparar comidas, no tenemos tanto mérito, pues en lo más crudo del invierno tenemos a nuestro alcance cerezas, fresones, uvas frescas, y un largo etcétera. Les concedo, sin duda, más mérito a las amas de casa de la postguerra, que eran capaces de cocinar cuando en estas latitudes faltaba casi de todo, empezando por el dinero para poder comprar el género más elemental que llevar a la mesa: el pan o las alubias. O retrocediendo cuatro siglos, ¿cómo cocinaban en nuestras latitudes sin patata, alubia, tomate o pimiento? Por nuestro bien, por un momento pensemos que también los excesos abotargan y que la miseria agudiza el ingenio.

No olvidemos la labor en los fogones, más que callada, sorda de nuestras féminas que nunca han perseguido



menciones honoríficas, pero que al fin y al cabo han sido las profesoras. Y dudo que haya alguien que no recuerde la exquisitez de los sencillos platos preparados por la madre de familia sin esas enormes y ultramodernas cocinas actuales.

También he vivido escenas de hombres de caserío que, después de pasar la semana trabajando más que de sol a sol en libertad condicionada y sin salir de la heredad, hacían de la mañana dominguera el día completo: en el viaje de ida, antes de ir a misa, tomaban una copa de coñac de garrafa o “usual” en el bar próximo. A la salida, por su parte, se dedicaban, brevemente, a hablar de alguna compra-venta. Y luego, en el establecimiento de confianza, daban cuenta de varios platos, empezando por rebanadas de pan bañadas en la salsa de los callos -tripaki zopa- que para esas horas estaban al pil-pil. Era habitual terminar con algo dulce y generoso como el brazo de gitano. Tras lo cual, hacia las primeras horas de la tarde, volvían a casa con el rostro cambiado, sonrientes, y a poder ser sin cantar “bertsos”.

Entre nosotros la excusa base es la comida, pero también cuentan el ambiente, la compañía, la liberación de nuestro espíritu de sus obligaciones, y si no están convencidos de ello piensen, por un instante, en un soufflé tortilla que les puede esperar hoy como postre en su casa. ■





Pouellato  
Bahia

¡Felices Fiestas!  
Zorionak eta Eguberri On!

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

C/ BERGARA, 16  
SAN SEBASTIÁN  
943 423 821

ALTA JOYERIA  
IRANTZU



# Seguro de **Automóvil**



## El seguro de auto que protege su vida

En **A.M.A.** queremos ofrecerle la mejor calidad de servicio del mercado. Por eso, hemos incorporado nuevas coberturas que van más allá de lo que ofrece un seguro de coche convencional:

### COBERTURAS EXCLUSIVAS A.M.A.



**Vehículo de sustitución** en caso de pérdida total del automóvil asegurado



Le valoramos su vehículo como nuevo los dos primeros años y el 115% del valor venal en el tercer y cuarto año en caso de pérdida total del vehículo



Duplicamos la indemnización (42.000 €) en caso de fallecer en accidente el conductor y su cónyuge, siempre que tengan hijos comunes y menores de edad



**Reparación y sustitución de lunas a domicilio**



**Servicio de desplazamiento gratuito** a nuestros talleres preferentes



**Vehículo de cortesía** en nuestros talleres preferentes (según disponibilidad)



**Asistencia Jurídica gratuita** para cualquier incidencia en su vida cotidiana

## LA CONFIANZA ES MUTUAL

**Infórmese sobre todos nuestros Seguros y Servicios:**

- A.M.A. San Sebastián 943 42 43 09
- Pº de la Concha, 17 sansebastian@amaseguros.com
- Colegio de Médicos 943 27 04 11

