

EDITORIAL	EDITORIALA	2
HEMEROTEKA	HEMEROTEKA	3
ACTIVIDAD COLEGIAL	ELKARGOAREN JARDUNA	
FORMACIÓN MÉDICA CONTINUA	ETENGABEKO FORMAZIO MEDIKOA	6
ASESORÍA JURÍDICA	AHOLKULARITZA JURIDIKOA	8
EUSKARA	EUSKARA	
MEDIKUNTZAKO LEXIKOA (LVII)	MEDIKUNTZAKO LEXIKOA (LVII)	11
NOTICIAS	BERRIAK	
TELERADIOLOGIA: ¿SOLUCIÓN O PROBLEMA?	TELERRADIOLOGIA: KONPONBIDEA ALA ARAZOA?	16
ACTUALIDAD	GAURKO GAIA	
LAS REDES SOCIALES EN EL ENTORNO SOCIO-SANITARIO	SARE SOZIALAK INGURUNE SOZIO-SANITARIOAN	22
CENTROS SANITARIOS EN GIPUZKOA	OSASUN-ZENTROAK GIPUZKOAN	
DEL SANATORIO DEL DR. MARTÍN-SANTOS A LA CLÍNICA QUIRÓN	MARTIN SANTOS ERIETXETIK QUIRON KLINIKARA	26
OCIO	AISIA	
GASTRONOMÍA Y SALUD	GASTRONOMIA ETA OSASUNA	30
VARIOS	BESTELAKOAK	
ALTAS Y BAJAS	ALTAK ETA BAJAK	31
NECROLÓGICAS	NEKROLOGIKOAK	32

Presidente:
Lehendakaria:
Enrique Tellería

Consejo de redacción:
Erredakzio-batzordea:

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

Han colaborado en este número:

Ale honetan parte hartu dute:

Carlos Pellejero, J. C. Vea Orte, Angel Morales,
Lola Elejalde, Julián Bereciartua.

Recogida de artículos e información:
Artikuluuen bilketa eta argibideak:

P^o de Francia, 12
Tel. 943 27 63 00 (Sta. Elena Irazusta andereñoa)

Depósito Legal:
Lege Gordailua:
SS. 1025/94



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

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

Su opinión queda reflejada en el Editorial.

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

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

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

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

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

Argitalpena Kolegiatu guztiek parte hartzeko irekita dago.



El pasado día 9 de Agosto falleció nuestro amigo y compañero

D. FELIPE IZA SORONDO

Tuve la fortuna de conocerle en 1993 al hacerme cargo de la Presidencia de la Junta de Gobierno del Colegio de la que Felipe formó parte y en la que a lo largo de los dieciséis años y medio ha permanecido. Tiempo suficiente para conocerle y hablar con conocimiento de sus cualidades.

Además de magnífico profesional era una persona que se implicaba totalmente en los problemas que surgían, con una visión conciliadora y optimista.

Su exquisito sentido del humor servía de bálsamo en momentos de crispación.

Humanamente subrayaría su gran sentido de la dignidad especialmente demostrada a lo largo de su prolongada enfermedad.

Nunca olvidaré sus palabras al despedirse antes de su último ingreso "A ver si nos volvemos a encontrar".

Ha sido un duro golpe para todos nosotros y cómo no, para su esposa Amparo y sus hijos. Deseo hacerles llegar una vez más nuestro sincero sentimiento de condolencia.



1993. urtean ezagutzeko zortea izan nuen, Sendagileen Elkargoko Gobernu Batzordearen lehendakartzaren ardura hartu nuenean; izan ere, Felipe batzorde horretako partaide izan baitzen, eta bertan jarraitu baitu azken hamasei urteotan. Horregatik, denbora nahikoa izan dut Felipe ondo baino hobeto ezagutzeko eta bere ezaugarri eta bertuteez ezagutza osoz hitz egin ahal izateko.

Profesional bikaina izateaz gain, sortzen ziren arazoetan bete-betean murgiltzen zen pertsona zen, betiere ikuspegi baikor eta bateratzailearekin.

Bere umore finari esker, unerik latz eta zorrotzenak ere baretu eta lasaitzeko gaitasuna zuen.

Gizatasunaren alderdiei erreparatuz, bere duintasuna azpimarratuko nuke beste ezeren aurretik, bere gaixotasun luzean ederki asko frogatu digun bezala.

Sekula ez ditut bere azken hitzak ahaztuko, azkeneko aldiz ingresatu aurretik "Ea berriro ere elkar ikusten dugun" esan zidanean.

Kolpe gogorra izan da gu guztiontzat, eta jakina, baita bere emazte Amparo eta seme-alabentzat ere, nola ez. Lerro hauen bidez gure doluminak helarazi nahi dizkiet guztiei, atsekabeen lagun izango gaituztela esanez bihotz-bihotzez.

D. ENRIQUE TELLERIA ARRATIBEL
Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa



ENRIQUE TELLERIA ARRATIBEL Jr.
Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofizialeko Lehendakaria

Resúmenes de publicaciones recientes

Dr. Gabriel Zubillaga

NUEVOS ESTUDIOS MUESTRAN QUE LOS STENT CARDIACOS METALICOS SON IGUALMENTE VALIDOS QUE LOS RECUBIERTOS CON FARMACOS Y MUCHO MENOS COSTOSOS

El riesgo de muerte e Infarto a largo plazo (2 años) es similar con ambos. Con los recubiertos por fármacos se da la paradoja que se trombosan con más frecuencia más tardíamente reflejando una vasculitis inducida por la substancia. Estas conclusiones se han llegado en una cohorte de 29000 pacientes y en otro estudio de 3006 pacientes en varios años.

James SK y cols. *N Engl J Med* 2009; 360: 1933.
Stone GW y cols. *N Engl J Med* 2009; 360: 1946.

2 LOS ANTIOXIDANTES VIT. C Y VIT. EN FORMA DE SUPLEMENTOS REDUCEN LA MEJORA DE LA SENSIBILIDAD PROMOVIDA POR EL EJERCICIO

Por lo que crean más resistencia a la Insulina, y la respuesta antioxidante natural quedó apagada. Por ello no son recomendables dosis elevadas (1000 mg de Vit. C y 400 U. de Vit E) dado que no proporcionan beneficio. Si son eficaces, en cambio, las frutas y vegetales.

Ristow M y cols. *Proc Natl Acad Sci USA* 2009; 106: 8665.

3 EN LA DIABETES TIPO 2 SIN SINTOMAS CARDIACOS NO SE PRECISA INVESTIGAR ENFERMEDAD CORONARIA

Dado que el riesgo es bajo y el chequeo no era beneficioso. Sólo debe realizarse si tienen síntomas.

Young LH y cols. *JAMA* 2009; 301: 1547.

AMBULANCIAS

GIPUZKOA S.COOP.

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

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

Servicio las 24 h. del día

80 Ambulancias

15 años de experiencia

140 profesionales en plantilla a su servicio

Abarcamos todo el territorio

Asistencias nacionales e internacionales

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

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

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

Oficinas 943 55 60 66
FAX 943 33 15 95

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

4 EL RIESGO DE EPILEPSIA PERMANECE ELEVADO HASTA 10 AÑOS DESPUES DE UN TRAUMA CRANEAL INFANTIL

Se duplica tras un trauma leve (Conmoción), se multiplica por 7 tras trauma de Contusión o Hemorragia. El riesgo era mucho mayor aún los primeros 6 meses y permanecía elevado hasta 10 años. La historia familiar de epilepsia positiva incrementa el riesgo además.

Christensen J y cols. Lancet 2009; 373: 1105.

5 LA SUPRESION DEL ACIDO GASTRICO CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES INCREMENTA NEUMONIAS HOSPITALARIAS

Más de 50% de los pacientes hospitalizados llevan Omeprazol o similares, aunque muchos no tienen indicación para ello. Un estudio prospectivo de 64000 adultos de casos y controles, concluye que su uso incrementa el riesgo de padecer neumonía hospitalaria un 30%, tanto aspirativa como no. El riesgo relativo para producirlo es 1 de cada 111 prescripciones. Muchas prescripciones no están indicadas.

Herzig SJ y cols. JAMA 2009; 301: 2120.

6 TRATAMIENTO EMPIRICO DE NEUMONIAS CON QUINOLONAS Y APARICION DE TUBERCULOSIS RESISTENTES A QUINOLONAS

Las quinolonas sirven para tratar neumonías, pueden mejorar clínica y radiológicamente y posteriormente recaer por ser una Tuberculosis Pulmonar idéntica radiológicamente a una Neumonía. Las quinolonas sirven para tratar tuberculosis, pero en tratamientos prolongados. Las recaídas posteriores tras quinolonas nos deben hacer sospechar en Tuberculosis y además debemos vigilar las resistencias.

Long R y cols. Clin Infect Dis 2009; 48: 1354.

7 HAY MAS INSUFICIENCIA DE VITAMINA D LOS ULTIMOS AÑOS

El déficit de vitamina D se asocia con mayor incidencia de enfermedad cardiovascular, cáncer e infecciones. Esta última década los niveles en todas la poblaciones y sexos han descendido. El suplemento oral de la misma estaría indicado si los niveles sanguíneos da la 25(OH) vitD son inferiores a 20 mg%.

Ginde AA cols. Arch Intern Med 2009; 169: 626.

8 PARA TODAS LAS EDADES Y SEXOS EL BMI ENTRE 22 Y 25 KG/M2 ES EL QUE TIENE MENOR MORTALIDAD A 13 AÑOS VISTA

Mayor y menor peso que esas cifras incrementan la subsecuente mortalidad. Esto se ha analizado en 57 cohortes prospectivas y 900.000 participantes, 60% varones.

Whitlock G y cols. Lancet 2009; 373: 1083.

9 LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES INEFICACES PARA LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO

La última década ha crecido su uso en reflujo gastroesofágico infantil, a pesar de no existir evidencia de su eficacia. En un estudio internacional de 162 niños menores de 1 año, con síntomas compatibles con reflujo, se les administró Lansoprazol durante 4 semanas. Al mes, no hubo diferencia en reducción de síntomas ni llanto. Hubo además más neumonías con Lansoprazol.

Orenstein SR y cols. J Pediatr 2009; 154: 514.

10 RECOMENDAR A LOS NIÑOS BEBER AGUA PARA PREVENIR OBESIDAD

Un actuación escolar en 17 escuelas alemanas y 1641 niños a los que se les recomendó beber agua poniéndoles fuentes de agua y botellines al entrar en clase comparando con otros 1309 niños en otras 15 escuelas a los que no se les hizo nada; se vio que 23% de los que bebían agua y 28% en el otro grupo tenían sobrepeso. Evitar refrescos de soda azucarados. Una medida tan simple como ésta ayuda a reducir peso.

Muckelbauer R y cols. Pediatrics 2009; 123: e661.

LA VERTEBROPLASTIA NO ES EFICAZ PARA FRACTURAS VERTEBRALES OSTEOPOROTICAS

A pesar de que publicaciones iniciales le auguraban gran porvenir, 2 estudios randomizados multicéntricos comparados con controles han llegado a estas conclusiones. Uno de 68 vertebroplastias comparadas con 63 procedimientos simulados; en el otro estudio 38 vertebroplastias comparadas con 40 placebos concluyen que no se alivia mejor el dolor al mes, 3 meses o 6 meses. Otros tratamientos médicos pueden ser igual de beneficiosos.

*Kallmes DF y cols. N Engl J Med 2009; 361: 569-579
Buchbinder R y cols. N Engl J Med 2009; 361: 557-568.*



CITROËN

Ibaeta Motor, S.A.
Concesionario CITROËN

IBAETA - DONOSTIA/SAN SEBASTIAN
☎ 943 31 60 20 - Fax: 943 21 84 57
www.ibaetamotor.citroen.es



FORMACIÓN MÉDICA CONTINUA....



VI CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE LA MANO

Directores del Curso: JAVIER GOYENECHÉ, IGNACIO TORRE.

Ponente:s FRANCISCO ALBALADEJO, ANDRÉS BETRÁN, JAVIER GOYENECHÉ, IGNACIO TORRE, ROBERTO SÁNCHEZ ROSALES y JAIME USABIAGA.

Fechas: 1 de octubre de 2009.

Hora: 16 h.



I CURSO DE HISTEROSCOPIA

Organiza: Hospital Donostia/ADIPACE.

Fecha: 6 de noviembre 2009.

Plazo de inscripción: 30 de octubre 2009.



IX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOLOGIA PARA EL PACIENTE ESPECIAL

Comité científico: JOSE MANUEL AGUIRRE, RAFAEL MARTÍNEZ, FERNANDO FONBELLIDA, JAVIER SANZ y M^a CARMEN CABRERIZO.

Fechas: 26, 27 y 28 de noviembre 2009.

Lugar de celebración: Palacio Miramar. DONOSTIA.



Crédit Agricole La solidez de un gran Grupo

3° en Europa y 9° en el mundo
por recursos propios

Presencia en los cinco continentes
y en más de 74 países



11.850 oficinas bancarias en
más de 20 países

58 millones de clientes
particulares

La confianza hay que ganársela

www.bankoa.com

902.444.222

CA **bankoa**
CRÉDIT AGRICOLE

Obligatoriedad o no de disponer en las Consultas Médicas de Hojas de Reclamaciones a que se refiere la Normativa sobre Consumidores y Usuarios

Se viene planteando, recientemente, por varios médicos sobre la obligatoriedad o no de disponer de las Hojas de Reclamaciones en sus consultas privadas y si ante una reclamación de un paciente se deben someter a la normativa reguladora del estatuto de las Personas Consumidoras y Usuarios.

La normativa reguladora viene recogida en :

- El Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, Ley Consumidores y Usuarios 2007.
- La Ley 6/2003, de 22 de diciembre del Parlamento Vasco, Estatuto de las Personas Consumidoras y Usuarios.
- El Decreto 5/1997, de 14 enero del Gobierno Vasco, Regula las hojas de reclamaciones de consumidores y usuarios.

La cuestión fundamental a la hora de aplicar esta legislación y la obligatoriedad o no de disponer Hojas de Reclamación es establecer si los pacientes se pueden considerar "Consumidores y Usuarios".

Es importante esta concreción dado que si consideramos que los pacientes no son "Consumidores y Usuarios" no existe la obligación de tener Hojas de Reclamaciones puesto que no sería de aplicación dicha legislación, aunque en principio parezca una cuestión clara, legalmente no se encuentra claramente establecido si se trata de "Consumidores y Usuarios" o no lo son. Estas dudas han sido resueltas, recientemente y en

parte, por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco que en una reciente publicación en su página de Internet (7 de julio 2009) se decanta en defensa de la de la posición de que a los pacientes no se les puede considerar como " Consumidores y Usuarios" y manifiesta que por Ley no puede intervenir en "asuntos relacionados con el ejercicio de la medicina humana y animal y asuntos relacionados con actividades colegiadas": (http://www.industria.ejgv.euskadi.net/r44-2258/es/contenidos/informacion/informacion_basica/es_es_info/consumo.html)

Se plantea el siguiente interrogante:

¿En qué cuestiones no interviene Consumo?

Establece que Consumo, por Ley, no puede intervenir en:

- Cuestiones laborales o de tipo familiar.
- Conflictos entre particulares.

Ejemplo: "He comprado el coche a un amigo y no me ofrece garantía alguna". "He llamado a un conocido para que me haga una chapucilla en el baño, me ha roto las cañerías y ha inundado el piso de mi vecino".

- Conflictos entre empresas.

Ejemplo: "He comprado un ordenador para mi empresa y no funciona correctamente". "He comprado hortalizas para el bar y el pedido ha llegado en mal estado".

- Las cuestiones sobre las que haya recaído resolución judicial firme y definitiva.



- Los asuntos sobre los que las partes no tengan poder de disposición o los derechos que legalmente son irrenunciables.
- Las cuestiones en que, con arreglo a las leyes, deba intervenir el Ministerio Fiscal para representar y defender a quienes no puedan actuar por sí mismos.
- Cuando concurren las circunstancias de intoxicación, lesión o muerte o cuando existan indicios racionales de delito.
- Conflictos entre vecinos (Ley de Propiedad Horizontal y Comunidades de Propietarios).
- Asuntos relacionados con el ejercicio de la medicina humana y animal y asuntos relacionados con actividades colegiadas.

De conformidad al criterio del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, no sería exigible por Ley la obligatoriedad de tener Hojas de Reclamación, siendo defendible legalmente que no es necesario tener las mismas en la consulta puesto que dicho departamento no tiene competencia. Pero se debe tener en consideración que en dicho apartado se manifiesta que Consumo no interviene en dicho supuestos, no se manifiesta que no sean "Consumidores y Usuarios".

Dado que se trata de un criterio del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco que se debe tener en consideración y no siendo una cuestión pacífica al existir resoluciones contradictorias, lo recomendable es disponer de Hojas de Reclamación en las consultas por resultar menos perjudicial para el médico disponer de las mismas en su consulta que involucrarse en su caso en un procedimiento administrativo e incluso judicial por no disponer de las mismas. El disponer de estas hojas no conlleva la obligación de someterse a estos tribunales arbitrales.

Más relevante que el disponer o no de las Hojas de Reclamación, lo verdaderamente relevante y trascendente para el médico es "Tratamiento que debe darse a la intervención de Consumo en reclamaciones de índole profesional cuando un paciente presenta queja o denuncia contra un médico ante dicho organismo.

Es importante tener las ideas claras al respecto porque ya se vienen dando casos de quejas de pacientes presentadas contra médicos ante las oficinas de Consumo.

En este caso, de conformidad a lo manifestado con anterioridad, ANTE CUALQUIER RECLAMACIÓN POR CONSUMO Y DESDE EL PRINCIPIO SE DEBE ALEGAR QUE NO SE ACEPTA LA RECLAMACIÓN NI LA COMPETENCIA DE CONSUMO, POR TRATARSE DE UN PACIENTE, NO DE UN CONSUMIDOR Y USUARIO y NO ES DE APLICACIÓN DICHA LEGISLACIÓN.

Esta negativa se ampara en la nota publicada en Internet por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco en la que manifiesta que por ley no puede intervenir en "asuntos relacionados con el ejercicio de la medicina humana y animal y asuntos relacionados con actividades colegiadas" y tratándose la reclamación de un asunto relacionado al ejercicio de la medicina sería de aplicación dicha exclusión.

Conclusiones.

1ª) Según el criterio del Departamento de Sanidad y Consumo no sería obligatorio tener las Hojas de Reclamaciones en la consulta

2ª) No obstante sería aconsejable tener las Hojas de Reclamación en la consulta dado que hasta la fecha no existe unanimidad y el tener estas hojas ninguna obligación conlleva el someterse a las decisiones y resoluciones de estas tribunales. El no disponer de ellas se corre el riesgo de que se inicie un expediente por su no disposición, aun cuando nuestro criterio es que no concluiría con sanción alguna, pero el médico se vería inmerso en un expediente que a nadie agrada; ésta es la única razón de aconsejar que se disponga de estas hojas.

3ª) Si se inicia un procedimiento administrativo y se realiza cualquier clase de reclamación por un departamento de Consumo (ya sea del Gobierno Vasco o de los Ayuntamientos), se debe alegar que no puede intervenir en el mismo por no tener competencia y que el médico no está obligado a someterse al mismo.

Obligatoriedad o no de disponer en las Consultas Médicas de Hojas de Reclamaciones a que se refiere la Normativa sobre Consumidores y Usuarios

IMPORTANTE PARA LOS MÉDICOS QUE TRABAJAN EN LA MEDICINA PRIVADA

J. C. VEA ORTE

Vocal de la Junta de Gobierno del Colegio de Gipuzkoa

E-mail: jcveaorte@yahoo.es

Pasa el tiempo y nuestra relación con las Entidades Aseguradoras es nula. Ellas deciden por nosotros y acuerdan los honorarios sin posibilidad de pacto alguno.

El ejemplo de las acciones que siguieron los traumatólogos no ha cuajado en otras especialidades y seguimos sin ponernos de acuerdo. En la última reunión en Madrid (Junio/2009) insistieron, a todos los representantes de todos los Colegios de España, que la única posibilidad de poder tratar con las Compañías Aseguradoras o Entidades de Seguro Libre, es formar una Federación en todo el Estado de todas las Asociaciones de Médicos Empresarios que se puedan reunir.

Importa el número y la implantación, pues cuantas más podamos formar, más fuerza podemos tener y es por ello que nos instaron a que transmitamos este mensaje.

Los médicos de cada especialidad, como lo hicieron los traumatólogos, podemos formar la Asociación de Médicos Empresarios de esa especialidad y después unir todas las de la Provincia y estas con las del resto de España.

La sede se establecería en el Colegio de Médicos, que ya sabemos que no tienen ninguna competencia negociadora. Vamos a volver a intentarlo y el camino a seguir, insisto una vez más, ya nos lo marcaron los traumatólogos.

El trabajo lo tenemos que hacer nosotros y es por ello que después de que leáis esta nota, podemos ponernos en contacto los médicos de las distintas especialidades.

Desde el Colegio se facilitarán las gestiones para iniciar las negociaciones individualizadas con las distintas Entidades de Asistencia Sanitaria. Sólo las ganas de cambiar serán las que sirvan para hacerlo. Después no valdrá lamentarse.



Medikuntzako lexikoa (LVII)

INMUNOLOGIA (III)

Esclerodermia sistémica;	
esclerosis sistémica.....	Esklerodermia sistemiko
Esclerosis múltiple;	
esclerosis en placas.....	Esklerosi anizkoitz;
	plaka-esklerosi
Especificidad.....	Espezifikotasun
Espectrotipo.....	Espektrotipo
Espondilitis anquilosante.....	Espondilitis ankilosatzaile
Estallido respiratorio;	
explosión respiratoria.....	Metabolismo
	oxidatzailearen eztanda;
	arnas eztanda
Estreptolisina O.....	O estreptolisina
Estroma.....	Estroma
Evasión inmunitaria.....	lhes immunitario
Exceso de anticuerpo.....	Gehiegizko antigorputz;
	antigorputz sobera
Exceso de antígeno.....	Gehiegizko antígeno;
	antígeno sobera
Exclusión alélica.....	Aleloen eskusio
Exocitosis.....	Exozitosi
Exotoxina.....	Exotoxina
Exsanguinotransfusión.....	Exsanguinotransfusio
Extenuación clonal.....	Ahidura klonal;
	klonen ahitze
Extinción de fluorescencia.....	Fluoreszentzia-iraungitze
Extravasación.....	Estrabasazio;
	gainezka egite
Factor.....	Faktore
Factor acelerador de la degradación;	
factor acelerador de la	
descomposición.....	Degradazioaren faktore
	azkartzaile; faktore
	andeakuntza-bizkortzaile
Factor activador de osteoclastos.....	Osteoklastoen faktore
	aktibatzaile
Factor activador de plaquetas; PAF.....	Plaketen faktore
	aktibatzaile; PAF
Factor de crecimiento de células B.....	B linfotitoen hazkunde-
	faktore (BCGF)
Factor de crecimiento de células T.....	T linfotitoen hazkunde-
	faktore (TCGF)
Factor de necrosis tumoral; TNF.....	Tumore(aren) nekrosi-
	faktore; TNF
Factor de necrosis tumoral α ;	
caquectina.....	Tumore(aren) α nekrosi-
	faktore; kakektina
Factor de necrosis tumoral β ;	
linfotoxina.....	Tumore(aren) β nekrosi-
	faktore; linfotoxina
Factor de permeabilidad capilar.....	Kapilarren
	iragazkortasun-faktore
Factor de transferencia.....	Transferentzia-faktore
Factor del complemento.....	Konplementuaren faktore
Factor del complemento B.....	B konplementuaren
	faktore
Factor del complemento D.....	D konplementuaren
	faktore

Factor del complemento H.....	H konplementuaren
	faktore
Factor del complemento I.....	I konplementuaren
	faktore
Factor del complemento P;	
properdina.....	P konplementuaren
	faktore
Factor estimulador de colonias; CSF.....	Faktore kolonia-
	estimulatzaile; CSF
Factor estimulador de las células B.....	B linfotitoen faktore
	estimulatzaile
Factor inhibidor de la migración	
de los macrófagos; MIF.....	Makrofagoen
	migrazioaren faktore
	inhibitzaile; MIF
Factor reumatoide.....	Faktore erreumatoide
Fagocito.....	Fagozito
Fagocitosis.....	Fagozitosi
Fagolisosoma; heterofagosoma.....	Fagolisosoma;
	heterofagosoma
Fagosoma; vesícula de fagocitosis.....	Fagosoma;
	fagozitosi(aren) besikula
α fetoproteína.....	α fetoproteína
Fibroblasto.....	Fibroblasto
Fibrocyto.....	Fibrozyto
Fiebre del heno; rinitis alérgica	
estacional.....	Belar onduaren sukar;
	errinitis alergiko
	urtarotar
Fiebre reumática.....	Sukar erreumatiko
Fijación de complemento.....	Konplementuaren
	finkapen
Fitoheмоaglutinina.....	Fitoheмоaglutinina
Floculación.....	Flokulazio; malutapen
Fluoresceína.....	Fluoreszeina
Fluorocromo.....	Fluorokromo
Fluorografía.....	Fluorografia
Folículo linfoide; folículo linfático.....	Linfa-folikulu;
	folikulu linfoide
Folículo linfoide primario;	
folículo primario.....	Folikulu linfoide primario
Folículo linfoide secundario.....	Folikulu linfoide
	sekundario
Fosfatasa alcalina.....	Fosfatasa alkalino
Fragmentina; granzima.....	Fragmentina; granzima
Gammaglobulina; γ globulina.....	Gammaglobulina;
	γ globulina
Gammaglobulina específica.....	Gammaglobulina
	espezifiko
Gammapatía.....	Gammapatia
Gammapatía monoclonal.....	Gammapatia monoklonal
Gammapatía policlonal.....	Gammapatia poliklonal
Ganglio linfático; nódulo linfático.....	Gongoil linfatiko;
	linfa-gongoil;
	nodulu linfatiko
Gastritis autoinmunitaria;	
gastritis crónica atrófica.....	Gastritis
	autoimmunitario; gastritis
	kroniko atrofiko

Gastritis autoinmunitaria experimental	Gastritis autoimmunitario experimental	Hiperimmune	Hiperimmune
Gelosa; agar-agar	Gelosa; agar-agar	Hiperinmunidad	Hiperimmunitate
Gen de histocompatibilidad	Histokonpatibilitate(ko) gene	Hipersensibilidad	Hipersentikortasun
Gen de respuesta inmunitaria; gen Ir	Erantzun immunitarioaren gene	Hipersensibilidad de contacto; dermatitis alérgica de contacto	Ukipen(agatiko) dermatitis alergiko; kontaktuko hipersentikortasun
Glia; neuroglia	Glia; neuroglia	Hipersensibilidad de tipo II	II. motako hipersentikortasun
Globulina antilinfocítica	Globulina antilinfotikiko	Hipersensibilidad de tipo III	III. motako hipersentikortasun
γ globulina; gammaglobulina	γ globulina; gammaglobulina	Hipersensibilidad inmediata; hipersensibilidad de tipo I	I. motako hipersentikortasun; berehalako hipersentikortasun
Glomerulonefritis	Glomerulonefritis	Hipersensibilidad retardada; hipersensibilidad de tipo IV; DTH	IV. motako hipersentikortasun; hipersentikortasun atzeratu
Glomerulonefritis membranoproliferativa	Glomerulonefritis mintz-ugaltzaile	Hipocomplementemia; deficiencia de complemento	Hipokonplementemia; konplementu(aren) eskasia
Glomerulonefritis postestreptocócica aguda; GMNPS	Glomerulonefritis post-estreptokokoziko akutu	Hipogammaglobulinemia	Hipogammaglobulinemia
Gránulo	Pikor	Hipogammaglobulinemia transitoria de la infancia	Haurtzaroko hipogammaglobulinemia iragankor
Gránulo específico; gránulo secundario	Pikor espezifiko; pikor sekundario	Histamina	Histamina
Gránulo primario	Pikor primario	Histaminasa	Histaminasa
Gránulo secundario	Pikor sekundario	Histiocito	Histiozito
Gránulo terciario	Pikor tertziario	Histocompatibilidad	Histokonpatibilitate; ehun(en) bateragarritasun
Granulocito; (leucocito)		Histoincompatibilidad	Histoinkonpatibilitate; ehun(en) bateraezintasun
polimorfonuclear	Granulozito; (leukozito) polimorfonuklear	HLA; antígeno HLA	HLA; HLA antígeno
Granulocitopenia	Granulozitopenia	Hormona tímica	Hormona timiko; timo(ko) hormona
Granuloma	Granuloma	Horquilla	Urkila
Granulomatosis de Wegener	Wegener-en granuloma	Huella dactilar; impresión dactilar	Hatz-markak; arrasto genetikoak
Granulomatoso	Granulomatoso	Huésped (ver receptor)	Ostalari (ikus hartzaile)
Granzima; fragmentina	Granzima; fragmentina	Humanización	Humanizazio; gizatiartze
Grupo de diferenciación; CD	Diferentziazio-talde; CD	Idiopatia	Idiopatia
Grupo sanguíneo	Odol-talde	Idiotipo	Idiotipo
Haplotipo	Haplotipo	Idiotipo dominante	Idiotipo gainartzaile
Hapteno	Hapteno	Idiotipo recurrente	Idiotipo errekurrente; idiotipo errepikatu
Hemaglutinación	Hemaglutinazio	IE; inmunoelectroforesis	IE; immunoelektroforesi
Hemaglutinación pasiva	Hemaglutinazio pasibo	Impresión dactilar; huella dactilar	Hatz-markak; arrasto genetikoak
Hemaglutinina	Hemaglutinina	Índice de variabilidad	Aldakortasun-indize
Hematopoyesis; hemapoyesis; hemopoyesis	Hematopiesi; hemopoiesi	Infección oportunista	Infekzio oportunista
Hemoglobinuria paroxística por frío	Hotzagatiko hemoglobinuria paroxistiko; hotzak eragindako hemoglobinuria paroxistiko	Infiltración	Infiltrazio
Hemolisina	Hemolisina	Inflamación	Inflamazio; hantura
Hemólisis; eritrocitolisis; eritrólisis	Hemolisi; eritrolisi	Inhibidor del factor del complemento CI	CI konplementuaren faktorearen inhibitzaile
Hemólisis inmunitaria	Hemolisi immunitario	Injerto	Injerto; mentaketa (ekintza)
Hemólisis pasiva	Hemolisi pasibo	Injerto blanco; injerto avascular	Injerto zuri; injerto abaskular
Hepatitis autoinmunitaria; hepatitis crónica activa	Hepatitis autoimmunitario; kroniko aktibo	Inmune	Immune
hepatitis		Inmunidad	Immunitate
Heteroanticuerpo	Heteroantigorputz		
Heterofagosoma; fagolisosoma	Heterofagosoma; fagolisosoma		
Heteroinjerto; xenoinjerto	Heteroinjerto; xenoinjerto		
Heterólogo	Heterologo		
Hibridación in situ	In situ hibridazio		
Hibridoma	Hibridoma		
Hipergammaglobulinemia	Hipergammaglobulinemia		
Hiperglobulinemia	Hiperglobulinemia		

Inmunidad activa	Immunitate aktibo	Immunoelectroforesis bidimensional;	
Inmunidad adquirida	Immunitate hartu(a)	immunoelectroforesis cruzada	Bi dimentsiotako
Inmunidad celular; inmunidad			immunoelektroforesi;
mediada por células	Immunitate zelular;		immunoelektroforesi
	zelulek bideratutako		gurutatu
	immunitate		
Inmunidad de grupo; inmunidad		Immunoelectroforesis en cohete;	
de comunidad	Talde(ko) immunitate	immunoelectroforesis en cono	Suziri gisako
Inmunidad específica	Immunitate espezifikiko		immunoelektroforesi
Inmunidad humoral	Immunitate humoral	Immunoelectrotransferencia	Immunoelektro-
Inmunidad innata; inmunidad natural	Sortzetiko immunitate;		transferentzia
	immunitate natural	Immunoensayo	Immunosaiakuntza
Inmunidad local	Immunitate lokal	Immunoensayo enzimático	Entzima-
Inmunidad mediada por células;			immunosaiakuntza
inmunidad celular	Zelulek bideratutako	Immunoensayo enzimático sobre	
	immunitate; immunitate	fase sólida; ELISA; análisis de	
	zelular	inmunabsorción ligado a enzimas	Entzima-
			immunosaiakuntza fase
Inmunidad neonatal	Jaioberrien immunitate		solidoaren gain; ELISA;
Inmunidad pasiva	Immunitate pasibo		entzimek lotutako
Inmunidad tumoral	Immunitate tumoral		immunoxurgapen(eko)
Imunitario	Imunitario		analisi
Inmunización	Immunizazio	Immunofijación	Immunofinkapen
Inmunización activa	Immunizazio aktibo	Immunofilina	Immunofilina
Inmunización genética	Immunizazio genetiko	Immunofluorescencia	Immunofluoreszentzia
Inmunización pasiva	Immunizazio pasibo	Immunofluorescencia directa	Zuzeneko
Inmunización primaria	Immunizazio primario;		immunofluoreszentzia;
	lehen mailako		immunofluoreszentzia
	immunizazio		direktu
Inmunización secundaria	Immunizazio sekundario;	Immunofluorescencia indirecta;	
	bigarren mailako	immunofluorescencia por	
	immunizazio	doble anticuerpo	Zeharkako
			immunofluoreszentzia;
Inmunoadsorbente; inmunosorbente	Immunoxurgatzaile		immunofluoreszentzia
Inmunoadsorbente	Immunoadsorbatazale		indirektu
Inmunoadsorción	Immunoadsortzio	Immunogenética	Immunogenetika
Inmunocito; célula inmunocompetente	Immunozito;	Immunogenicidad	Immunogenizitate
	zelula immunogai	Immunogénico	Immunogeniko
Inmunocompetencia	Immunogaitasun	Immunógeno	Immunogeno
Inmunocomplejo	Immunokonplexu	Immunoglobulina	Immunoglobulina
Inmunodeficiencia	Immunoeskasia	Immunoglobulina A	A immunoglobulina; A Ig
Inmunodeficiencia adquirida;		Immunoglobulina A secretora	A immunoglobulina
inmunodeficiencia secundaria	Immunoeskasia hartu(a);		jariatzaile
	immuneskasia	Immunoglobulina D	D immunoglobulina; D Ig
	sekundario	Immunoglobulina de membrana	Mintz(eko)
			immunoglobulina
Inmunodeficiencia combinada	Immunoeskasia konbinatu	Immunoglobulina E	E immunoglobulina; E Ig
Inmunodeficiencia combinada		Immunoglobulina G	G immunoglobulina; G Ig
grave; SCID	Immunoeskasia konbinatu	Immunoglobulina M	M immunoglobulina; M Ig
	larri (SCID)	Immunohistoquímica	Immunohistokimika
Inmunodeficiencia primaria;		Immunoincompetencia	Immunoezagaitasun
inmunodeficiencia congénita	Immunoeskasia primario;	Immunología	Immunologia
	sortzetiko	Immunológico	Immunologiko
	immuneskasia	Immunólogo	Immunologo
Inmunodeficiencia secundaria;		Immunomodulación	Immunomodulazio
inmunodeficiencia adquirida	Immunoeskasia	Immunopatología	Immunopatologia
	sekundario;	Immunopotenciación	Immunopotentziazio;
	immuneskasia hartu(a)		immunoindartzeko
Inmunodeficiencia variable común;		Immunoprecipitación	Immunoprezipitazio
agammaglobulinemia adquirida	Agammaglobulinemia	Immunoprofilaxis; inmunoprofilaxia	Immunoprofilaxi
	hartua; immuneskasia	Immunorreceptor;	
	komun aldakor	receptor inmunitario	Immunohartzale;
Inmunodepresión	Immunodepresio		hartzale inmunitario
Inmunodifusión	Immunodifusio	Immunorregulación	Immunorregulazio
Inmunodifusión doble	Immunodifusio bikoitz	Immunosupresión	Immunogutxitze
Inmunodifusión radial	Immunodifusio erradial	Immunosupresión con	
Inmunodifusión simple	Immunodifusio soil;	anticuerpos monoclonales	Antigorputz
	immunodifusio sinple		monoklonalen bidezko
Immunoelectroforesis; IE	Immunoelektroforesi (IE)		immunogutxitze

"Más que un Hotel, una nueva forma de alojarse"



Entrevista a Ramón Loinaz, promotor y director de

Irenaz Resort

alguna ocasión (a día de hoy, muy pocos hoteles en la ciudad pueden alojar cómodamente a familias de más de 3 miembros). Es como vivir en tu propia casa, pero con los servicios de un Hotel

Cuáles son las características principales del Resort interesantes para el sector médico?

Estar en la mejor zona residencial y exclusiva de la ciudad, junto al lugar de trabajo de muchos de ellos (tan sólo a 2 minutos de la Policlínica, Hospital Gipuzkoa, Oncológico, Parque Tecnológico etc.), poder disfrutar de un servicio familiar, cercano, desenfadado y de calidad sin perder la independencia. Huir de los grandes hoteles (suelen ser más fríos e impersonales), y la cercanía a los puntos más importantes con accesos muy cómodos. Todo esto acompañado de la comodidad de los servicios de un Hotel (servicio de limpieza, salón social, bar self-service, WIFI etc.), el parking privado, las zonas ajardinadas, y las vistas panorámicas, todo ello crea en nuestro Resort, una sensación de tranquilidad y sosiego únicos. Un lugar para descansar y sentirse "como en casa".

En cuanto a la arquitectura y diseño-decoración. Qué destaca en Irenaz?

En cuanto a la arquitectura: Miguel Arsuaga ha creado una estética exquisita, sin perder la funcionalidad y el sentido práctico de las cosas. Se ha jugado con la orografía del terreno y de la parcela, para aprovechar de la forma más racional posible los espacios adaptándonos al terreno. Este exhaustivo estudio le ha permitido dotar al Resort de una plaza privada de parking por apartamento, así como un fantástico jardín de concepto "zen", que se fusiona y forma parte del entorno. Tiene una mezcla de diseño vanguardista con la calidad de materiales nobles, como pueden ser la madera natural, el cristal, la piedra etc.

En cuanto a la decoración: el estilo de Almudena de Villar (Premio House Design International 2006) está basado en un cierto minimalismo, con una evocación plenamente futurista, sin perder los ambientes acogedores, huyendo de las estancias frías. En nuestro resort se ha cuidado hasta el último detalle, y la iluminación juega un papel importante, creando ambientes cálidos.

En el futuro, habrá más Hoteles Irenaz?

Ahora mismo contamos con otro establecimiento en Vitoria, los apartamentos Irenaz Vitoria, que siguen el mismo concepto y filosofía del grupo. Estamos centrados en conseguir que ambos sean un éxito, no obstante no cerramos las expectativas, pero lo que estoy seguro, es que si se llevan a cabo más proyectos, se realizarán siguiendo el concepto "IRENAZ SPIRIT", es decir, arquitectura y diseño únicos, en localizaciones especiales, y con un trato de cercanía, desenfadado, y sobre todo calidad, alejados del concepto tradicional de Hotel convencional. Creo que vamos por buen camino, ya que desde nuestra apertura en Junio 2009, hemos conseguido posicionarnos con la máxima puntuación y comentarios de los clientes en varios portales de Internet (p.e. www.booking.com), hemos tenido una gran acogida entre el público.

Para los que tenemos curiosidad por los orígenes, porqué Irenaz? y porqué un Resort?

Irenaz es un juego de palabras en homenaje a mi hija, Irene, y el apellido de la familia, Loinaz. Consideramos Irenaz un resort, porque al entrar en el complejo, tienes la sensación de entrar en un "oasis" de tranquilidad. Estás rodeado de naturaleza y paisaje, pero sin llegar a ser un Hotel rural, ya que nos encontramos en zona urbana y en pleno desarrollo. Una zona moderna y cosmopolita, en la naturaleza.

En cuanto a los orígenes de IRENAZ RESORT, mi inquietud y el hecho de ser observador, me llevó a la conclusión de que en San Sebastián faltaba un establecimiento de estas características, el gusto por el servicio de calidad, la atención por el detalle desde un trato más cercano que el de un Hotel convencional, siempre me había llevado a plantearme y animarme con un proyecto dentro del sector turístico de servicios.

A que se debe este nuevo concepto tan innovador? como surgió la idea? como empezó todo?

Como he mencionado, siempre había tenido en mente que a San Sebastián y Gipuzkoa le faltaba un establecimiento de estas características. Por lo tanto en cuanto surgió la oportunidad de hacerlo en la localización perfecta para este tipo de negocio, no lo dudé ni un instante. La zona del Parque de Miramón y Ayete, está en pleno desarrollo, se abren nuevos y modernos polideportivos (Etxadi), zonas comerciales, nuevos añadidos a la actual zona hospitalaria (oncológico), nuevas zonas residenciales (como Pagola), se están creando más infraestructuras (conexión directa con A-8 y N-1), y se está invirtiendo mucho en el Parque Tecnológico (actualmente con un grupo de más de 66 empresas, centros tecnológicos y universidades que dan empleo a más de 2.900 personas, de las que el 36% se dedican a labores de I+D+I). Y en la zona hay una clara falta de oferta hotelera o alojamiento, para cubrir todas las necesidades y demanda que está produciendo esta expansión.

Alojarse en IRENAZ RESORT, puede ser el sueño de muchas personas o profesionales, que desean vivir en un lugar nuevo, moderno, con un diseño vanguardista de lujo. Disfrutar de una casa arquitectónica, rodeada de naturaleza, nosotros lo hacemos posible y lo hacemos accesible para todo el mundo. Nuestros clientes tienen la sensación de vivir como en casa, con total independencia y mucha amplitud. También es ideal si necesita estar acompañado de su familia en

Irenaz Resort
www.irenaz.com

IRENAZ RESORT - Pº Oriamendi 94, Aiete-Miramón
20009 Donostia-San Sebastián
T. (+34) 943 30 81 49 - F. (+34) 943 30 92 65
Email: resort@irenaz.com

APARTAMENTOS IRENAZ VITORIA - C/ Hondarribia, 1
(esquina Duque de Wellington) - Lakua 01010 Vitoria-Gasteiz
T. (+34) 945 104 104 - F. (+34) 945 191 368
Email: info@irenaz.com

Un hotel de apartamentos diseñados para sentirse como en casa



¿Le preguntan sus pacientes por un lugar cercano al hospital para alojar a sus familiares?
¿Busca un espacio exclusivo para sus visitas, técnicas, ponentes o congresistas? ¿Necesita
un alojamiento cercano a la zona hospitalaria por motivos laborales? ¿Necesita, como científico,
un lugar donde poder descansar y encontrar tranquilidad?

Irenaz Resort es la solución



Situado en la mejor zona residencial de la ciudad,
a 300 metros del Parque Tecnológico de Miramón,
Hospital Donostia, Policlínica y Oncológico, muy cerca
del Club de Golf Basozabal, Museo Chulida Leku, y con
acceso directo al centro y sus playas, así como al acceso
de la A-8, N-1 y las vías de comunicación principales
de la ciudad.

Un **Resort exclusivo** rodeado de zonas verdes, con
apartamentos muy acogedores, de diseño vanguardista,
de 1 ó 2 habitaciones, pensados para sentirse como en
casa, con **las comodidades de un hotel**.



Parking privado gratuito • Facilidades para minusválidos • Conexión internet, WIFI y banda ancha gratuitos • Caja seguridad • Limpieza diaria
Cambio de sábanas y toallas • Cocina completamente equipada • Salón comedor independiente y terraza con vistas panorámicas en todos los
apartamentos • Salón social con desayuno incluido • Zona de bar self-service • Zona ciber • Prensa diaria • Servicio de recepción



TELERADIOLOGIA: ¿Solución o problema?

Dr. ANGEL MORALES. Servicio de Radiología del Hospital de Donostia

"Cuando creíamos que teníamos todas las respuestas, de pronto, cambiaron todas las preguntas"

Mario Benedetti

LA NUEVA ERA DE LA RADIOLOGIA DIGITAL

La radiología en la última década ha experimentado un extraordinario progreso y expansión, el desarrollo de los sistemas de información y la tecnología digital han generado un nuevo factor tecnológico, con la irrupción de los sistemas PACS (almacenamiento y comunicación de imágenes médicas), su integración en los sistemas HIS (integración de imágenes e información clínica de los pacientes) y en los sistemas de Información Radiológica (RIS). La evolución natural de esta nueva "forma de hacer" está dirigida hacia la radiología sin placa y sin papel, el proceso radiológico en red y la teleradiología.

LA TELERADIOLOGIA: RADIOLOGIA CLINICA VERSUS LECTURA DE IMÁGENES

Es en este contexto digital, con imágenes almacenadas – distribuidas (PACS) y sistemas de información relacionada (HIS – RIS), donde aparece la posibilidad de separar el entorno de trabajo del radiólogo:

- De una parte, la adquisición de la imagen (con sus implicaciones de protocolos, justificación, adecuación, calidad y seguridad)
- De otra, la interpretación de las imágenes a través del obligado informe, el cual puede realizarse a distancia.

Ambas partes pueden estar físicamente separadas, pero deben estar funcionalmente unidas en un entorno de trabajo con claras implicaciones clínicas (el radiólogo no debe distanciarse del ambiente clínico con el que interactúa). El informe es la forma primaria de

comunicación entre el clínico y el radiólogo, refleja la aptitud y capacidad del mismo. Es el documento legal por excelencia y debe siempre ser recogido en la historia clínica.

Sin embargo, la misión del radiólogo no es generar informes (interpretación especializada de imágenes médicas), su misión es resolver problemas a los clínicos, suministrándoles información diagnóstica relevante y, garantizando la accesibilidad, seguridad y comodidad de este proceso a los enfermos. Y si no podemos resolver sus problemas, al menos: ayudarles a tomar decisiones (recomendando la prueba de imagen más sensible y específica) y reducir su nivel de incertidumbre.

El proceso radiológico: gestión de solicitudes, justificación – adecuación de la prueba, generación de imágenes, diagnóstico y envío de información, debe estar enfocado 100% a cumplir esta misión.

No debemos olvidar que el valor de un radiólogo se concreta en una sencilla fórmula:

- En el numerador: necesidades que se solucionan
- En el denominador: costes de accesibilidad (de poco sirve un buen diagnóstico con un tiempo de espera excesivo) más costes de incertidumbre (errores diagnósticos y generación de pruebas innecesarias y en cascada).

BENEFICIOS

El objetivo primario de la teleradiología debe ser mejorar la asistencia y el cuidado a los pacientes: moviendo información, no pacientes o profesionales.

La teleradiología debe ser considerada una herramienta y usada solo en ciertas circunstancias, pero nunca sustituir a la radiología clínica, en conexión con el paciente y el clínico que prescribe la prueba.

Entre los beneficios podemos destacar:

Proveer servicios radiológicos de consulta e interpretación, en áreas donde exista una probada necesidad de radiólogos, acercando a este especialista a los clínicos y pacientes.

En la Unión Europea, el valor de esta práctica ha resultado muy útil en áreas de baja población, como regiones del norte de Suecia, Noruega y Finlandia, y algunas de las islas más pequeñas de Grecia.

Mejorar la capacidad diagnóstica al permitir segundas opiniones (incluyendo el acceso a recursos remotos de post-proceso y ayuda computada al diagnóstico).

Las imágenes de casos complejos pueden transmitirse desde hospitales dotados con servicios generales de radiología a centros más especializados, con subespecialistas, para obtener su evaluación y asesoramiento. Tiene también la ventaja de que estos centros especializados pueden decidir si un paciente necesita ser referido desde el hospital a este centro para ser tratado, evitándose así riesgos e incomodidades para el enfermo, o viceversa; los centros comarcales, decidir tratar a los pacientes en sus propias localidades.

Disponer de los informes de las imágenes radiológicas para casos de urgencia y facilitar interpretaciones radiológicas en situaciones de guardia

Realizar informes urgentes de pruebas de imagen cuando los centros locales no disponen de los suficientes radiólogos para ofrecer una cobertura de veinticuatro horas o, cuando no haya ningún radiólogo disponible de forma inmediata. Un buen ejemplo de esto, es su uso en algunos de nuestros Hospitales Comarcales de nuestro Territorio Histórico.

Potenciar la formación continuada de los radiólogos y clínicos.

La teleradiología puede utilizarse como herramienta formativa, con presentaciones de casos o tutorías ofrecidas por centros educativos a grupos de radiólogos y clínicos.

Mejorar la telecomunicación, teleconsulta y coordinación entre clínicos y radiólogos (sesiones clínicas etc.).

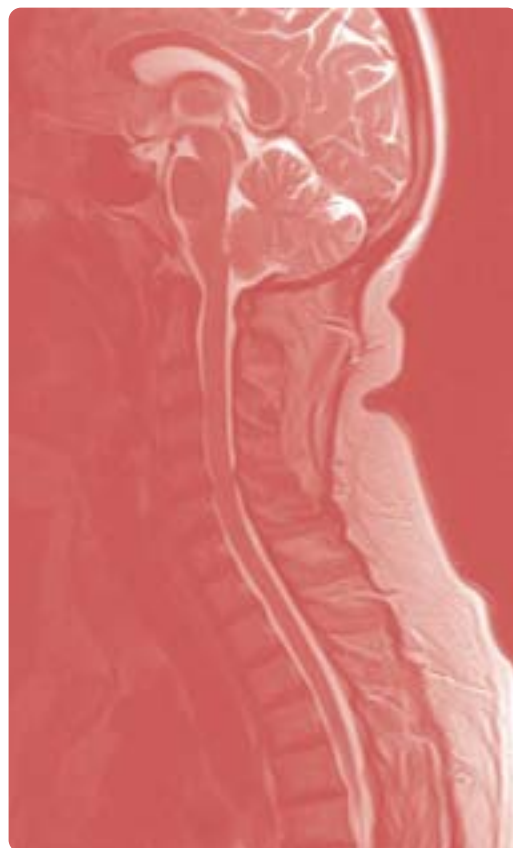
Nuevas posibilidades en investigación con bases de datos reticulares.

AMENAZAS

La aplicación actual de la teleradiología está fomentando la subcontratación, deslocalización y globalización. Esto en si mismo no es una amenaza, lo peligroso de la teleradiología es plantearla como un servicio aislado de la práctica clínica y que rompa el proceso asistencial radiológico (gestión de solicitudes, justificación – adecuación de la prueba, generación de imágenes, diagnóstico y envío de información).

Si a todo esto se añade el crecimiento incontrolado y sin regulación de la teleradiología, impulsado "solo" por estímulos comerciales, tenemos todos los ingredientes para un escenario de pesadilla, que ya anticipo en 1997 Wills :

La producción y la gestión de las imágenes radiográficas pasa a manos de grupos con suficiente potencia económica para invertir en equipos de alta tecnología, organizándose en "Centros de obtención de imágenes", los cuales contratan solamente a "Técnicos" que obtengan



estas imágenes (sin validar protocolos de calidad) , en lo que podemos llamar Servicios de Radiología sin radiólogos.

Estas imágenes son introducidas en una red global. La interpretación de estas imágenes, se oferta a empresas internacionales, estas empresas a su vez subcontratan a médicos lectores de imágenes (mal llamados radiólogos), establecidos en habitaciones oscuras con múltiples estaciones de trabajo, en turnos de 24 horas. Quienes a su vez pueden subcontratar a mejor precio a otros médicos no titulados (MIR) o de países emergentes (India etc.) y todo este proceso desregulado y sin ningún control.

Esto pueda dar lugar a prácticas fraudulentas y delictivas:

- Utilización de especialistas sin titulación reconocida en la Unión Europea (intrusismo profesional).
- Utilización de "lectores fantasma" ("Ghost reading"): un segundo radiólogo realiza un informe a bajo precio y otro radiólogo titulado lo firma, sin revisarlo (esta práctica fraudulenta a sido denunciada en EEUU).

- Violación de la confidencialidad y la legislación de protección de datos (vulneración de la intimidad), sin cifrar los datos etc.
- Sin garantías mínimas de calidad (informando en monitores de baja resolución en sus casas), sin contacto con los servicios clínicos y sin controles de calidad en la fase de adquisición de imágenes.

ASPECTOS LEGALES DE LA TELERRADIOLOGÍA: PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Hemos visto que el desarrollo de la teleradiología está creando importantes retos y generando cambios notables en la prestación de los servicios radiológicos. Las cuestiones a resolver no son tecnológicas, ya que en este campo, en la práctica, casi cualquier cosa que podamos imaginar será factible a medio plazo, sino sobre todo económicas, organizativas, culturales y ético-legales.

Se plantea pues una importante paradoja entre el rápido avance tecnológico y la lentitud en la modificación y adaptación de las normas reguladoras y su plasmación en códigos de conducta adecuados y aceptados. La ausencia de legislación específica en teleradiología (y en telemedicina) está originando dudas en su aplicación práctica, con una cierta sensación de inseguridad por la falta de certeza legal.

¿Qué leyes son aplicables?

De momento, no existe una regulación sectorial y específica de la teleradiología, ni tampoco de la telemedicina. Eso no significa que estemos ante un vacío legal en este tema, ya que existe numerosa legislación de aplicación (sanitaria, radiaciones ionizantes, relacionada con las tecnologías de información – comunicación y sobre subcontratación – outsourcing).

¿Cuáles son los principios jurídicos en los que se deben asentar? ¿Cuáles deben ser las buenas prácticas (lex artis) del servicio?

La elaboración de códigos de conducta tendrá una gran importancia ya que, sin duda, serán la base de la futura legislación sectorial en esta materia. Su contenido deberá:

- Respetar los derechos del paciente.
- Garantizar la prestación de un servicio ajustado a los estándares de calidad.
- Asegurar la identificación y la identidad genuina de los participantes.
- Garantizar la seguridad y trazabilidad del servicio.



- Ofrecer una base para elegir con conocimiento de causa los servicios adecuados.
- Prevenir y reprimir las prácticas fraudulentas o engañosas.

El código de conducta deberá tener en cuenta aspectos relacionados con las personas, aspectos relacionados con el proceso radiológico y aspectos relacionados con la tecnología.

¿Cómo se regula la responsabilidad legal del acto teleradiológico?

Con respecto al régimen de responsabilidad, hay que diferenciar dos situaciones (Tabla I):

A) Teleradiología practicada intramuralmente. El proceso radiológico (solicitud, justificación, citación, generación de las imágenes, diagnóstico-informe y envío de la información) permanece bajo control de la misma organización de servicios o empresa. En este caso no hay ninguna especialidad con respecto al régimen de responsabilidad generalmente aplicado en la radiología tradicional.

B) Teleradiología extramural. La unidad funcional del proceso radiológico se rompe. Una parte del proceso radiológico (solicitud, justificación, citación, generación de las imágenes) la realiza el servicio que tiene contacto directo con el paciente. La gestión de otra parte del proceso diagnóstico (elaboración de informes y envío de la información) se externaliza (subcontrata), encomendándose a un tercero, que de forma especializada se encarga del mismo. Es en este caso donde deben delimitarse claramente las responsabilidades de cada una de las partes implicadas.

Tabla 1.- TIPOS DE TELERADIOLOGÍA

Telerradiología Intramural Intrainstitucional	Integrada en el hospital	
	Hospital - lugar de trabajo del radiólogo	
	Varios hospitales (igual nivel o distintos niveles)	
	Regional (PACS regionales: Servicio de Salud)	
Telerradiología Extramural	Intra-estatal	Centros de lectura diagnóstica
		Segunda opinión o doble lectura
	Unión Europea	Centros de lectura diagnóstica
		Segunda opinión o doble lectura
	Internacional	Centros de lectura diagnóstica
		Segunda opinión o doble lectura
		Radiología entre diferentes rangos horarios "Nighthawk services"

¿Quien debe ser el juez competente en caso de demanda?

El principio de responsabilidad exige que los proveedores de servicios, en contacto directo con el paciente, sean los responsables del correcto cumplimiento de las obligaciones derivadas de todo el proceso radiológico.

Esta responsabilidad es independientemente de si las obligaciones las deben ejecutar ellos o los distintos prestadores de servicios. El control de los servicios debe hacerse en el origen de la actividad y la autoridad competente debe garantizar dicha protección.

Esto significa que el servicio que ha generado las imágenes debe garantizar la buena práctica de todos los pasos del proceso radiológico, incluido los informes realizados por terceros. En caso de mala praxis los pacientes tienen derecho a demandar al radiólogo o empresa que ofrezca estos servicios en otro país, la demanda se sustanciará en el lugar de residencia del paciente.

¿Es necesario suscribir un seguro de responsabilidad civil?

El seguro de responsabilidad protege al radiólogo de las pérdidas económicas si es demandado o condenado por su actividad profesional.

En el caso de la teleradiología es necesario suscribir un seguro que cubra este tipo de actividad y garantice la cobertura en todos los países en que la desarrolle.

¿Cómo se garantiza la autorización, competencia e identificación del radiólogo?

La capacidad de la teleradiología de traspasar los límites territoriales no es óbice para el sometimiento pleno a las normas legales del lugar (estado) donde sus pacientes residen. No es admisible una actividad desvinculada de las comunidades de origen y destino de las imágenes.

El control de los servicios debe hacerse en el origen de la actividad y la autoridad competente debe garantizar dicha protección.

La medicina y la radiología son actividades profesionales objeto de regulación y sometidas a autorización administrativa previa. Esto exige el cumplimiento riguroso de unas condiciones y requisitos, por parte de la organización prestadora de servicio y del radiólogo (Tabla 2).

Tabla 2.- CONDICIONES Y REQUISITOS DEL RADIÓLOGO Y/O PRESTADOR DE SERVICIO

Autorización administrativa previa
Autorización sanitaria de funcionamiento
Prueba de nacionalidad
Títulos oficiales para el ejercicio de la profesión: Medicina y Radiodiagnóstico
Certificado de no estar inhabilitado
Pruebas lingüísticas
Seguro de responsabilidad civil
Colegiación
Alta Impuesto de actividades económicas
Alta en el Régimen general de trabajadores autónomos

¿Cómo se concreta el derecho a la intimidad del paciente, privacidad y confidencialidad de los datos?

El servicio de teleradiología debe garantizar la confidencialidad del paciente y debe cumplir la ley de protección de datos de los países de origen y destino.

Los datos radiológicos: tanto las imágenes como los informes son datos sanitarios. Los Servicios de Radiología que sometan a tratamiento estos datos están obligados a implantar medidas de seguridad de nivel alto. Dentro de estas, cabe mencionar por su importancia la exigencia del cifrado en las telecomunicaciones.

¿En qué condiciones se puede comunicar estos datos a terceros?

Los datos radiológicos, por su valor confidencial, no pueden ser cedidos o comunicados a terceros sin el consentimiento expreso de su titular o, en su defecto, sin que lo autorice una disposición legal o estén regulados en un contrato.

Cuando el servicio se externalice a un tercero (servicio de teleradiología extramural) se considera que es un "acceso a los datos por cuenta de terceros". Deberá estar regulado en un contrato de prestación de servicios, donde deben establecer taxativamente las condiciones del tratamiento y especialmente las obligaciones de confidencialidad, secreto y medidas de seguridad.

¿Son legales las transferencias internacionales de datos?

Las transferencias internacionales de datos serán seguras jurídicamente si tienen como destino un Estado miembro de la Unión Europea, o un Estado respecto del cual la Comisión de las Comunidades Europeas, en el ejercicio de sus competencias, haya declarado que garantiza un nivel de protección adecuado y equivalente.

En la prestación de servicios de teleradiología es necesario la realización de un contrato de "acceso a los datos por cuenta de terceros". Si la transferencia internacional de datos es con destino a estados no comunitarios sin nivel de protección de los datos equivalente al establecido en la LOPD, será preceptiva la autorización del Director de la Agencia de Protección de Datos.

¿Son necesarias la información y el consentimiento del paciente?

Con la excepción de la urgencia, a los pacientes se les debería solicitar el consentimiento explícito cuando sus pruebas de imagen sean transferidas a otra organización de servicios, independientemente si esta localizada en el Estado Español u otro país de la UE. El contenido recomendable de esta información debería incluir:

- Información taxativa de quien le va a suministrar el servicio: filiación, títulos y autorizaciones.

- Descripción breve de las características esenciales del servicio.
- Descripción de los riesgos y las ventajas del proceso teleradiológico.
- Aviso de que la confidencialidad puede estar comprometida por la transmisión electrónica de información.
- Descripción somera de las medidas de seguridad y que protecciones de confidencialidad existentes se aplican

¿Es necesario un contrato?

Si, el contrato es el instrumento jurídico para identificar las responsabilidades médico legales del hospital de referencia y las de los servicios de informes de teleradiología. La ley aplicable y su jurisdicción (lugar del juicio) es la del estado o comunidad en el que reside el paciente. No puede haber dificultades para determinar la ley aplicable y el juez competente ya que se lesionaría el contenido esencial al Derecho a la Tutela Judicial Efectiva.

CONCLUSIONES

- La telerradiología no consiste únicamente en transmitir imágenes e información entre puntos distantes, sino en compartir conocimiento.
- Esta tecnología debe estar sujeta a códigos de conducta consensuados y controlados por la Administración Sanitaria, por los Colegios Médicos y los usuarios.
- Entre sus beneficios destacan su uso para segundas opiniones; la telecomunicación y teleconsulta entre médicos y radiólogos; la mejoría de la asistencia y cuidado a los pacientes; el acceso a sistemas complejos de postproceso y ayuda computada al diagnóstico; nuevas posibilidades en investigación y formación biomédica; acercar los servicios sanitarios aislados o menos atendidos a los núcleos con prestaciones continuadas o de mayor experiencia; cobertura 24 horas (guardias localizadas, guardias externas).
- Todo ello reconociendo que los pacientes están mejor atendidos con una relación estrecha entre ellos, su médico y su radiólogo y que la utilización de telerradiología no debe mermar la enorme eficacia de un servicio clínico de radiología próximo al paciente.

MAIZ COMBULANCIA

CONCERTADAS CON OSAKIDETZA
SERVICIOS A SEGUROS PRIVADOS
SERVICIOS PARTICULARES

Flota de vehículos en continua renovación
Servicio personalizado

**46 33 33
45 59 15
DONOSTIA**

Las REDES SOCIALES en el entorno socio-sanitario

LOLA ELEJALDE

Directora de Programa. INNOBASQUE

Denbora puska bat daramagu sare sozial edo gizarte-sareez hitz egiten. Azken urteotan asko entzuten da sare horien berri, oro har, eta zehazkiago esateko osasungintzari begira izan dezaketen aplikazioaz (horren froga da ekaineko aste berean gai horixe jorratu zela bi jardunaldi desberdinetan: Osakidetza Bilbo eskualdeko Prestakuntzako V. Jardunaldietan, batetik, eta Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak antolatutako Sanitatea 2.0 – Berrikuntza eta Sare Soziala, izenekoan, bestetik), baina gizarte-sareak ez dira gauza berria, ezta gutxiago ere. Naturak aspaldidanik erabili izan ditu horrelakoak, eta sare hori aurkituko dugu hain zuzen ere antolamenduko eredu gisa eskala edo maila oso diferenteetan, hasi neuronek osatzen duten saretik eta bakterioen elkarrekintzetaraino, proteinen arteko interakzioetaraino edo zelula bizi baten barruan gertatzen diren prozesuetaraino.

Desde hace algún tiempo se está oyendo hablar mucho de las redes sociales en general, y de su aplicación concreta a la Sanidad (una prueba de ello es que en una misma semana del mes de Junio se trató este tema en dos jornadas diferentes: las V Jornadas de Formación de la Comarca de Bilbao de Osakidetza, y la jornada Sanidad 2.0 – Innovación y Redes Sociales, de la Consejería de Sanidad del Gobierno Vasco), pero las redes no son algo nuevo. La naturaleza las viene utilizando desde siempre, y encontramos la red como patrón organizativo a muy diferentes escalas, desde el tejido neuronal hasta las interacciones bacterianas, las interacciones entre proteínas o los procesos que transcurren dentro de una célula viva.



La disponibilidad generalizada de ordenadores y de conexión a Internet, y la rápida extensión del uso de éste, no han hecho sino eliminar barreras y facilitar la forma de organización de lo social hacia ese patrón que atraviesa toda la trama de la vida. Las redes de relaciones que podemos construir ahora adquieren unas escalas espaciotemporales sin precedentes en la historia de la humanidad.

En nuestro contexto, una red social es una estructura social formada por nodos unidos por una serie de interdependencias (http://en.wikipedia.org/wiki/Social_network), y se estructura y funciona, tal como lo hacen las redes neuronales, como un sistema de carácter abierto, evolutivo, dinámico, y autoorganizado. Y como en estas, las redes sociales pueden crecer en cualquier dirección, producir nuevas ramificaciones y generar otras conexiones. Su comportamiento es expresión y resultado de los flujos de señales, estímulos y movimientos internos y externos.

Cuando una serie de personas interactúan entre ellas unidas por un objetivo común forman una comunidad, y cuando el medio fundamental de interacción y comunicación es internet, hablamos de comunidad virtual. Igual que en una red neuronal, en la que lo que nos hace pensar, sentir o actuar en un momento dado de una manera determinada no son las células en sí sino las conexiones y relaciones específicas que se establecen entre ellas, así también en las redes sociales lo fundamental son las



conversaciones y la construcción entre iguales, más que el propio valor del nodo-persona. Es probablemente esta necesidad de conversación y de contar con otros, una de las razones por las que las comunidades virtuales relacionadas con la Salud han surgido en mayor número y con mayor intensidad que en otros campos.

Porque la salud es una de las principales (si no la mayor) preocupación de las personas, sobre la que queremos estar informados y conseguir diferentes opiniones, y porque en el caso de la enfermedad necesitamos compartir la experiencia, contar con más apoyo y buscar asesoramiento de quien ha pasado ya por lo mismo.

Por ello, están surgiendo grupos de apoyo y la gente encuentra que compartir experiencias y contenidos on line muchas veces es más fácil que hacerlo cara a cara. En este caso, además, las redes sociales e internet ofrecen acceso a mayor número de personas similares.

Como prueba de este hecho se citan a continuación algunos ejemplos de la relación que se establece entre pacientes con una misma enfermedad y de los pacientes con su "audiencia". Una búsqueda en Youtube (www.youtube.com) da como resultado miles de videos de personas hablando de sus enfermedades



(alrededor de 166.000 videos relacionados con el cáncer, algunos con más de 430.000 reproducciones, alrededor de 26.000 videos sobre diabetes, ...).

En Facebook (www.facebook.com), hay más de 140 grupos relacionados con la esclerosis múltiple, más de 500 grupos relacionados con la lucha contra el cáncer (uno de ellos agrupa a más de un millón de personas y hay 3 grupos con más de 500.000), y más de 500 eventos organizados por esta causa.

Existen numerosos blogs en los que las personas comparten la experiencia de su enfermedad: <http://www.sixuntilme.com/> (blog de una paciente de diabetes), <http://maartensjourney.com/> (blog de un paciente de cáncer que, afortunadamente, parece que va a poder escribir con menor frecuencia porque la recuperación va por buen camino). El primero de estos blogs está adherido al Healthcare Blogger Code of Ethics (<http://medbloggercode.com>), que marca ciertas pautas para mantener la mayor integridad. Existen, además, redes de pacientes muy activas que tienen como objetivo el intercambio de información y la comunicación, como patient-network (<http://www.patient-network.com/>) o, en España, web pacientes (<http://www.webpacientes.org/2005>).

En este escenario de cambio de las expectativas y formas de relacionarse de los pacientes, hay proveedores tecnológicos (Google o Microsoft) o sanitarios (Beth Israel Diaconess Medical Center) que han lanzado nuevos servicios, como GoogleHealth (<https://www.google.com/health/p/>) o Healthvault (<http://www.healthvault.com/>), plataformas para reunir, almacenar y organizar toda la información sobre su salud y poder utilizarla en cualquier lugar y momento, y recoger datos para tomar mejores decisiones, que, a su vez, están integradas en webs de salud personal como PatientSite (<https://www.patientsite.org/psframe.asp?pg=myhealth.asp>).

De la misma manera, los médicos tienen que ser capaces, estar preparados y cualificados para poder responder a las nuevas expectativas y necesidades, especialmente en un sistema sanitario que parece tender a ser integrado y centrado en el paciente-usuario. Porque, en cualquier caso, las reglas están



cambiando aunque a veces no seamos plenamente conscientes de ello. Y, como en un sistema evolutivo, es necesaria la mejora continua sólo para mantener el ajuste con los sistemas con los que está coevolucionando. Porque no es la tecnología o la web 2.0 la que definirá el futuro de la medicina sino los nuevos pacientes, que cambiarán la forma en que se practica la medicina y en que se prestan los servicios relacionados con la salud.

Con esta nueva forma de relación entre médicos y pacientes, surgen comunidades que buscan el diagnóstico y el intercambio experto de información entre pacientes y profesionales, como OrganizedWisdom (<http://organizedwisdom.com/Home>), RareShare (<http://rareshare.org/>) o Forumclinic (www.forumclinic.org), o la mejora del sistema sanitario a partir de la valoración que los pacientes realizan de los facultativos y organizaciones, como Patient Opinion (<http://www.patientopinion.org.uk/>), que adopta los instrumentos de la Web 2.0 para permitir que la voz de los pacientes se escuche, y que esa voz sea útil a las organizaciones sanitarias.

Otro ejemplo, que además implica además a otros agentes del sistema, es PatientsLikeMe (<http://www.patientslikeme.com>), que cuenta con un modelo de negocio innovador, con una doble vertiente: por un lado, recoge información sobre los pacientes, sus enfermedades y tratamientos y, por otro, suministra información



agregada y anonimizada sobre síntomas y tratamientos a investigadores, farmacéuticas, etc. (que pagan por disponer de estos repositorios de datos) con el objetivo de mejorar la investigación de estas enfermedades.

Para los médicos, la web 2.0 presenta unas oportunidades inmensas, no sólo desde el punto de vista de poder conocer mejor las inquietudes y necesidades de los pacientes, sino también desde la vertiente de la formación, puesto que las redes sociales nos facilitan el acceso al conocimiento explícito y tácito, que está distribuido, igual que la información en el cerebro, donde no existe un centro de mando cerrado y autónomo, sino un sistema de información descentralizado y distribuido.

El conocimiento tácito se obtiene de la socialización, de la relación entre personas. Y la forma de dinamizar o movilizar este conocimiento que sólo poseen las personas son las dinámicas de relación social a través de redes de contactos, comunidades de intereses y dinámicas de intercambio en las que rige la ley del win – win (gana el usuario – gana la comunidad).

Por ello, se están creando comunidades exclusivamente para médicos como Medscape (<http://www.medscape.com/>), que incluye 100.000 médicos, Sermo (<http://www.sermo.com/>), que ha generado más de 30.000 discusiones, u Ozmosis (<https://www.ozmosis.com>) o, en España, Medcenter (<http://www.medcenter.com>). Otra experiencia interesante es la de Medting (<http://blog.medting.com/>) y su plataforma de intercambio global de casos clínicos entre médicos, muy bien explicada en el video de Youtube : <http://www.youtube.com/watch?v=8PrHHSRky mM>.

Sin irnos muy lejos, la Comarca de Bilbao de Osakidetza ha creado un portal de intercambio de conocimiento para sus profesionales (<http://www.kudeaketasistema.net/>), y en el blog de los Hospitales de Euskadi se comparte información de interés para esta red. Para acceder al conocimiento explícito, las herramientas de sindicación permiten estar al día de las novedades en innumerables revistas y publicaciones técnicas. Además, en

Webicinina.com (www.webicina.com) se transmite a los médicos el conocimiento de las herramientas y servicios 2.0 que pueden facilitar su trabajo, además de "paquetes" que agrupan el conocimiento alrededor de diferentes especialidades (reumatología, neurología, ...).

El artífice de esta página, Bertalan Meskó (<http://sciencereoll.com/>), ponente en la pasada jornada de Sanidad 2.0 del Departamento de Sanidad), es pionero en la impartición de cursos de Medicina 2.0 en la universidad (<http://med20course.wordpress.com/>).

Por otra parte, hay organizaciones médicas que utilizan las redes sociales y el potencial de la web 2.0 con una estrategia más global, como la Clínica Mayo, que está construyendo comunidad online con personas que comparten su interés por la organización y/o por los temas que tratan.

Cuentan con diferentes blogs, algunos para tratar determinado tipo de enfermedades (diabetes, Alzheimer, estrés, ...) y otros dos más generalistas: uno (<http://newsblog.mayoclinic.org/>) en el que se de cuenta de noticias e historias médicas y científicas de la clínica, y otro (<http://sharing.mayoclinic.org/>) en el que se comparten las experiencias personales de pacientes, familiares, amigos y personal, con la clínica. Con este mismo fin, han abierto una página de Facebook (<http://www.facebook.com/pages/Mayo-Clinic/7673082516>), donde los usuarios pueden también lanzar preguntas, consultas, etc... al resto de la comunidad.

Cuentan además con una serie de podcasts de audio y video (<http://podcasts.mayoclinic.org/>), que les sirve tanto para comunicar desarrollos internos y cambios, como para transmitir su opinión y experiencia. Además disponen de un canal en Youtube (<http://www.youtube.com/mayoclinic>) con videos expertos y relativos a su organización y forma de funcionar (soporte a médicos, pacientes, acceso a personas a través de sus formas de relacionarse, ...).

La clínica no sólo utiliza estas herramientas hacia el exterior sino que apoya activamente su utilización entre su plantilla. De hecho, ha organizado un evento (Tweetcamp) para formar a las personas en la utilización



productiva de Twitter en el campo de la salud. Su canal en Twitter es <http://twitter.com/mayoclinic>.

En otros casos, se cuenta con la opinión de los "usuarios" incluso antes de construir un hospital, como Nemours, que ha creado un blog para recibir ideas y recomendaciones para diseñar un nuevo hospital.

Finalmente, señalar que también las administraciones públicas están aplicando los medios sociales para campañas de educación y prevención, como está haciendo en Centro de Control de Enfermedades de EEUU (<http://www.cdc.gov/socialmedia/>), o para recoger ideas de mejora sugeridas por los usuarios, como las que se recogieron en la iniciativa propuesta de Alberto Ortiz de Zárate para la mejora y cambio del sistema sanitario vasco (<http://eadminblog.net/post/2008/11/20/como-arreglar-la-sanidad-publica-en-7-dias>).

Este artículo sólo ha pretendido poner algunos ejemplos de aplicación de la web 2.0 en el sector sanitario, sin tratar de hacer un listado exhaustivo de todos los sitios existentes. Se trata ahora de que cada uno profundice en aquellos sitios que le aporten mayor valor en su día a día. Por cierto, y para terminar, hay un grupo en LinkedIn (<http://www.linkedin.com/>) sobre Health2.0...



Del Sanatorio del Dr. Martín-Santos a la CLÍNICA QUIRÓN

I 936ko urtarrilaren 21ean inauguratu zen Leandro Martín Santos Domínguez kirurgialariak sortutako zentro mediko-kirurgiko hau. Dena den, urte batzuk lehenago, Mesedeetako Erietxean zuzendari bezala aritua zen mediku bera.

El 21 de enero de 1936 se inauguró este centro médico-quirúrgico fundado por el cirujano Leandro Martín Santos Domínguez, quien había estado anteriormente, como director en la Clínica de las Mercedes, unos años antes.



SANATORIO QUIRÚRGICO DEL DOCTOR MARTÍN SANTOS

Se ubicó en la finca "Alcolea", de la calzada de Eguía, en el antiguo Palacio de Pilarte. La inauguración contó con la presencia, entre otros, del Obispo de la ciudad D. Mateo Múgica, el gobernador Moreno Luque; el presidente de la Gestora Municipal, Dr. Echauz, el comandante militar de la Plaza, Sr. Carrasco y médicos de la ciudad.

La clínica constaba de cuatro pisos, con todos los adelantos médicos: onda ultra-corta, rayos ultra-violeta, masaje, etc. Con los años se fue ampliando y puesto al día bajo la dirección de uno de sus hijos, Leandro. Su otro hijo, Luis, fue el famoso psiquiatra y escritor, entre otras obras, de "Tiempo de Silencio".

Falleció prematuramente, en Vitoria, en 1964. A él dedicó una estupenda biografía el Dr. Pedro Gorrotxategi, la más

completa que se ha escrito. Además la ciudad de San Sebastián le dedicó un homenaje, en el 30 aniversario de su muerte, que recogió el libro "Luis Martín-Santos y San Sebastián" (San Sebastián, 1995).

Leandro Martín Santos Domínguez, falleció en San Sebastián, en 1971, fue Jefe Quirúrgico Militar de la Región en 1929, y llegó a ser Director del Hospital de la Cruz Roja y del Hospital Militar.

Con el tiempo la Clínica pasó a otras manos y a otras compañías de seguros, que han cambiado, sucesivamente, el nombre originario.

El Grupo Hospitalario Quirón decidió comprar la clínica Martín Santos de San Sebastián, para potenciar la presencia de la compañía aseguradora Previa en capitales y provincias españolas en las que la penetración lograda por dicha compañía en el mercado local de seguros de salud era significativa. La identidad de propiedad en el grupo asegurador y el hospitalario facilitó enormemente esta



estrategia de crecimiento. El Dr. Publio Cordón, fundador tanto de Previassa, como de Quirón, mantenía una estrecha relación de amistad con la Familia Martín Santos; además él y su familia pasaban tradicionalmente sus vacaciones estivales en San Sebastián.

Quirón, inmediatamente después de la adquisición de la Clínica Martín Santos, procedió a potenciar la cartera de especialidades médicas ofertadas, de tal forma que, en un plazo de tiempo corto, Quirón San Sebastián se convirtió en un hospital general. Pronto destacaron, como especialidades estrella, la neurocirugía, la oftalmología, la reproducción asistida y la traumatología.

En Quirón San Sebastián se procedió, entre 1996 y 2000, a rehabilitar íntegramente la antigua clínica, llevando a cabo un vaciado interno completo que posibilitó sustituir la antigua estructura de madera -que se encontraba en muy mal estado- por otra de hormigón armado, ello respetando todas las fachada, las cuales, además de su valor histórico, son de una destacable belleza, y reflejan muy bien el estilo

arquitectónico de su época. Además, con ocasión de las obras de rehabilitación integral citadas, se procedió a una ampliación del edificio, por su fachada norte, en unos 2.500 m², mediante la construcción de una torre que conjuntaba a la perfección con la edificación antigua.

Situado en lo alto del barrio de Eguía, al sur de la ciudad, el Hospital Quirón San Sebastián dispone de 8.000 m² sobre una parcela ajardinada con parking propio. El Hospital está construido y ampliado sobre una antigua villa señorial. El Hospital fue adquirido por GHQ en el año 1990, estando actualmente reformado en su totalidad. Dispone de todos los servicios propios de un hospital general siendo un referente sanitario en la ciudad.

DOTACIÓN ESTRUCTURAL / TECNOLÓGICA HOSPITAL QUIRÓN SAN SEBASTIÁN

- 48 camas hospitalización
- 4 quirófanos
- 1 sala de partos
- 2 boxes de urgencias
- 2 incubadoras
- 30 consultorios
- Laboratorio de Análisis Clínicos
- Laboratorio de Anatomía Patológica
- Laboratorio de Reproducción Asistida
- Banco de Sangre
- 1 Resonancia Magnética (1,5 Teslas)
- 1 Scanner Helicoidal
- 1 Telemando
- 1 RX Convencional
- 7 Ecógrafos (1 Eco-Doppler, 1 Alta Definición (4D))
- 1 Mamógrafo
- 1 Ortopantomógrafo
- 1 Densitómetro
- 1 Láser Excimer

CONVENIO DE COLABORACIÓN

Gipuzkoa Sendagileen Elkargo Ofiziala

Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa

+

MONDRAGON LINGUA

INGLÉS Y EUSKERA

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

condiciones económicas ESPECIALES DE MATRICULACIÓN

para integrantes del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa (Personal, colegiado, familiar en primer grado o personal de consulta de los colegiados)

vas a aprender palabra

Infórmate en nuestro centro de DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN

Zubieta, 26.
Tel. 943 43 31 02

www.mondragonlingua.com



MARTÍN-SANTOS DOMÍNGUEZ, LEANDRO

PRESIDENTE DEL COLEGIO ENTRE
1946 Y 1954

Cirujano militar nacido en 1895 en un pequeño pueblo de la provincia de Salamanca, en el que su padre era el maestro nacional, y falleció en San Sebastián, en 1971.

Cursó el bachiller y los estudios de medicina en Salamanca, convalidando las asignaturas médicas con las de la carrera de practicante. Realizó el doctorado en Madrid, en donde comienza los estudios de cirujano militar en la Academia de Sanidad Militar. Su brillante expediente llama la atención del cirujano Gómez Ulla, entonces coronel médico de la Academia, y traba con él una estrecha amistad que se mantendrá a lo largo de su vida.

Su primer destino como teniente fué a Mahón y luego pasará a Larache, como jefe del hospital. Hábil cirujano, se interesa especialmente por las heridas de vientre, que causaban una gran mortalidad y que él trataba con extrema rapidez, obteniendo buenos resultados. Alentado por su amigo el Dr. Gómez Ulla, solicita audiencia a Alfonso XII, logrando la creación de los quirófanos de primera línea, en los frentes, y que consistían en equipos de cirujano y camilleros que se desplazaban al lugar de los heridos actuando con urgencia. Este sistema llama la atención del francés y el Dr. Leandro Martín

Santos es requerido para que explique su procedimiento. El escalafón militar lo destina a San Sebastián, ciudad pionera en cirugía en esos momentos, en donde destacaron y destacaban figuras de la talla de Gaiztarro, Bergareche, Ayestaran, Oreja, Elizaguirre, Urrutia, etc. Es en la capital donostiarra donde Martín Santos desarrollará una gran actividad. Fue cirujano del Hospital Militar, de la Clínica de las Mercedes, del Hospital de la Cruz Roja, del que fue director; y del Hospital Civil de San Antonio Abad, además de trabajar en su consultorio privado. Compró la finca "Alcolea", en el barrio donostiarra de Eguia y edificó un Sanatorio Quirúrgico que bautizó con su nombre. Se inauguró en enero de 1936.

En la última Guerra Civil, con su experiencia de cirujano militar, acude con los equipos quirúrgico que ideara en la Guerra de Africa a diversos frentes: Brunete, Belchite, Ciudad Universitaria y Zaragoza. Nombrado ayudante del General de Sanidad Militar del Ejército del Norte, está presente en las batallas de Teruel y del Ebro, donde descollará por su labor como cirujano. Concluida la contienda regresa a San Sebastián y es ahora cuando le llueven toda una serie de cargos y distinciones: Presidente del Círculo Cultural Guipuzcoano, Diputado Provincial, Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa, Cirujano del Hospital Mola y Académico de varias Universidades y Sociedades.

Un nuevo ascenso en el escalafón de Sanidad Militar le permite marchar a La Coruña, Zaragoza y Madrid. Su trabajo será ahora meramente burocrático gestionando la construcción de hospitales. Alcanzada la jubilación, con grado de General, retorna a San Sebastián donde muere de un edema agudo de pulmón.

Escribió el libro "Manual de Cirugía de Guerra", en él, como señala su hijo el Dr. Luis Martín Santos, "consigue reducir a números su inmensa actividad en la Batalla del Ebro, dando una de las pocas estadísticas que existen sobre la evolución de una batalla, desde el punto de vista médico".

Fue un defensor de la raquianestesia, como también lo fuera su amigo el Dr. Gómez Ulla. Martín Santos publicó en la revista Sanidad Militar y la Medicina Militar Española, de 1932, un interesante y extenso artículo titulado "Raquianestesia: en 70 casos", en el que se muestra partidario de la utilización de la percaína, frente a la estovaina, por considerarla menos tóxica, no producir excitación bulbar y obtener anestias más prolongadas. Fue, asimismo, defensor de la utilización de la raquianestesia en las intervenciones ginecológicas, como las histerectomías totales, frente a la anestesia general, por las ventajas que se derivaban de su uso.

Profesionalmente perteneció a la última generación de cirujanos generales que lo mismo extirpaban un bocio que reducían una fractura. Sus intervenciones las hacía con el mínimo de medios, tenía preferencia por la aguja Reverdín y a lo largo de cuarenta años de vida profesional realizó unas 50.000 operaciones, aproximadamente.

Naturaleza Subaru

G a m a S U B A R U

TRIBECA
desde: 40.900 €

FORESTER
desde: 27.750 €

OUTBACK
desde: 28.400 €



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

902 10 00 22 • www.subaru.es

PVP recomendado en Península y Baleares para Subaru Impreza I.V.A., transporte e impuesto de matriculación incluidos. Outback Consumo mixto: 8,6L. Emisiones 204 g/km. Outback Diesel Consumo mixto: 5,8L. Emisiones 153 g/km. Forester Consumo mixto: 8,4L. Emisiones 198 g/km. Forester Diesel Consumo mixto: 6,3L. Emisiones 167 g/km. Tribeca Consumo mixto: 11,6L. Emisiones 275 g/km.



SUBARU

VERTIZ

CONCESIONARIO OFICIAL PARA GIPUZKOA

EXPOSICIÓN Y VENTAS:

Pº Sarroeta, 13 (Martutene)

Tel.: 943 46 92 33 - 943 46 92 99 / Fax: 943 45 16 40

Zabaleta, 10

Tel./Fax: 943 27 46 01

DONOSTIA

Un binomio: Hongos y Flores

Un bonito artículo publicó hace años, un viejo amigo mío, titulado "A falta de setas, buenos son los arándanos" indicando que un fracaso micológico puede compensarse recogiendo en el bosque frutos de esta planta para fabricar a domicilio confitura o mermelada.

Nuestros montes siempre nos dejaron alguna sorpresa agradable cuando el cesto de los perretxikos sigue vacío. A mí me han sorprendido las orquídeas. Donde crecen las flores pueden florecer las orquídeas.

La familia de estas plantas es amplísima, hay cerca de veinte mil especies, todas preciosas y con base en países tropicales como Tailandia, donde prácticamente tienen la categoría y el simbolismo de flor natural y donde la simpatía de estos orientales empieza colocándonos un collar de ellas y una fotografía de bienvenida al aterrizar el avión.

Lo curioso es que van apareciendo nuevas especies y algunas invaden el terreno de la gastronomía, como la llamada vainilla planifolia que se usa como aromatizante y es un condimento francamente caro, su producto o sustancia activa es el salep.

Es imprescindible observar formas silvestres sobre todo en nuestro Pirineo, cuyos tubérculos en forma de pequeña patata son a menudo afectados por hongos, dando lugar a una asociación micorrízica. Así, donde abundan las orquídeas también lo hacen los hongos que tanto éxito tienen en nuestra cocina y en nuestra gastronomía.

En nuestras latitudes es natural, espontánea, esta simbiosis entre planta y seta, lo que ocurre es que casi nunca aparecen al mismo tiempo porque su ciclo vital es diferente.

Hubo una época en que a las orquídeas se les atribuyó propiedades afrodisíacas aunque sin fundamento científico. Parece que los bulbos de su raíz tienen el mismo valor nutritivo que la patata pero esperemos que nadie sea autor de esta agresividad contra la naturaleza. Es bonito pensar y observar que muchas setas tienen claras influencias lunares, de las fases lunares, como es la seta de

chopo -y lo vengo valorando durante una veintena de años- y que existe un entendimiento cordial entre plantas -como en este caso entre la orquídea, que es de las más apreciadas en todo el mundo- y los hongos.

Si busca orquídeas como cazador fotográfico fácilmente puede tener suerte de ir a casa con unos magníficos perretxikos para la cena.



ALTAS

Junio 2009

EGUIREUN RODRIGUEZ, Andere
SANCHEZ BLANCO, Griselia
SZALAK KWIATKOLOSKA, Beata
Makgorzata
LEGIDO FUENTE, Pablo
DOPAZO FERNANDEZ, Leire
FIGUEROA CERON, Ruth Esther
MARQUIN INARRAIRAEGUI, Miren
SANTAELLA GARCIA, Juan
SAENZ RIOS, Juan Carlos
EGAÑA ZUNZUNEGUI, Nerea
ALEGRIA EZQUERRA, Eduardo
TRUJILLO AMADOR, Ricardo Jorge
DIAZ ARISTIZABAL, Urko
ROJAS FERRER, Nohelia
ESTOMABA ORIO, Antonio
CONDE RIVAS, M^a José
LOPEZ VELASCO, Rafael
GIL SANCHEZ, Jesús Antonio
IBARRURI MARTINEZ, Eneko
LOPEZ RODRIGUEZ, Mayra

Julio 2009

TELLERIA ARRIETA, Miren
PARADA PINZON, Paola
RAMIREZ MUÑOZ, M^a Carmen
ALZUGARAY DE SANTIAGO, Marta
SIMAL GALINDO, Tatiana
GARCIA TORRES, Raquel
GALAN, Ignacio Jorge
ODRIOZOLA ARANZABAL, M^a
Gertrudis

Agosto 2009

GONZALEZ CRUZ, Junec
PADILLA RUIZ, Claudia Paola
ROSELL ROMERO, Nuria
AZANZA AGORRETA, M^a José
ORMAECHEA RIVEROS, Norma
Graciela
ESNAL BAZA, Edorta
FERNANDEZ LARRAZ, M^a Lourdes
PALACIN CHAVEZ, Karin Estela
DE PABLO TROITIÑO, M^a Julita
JIMENEZ VILLARREAL, Daniel

BAJAS

Junio 2009

VICENTE PABLOS, Mikel
CISNEROS CALVO, Ana Isabel
ARRANZ GOMEZ, Jesús
SARASUA MIRANDA, Ainhoa
IBAÑES AGUIRRE, Fco. Javier
OTAZU MEDEIROS, Erika Daniela
BINT AHMED, Hayat
MOLIN ZELAIA, Isabel
MARAÑA FERNANDEZ, Teresa
REINA RIVERO, Victor
HERNANDEZ INDURAIN, José Luis
COPPOLA, Federico
RUIZ MANZANAL, Iñaki

Julio 2009

ARISTEGI KEREAGA, Nere
RIBIERE, Jerome
SZALAK KWIATKOLOSKA, Beata
Makgorzata
NAPAL FERNANDEZ, Olatz
GOICOECHEA MATURANA, María
JACA ARRIZABALAGA, Iñigo

Agosto 2009

DEL RIO GUEVARA, Inmaculada

FALLECIDOS

Junio 2009

TRABA REY, Luis Miguel
IGARZABAL RAMOS, Fco. Javier

Julio 2009

CASTRO GARCIA, Luis Fdo.

Agosto 2009

IZA SORONDO, Felipe
UBARRECHENA URIARTE, Agustín





NECROLÓGICAS

Dr. LUIS MIGUEL TRABA REY

Nació en Santander el 1 de Noviembre de 1954 y estudió la carrera de Medicina en Bilbao con la especialidad de Pediatría. Hizo el MIR en la Residencia y trabajó en Andoaín, Pasaia y Hernani, hasta que sacó la plaza en Azpeitia. Estuvo también en comisión de servicios en Hondarribia hasta que volvió a Azpeitia y compatibilizó su ejercicio profesional con su consulta privada en el barrio de Amara de San Sebastián. El Dr. Traba era un gran amante de los animales, criaba pájaros, aunque su gran afición fue la pesca, salía a la mar con dos amigos en una pequeña embarcación que compartían. Amigo de sus amigos y buen compañero el Dr. Luis Miguel Traba fue una persona generosa, familiar, buen padre y buen marido. *Descanse en paz.*

Dr. JAVIER IGARZABAL RAMOS

Nació en San Sebastián el 17 de Setiembre de 1952 y estudió Medicina en Zaragoza. Trabajó de médico de cabecera en un Centro de Salud del centro de Madrid, aunque la mayor parte de su vida profesional la ejerció en Zarautz y los últimos diecisiete años en Elgoibar. Fué además cooperante en Nicaragua durante dos años. Al Dr. Igarzabal le gustaba leer, la naturaleza y, sobre todo la cocina, era un buen cocinero que con sus platos intentaba agradar a todos. De carácter muy alegre, el Dr. Javier Igarzabal disfrutaba de la compañía de los muchos amigos que tenía y de su familia y era un buen conversador. *Descanse en paz.*

Dr. LUIS FERNANDO CASTRO GARCIA

Nació en La Coruña el 23 de Abril de 1919 y estudió Medicina en Santiago de Compostela con la especialidad de Cardiología y Neumología. Trabajó por poco tiempo en Puerto de la Cruz (Tenerife) y experimentó su aprendizaje y conocimientos en el Hospital de Santa Marina de Bilbao, para posteriormente pasar al Hospital de Amara que fue el Centro Sanitario donde definitivamente desarrolló su carrera profesional. También mantuvo consulta privada en San Sebastián y fue uno de los fundadores de la Policlínica de Gipuzkoa. Además asistía de forma altruista en el Asilo Matía. El Dr. Castro no tenía otra afición que la Medicina a cuyo estudio dedicó la mayor parte de su vida. De carácter mas bien serio, el Dr. Luis Fernando Castro fue una persona familiar y hogareña, muy trabajador y entregado a sus pacientes que todavía le recordaban, años después de su jubilación, con cariño. *Descanse en paz.*

Dr. AGUSTIN UBARRECHENA URIARTE

Dr. ENRIQUE BELLO

Nacido en Legazpia, estudió el Bachillerato con los Marianistas de Vitoria y realizó los estudios de Medicina en la Universidad de Zaragoza. Terminados sus estudios de licenciatura en 1973 por espacio de 4 años ejerció la medicina general en Uncastillo, Pradejón, Madrid y La Puebla de la Barca. Vino a San Sebastián en 1977 para en un primer momento trabajar como médico de urgencias y posteriormente como médico general y radiólogo. La etapa dedicada al trabajo en urgencias le permitió el realizar la Especialidad de Radiología en el Instituto Oncológico. La Especialidad de Radiología mostraba entonces nuevos horizontes con nuevas modalidades de imagen y a una de ellas, a la ecografía, le dedicó especial atención. Durante la enfermedad que padeció y que nos ha privado de su amistad mostró lo mejor de su carácter. Consciente de la gravedad de su dolencia no transmitió a sus familiares y amigos preocupación ni angustia sino serenidad. *Descanse en paz.*

