

EDITORIAL	EDITORIALA	2
HEMEROTECA	HEMEROTEKA	3
ACTIVIDAD COLEGIAL	ELKARGOAREN JARDUNA	
DÍA DEL MÉDICO	SENDAGILEEN EGUNA	6
ASESORÍA JURÍDICA	AHOLKULARITZA JURIDIKOA	7
EUSKARA	EUSKARA	
MEDIKUNTZAKO LEXIKOA (LVIII)	MEDIKUNTZAKO LEXIKOA (LVIII)	10
NOTICIAS	BERRIAK	
ELENA ALUSTIZA: "LA ENDOCRINOLOGÍA ESTÁ PROFUNDAMENTE RELACIONADA CON LA PSICOLOGÍA, LOS NIÑOS SUFREN MUCHO Y DEBEMOS AYUDARLES"	ELENA ALUSTIZA: "ENDOKRINOLOGIAK LOTURA ESTUA DU PSIKOLOGIAREKIN, UMEEK ASKO SUFRITZEN DUTE ETA LAGUNDU EGIN BEHAR DIEGU"	18
ACTUALIDAD	GAURKO GAIA	
GONZALO GRANDES: "LA INVESTIGACIÓN PARA LA ACCIÓN ES PRIORITARIA PARA MEJORAR LA ATENCIÓN PRIMARIA"	GONZALO GRANDES: "EKINTZARAKO IKERKETA EZINBESTEKOA DA LEHEN MAILAKO ARRETA HOBETZEKO"	22
DETERIORO COGNITIVO GRAVE	NARRIDURA KOGNITIBO LARRIA	25
OCIO	AISIA	
GASTRONOMÍA Y SALUD	GASTRONOMIA ETA OSASUNA	29
VARIOS	BESTELAKOAK	
ALTAS Y BAJAS	ALTAK ETA BAJAK	31
NECROLÓGICAS	NEKROLOGIKOAK	31

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, Elena Alustiza, Gonzalo Grandes,
Miriam Barandiaran, 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 Elkarteak bere kideentzat hiru hilabeteen behin argitaratzen duen aldizkaria da.

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

Artikulu bat edo honen zati bat erreproduzitu nahi bada, bere egile/en baimenarekin egin beharko da. Argitalpena Kolegiatu guztiak parte hartzeko irekita dago.

Legamos una vez más al final de un año, lo que nos invita a echar un vistazo a este periodo de tiempo para ver lo ocurrido.

En el ámbito sanitario estatal no ha habido cambios estructurales reseñables.

Por el contrario dentro de nuestra comunidad se ha producido un cambio de Gobierno que también afecta a la Consejería de Sanidad para la que ha sido nombrado el Dr. Bengoa quien ha mostrado su disposición a mantener una relación fluida con otras instituciones como la nuestra lo que valoramos positivamente y así se lo hemos hecho saber.

Sabemos que pretende llevar a cabo cambio importantes en la estructura asistencial teniendo en cuenta el progresivo y permanente incremento de edad de la población en el correspondiente de pacientes con enfermedades crónicas.

Esta es una realidad incontestable que precisa de cambios en el sistema no exentos de dificultades.

En el ámbito del Colegio, el pasado mes de Febrero se celebraron las elecciones a la Junta Directiva. Desde aquí quiero agradecer vuestra confianza hacía mí y los compañeros que me acompañan.

En la primera reunión que tuvimos con el Sr. Consejero, le planteé la vieja reivindicación del talonario de recetas por parte de los compañeros jubilados, a lo que me respondió estudiarlo con cariño.

Finalmente, en mi nombre y el de toda la Junta, os deseo lo mejor para esta Navidad y próximo 2010.



Gure lanbidean intrusismoaren kontra borrokatzea izan zen XIX. mendearen hondarrean eta XX. mendearen hasieran Medikuen Elkargoak sortzeko arrazoi nagusietako bat.

Ordudanik ehun urte inguru pasatu dira, baina hala ere arazoak hortxe jarraitzen du, indarrean eta puri-purian oraindik ere, neurritz kanpoko intromisio edo sartzeko horien moduak eta aukerak garai batekoen oso diferenteak diren arren, neurri handi batean. Izan ere, hasieran lanbidean aritzeko legezko eskakizuna lizentziatura edukitzea baldin bazen ere, denborak aurrera egin ahala espezialitatearen eskakizuna gehitu zaio.

Bada, azken aldi honetan eta betiere balizko medikuen eskasia edo gabezia aitzakia bezala hartuz, herrialde desberdinetako profesionalak iritsi dira. Gertaera hori kezagarria da erkidego askotan, baina okerrena da zabalduz doala pixkanaka, eta gure artera ere helduko dela zalantzarik gabe.

Titulazioen homologazio-prozesuari dagokionez erlaxazio edo lasaieria gertatzeko aukerak kezkatzen gaitu batik bat.

Elkargoko Zuzendaritza Batzordeak gerta daitezkeen irregularitate eta gorabehera guztiak borrokatzen jarraituko du beti bezala.

Zentzu honetan, eta gure Estatutuetoako 57. art. (k, l eta m atalak) eta 58. art. (b eta n atalak) betetzeko asmotan, edozein egoera susmagarri sumatuz gero, Elkargoari horren berri emateko obligazioa dute elkargokideek.

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

ENRIQUE TELLERIA ARRATIBEL Jn.
Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofizialeko Lehendakaria

Resúmenes de publicaciones recientes

Dr. Gabriel Zubillaga

LAS 5 CLASES DE FARMACOS ANTIHIPERTENSIVOS PREVIENEN LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

En un meta-análisis de 147 estudios randomizados y 464.000 pacientes incluidos: 1) Todos ellos eran eficaces para reducir Insuficiencia Cardíaca e Ictus. 2) Los Betabloqueantes reducían mejor la enfermedad coronaria en los infartos recientes. 3) Los calcioantagonistas prevenían mejor los Ictus. 4) En general, todos ellos reducían el riesgo de Insuficiencia Cardíaca. 5) Todos ellos reducían la mortalidad. Ninguno tenía mayor riesgo de Cáncer u otros riesgos de mortalidad.

Law MR y cols. BMJ 2009; 338:b1665.

2 HISTORIA NATURAL DE LOS POLIPOS DE VESICULA PEQUEÑOS

Los pólipos grandes mayores de 1 cm pueden sufrir transformación maligna y hay que extirparlos. Los pequeños menores de 1 cm, en un estudio de observación de 5 años en 56 pacientes consecutivos, se ha mostrado que no dan síntomas ni requieren colecistectomía. El tamaño no cambió en 48, creció 2 mm en 3, disminuyó en 2, sólo 4 desarrollaron litiasis. Ninguno cáncer. Se sugiere ver y esperar.

Colecchia A y cols. Am J Gastroenterol 2009; 104: 624.

3 LA MONITORIZACION DE LA DENSIDAD MINERAL OSEA INNECESARIA LOS PRIMEROS 3 AÑOS DE LA ADMINISTRACION DE BIFOSFONATOS

En un estudio de 6.500 mujeres postmenopáusicas todas mejoraban algo esos 3 años, por lo que no hace necesario repetir la prueba. Tras 3 años de terapia parece suficiente la comparación.

Bell KJL y cols. BMJ 2009; 338:b2266.

I L U M I N A C I Ó N

LUZ

Zorionak eta Urte Berri on!

EXPOSICION:

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

www.luzilumina.com

ESTUDIO:

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

4 UN PROGRAMA EN EL HOGAR DE EJERCICIOS DE RODILLA FORTALECIENDO EL CUADRICEPS Y DIETA DE REDUCCION DE PESO MEJORA EL DOLOR DE LA GONARTROSIS

En 289 sujetos con artrosis de rodilla y dolor y sobrepeso o obesidad que seguían un programa de ejercicios de fortalecimiento del cuádriceps de 2 años consiguió una modesta mejoría del dolor y reducción de peso. El NNT era de 9 sujetos tratados para 1 mejoría.

Jenkinson CM y cols. BMJ 2009; 339: b3170

5 EL CHOCOLATE SE ASOCIA A MENOR MORTALIDAD TRAS INFARTO DE MIOCARDIO

A 1.169 pacientes suecos no diabéticos que tuvieron un infarto les siguieron durante 8 años y han visto que comparado con controles los que consumían menos de 1 vez al mes chocolate, tenían 27% menos mortalidad cardíaca, si consumían semanalmente 44% menor riesgo, si 2 o más veces a la semana 66% menor riesgo. No hubo relación en Ictus, mortalidad total, o eventos cardíacos no mortales. Parece que el chocolate protege de las arritmias.

Janszky I y cols. J Intern Med 2009; 266: 248.

6 EVALUANDO SINCOPE EN ANCIANOS EMPEZAR POR TESTS SENCILLOS COMO TENSION ARTERIAL POSTURAL

Hasta un 22% de los mismos eran vasovagales, hipotensión ortostática 13%, arritmias 12%. En 47% no hubo etiología. El uso juicioso de otros test como RNM, test cardíacos de stress y Holter, pueden precisarse. Menos útiles EEG, ECO carotídeo, y TAC.

Mendu ML y cols. Arch Intern Med 2009; 169: 1299.

7 LA RESTRICCIÓN CALORICA PERO CON DIETAS NUTRITIVAS PROLONGA LA LONGEVIDAD EN PRIMATES

Esto se había demostrado antes en dietas con 30% de reducción calórica en otros mamíferos, que producían menos riesgo de diabetes, cáncer y enfermedad cardiovascular, y mayor longevidad, ahora se ha demostrado en 76 monos Rhesus. A los 20 años tenían 3 veces menos riesgo de morir y 50% menos riesgo de cáncer o enfermedad cardiovascular y 42% menos de prediabetes o diabetes. Además de menor grasa corporal, menos peso, mejor sensibilidad a la insulina y menor pérdida de masa muscular, tenían mayor preservación de materia gris cerebral los monos con restricción calórica pero con adecuados nutrientes. Se investigan estos últimos. Sería difícil aplicar voluntariamente esta restricción calórica a humanos.

Colman RJ y cols. Science 2009; 325: 201.

8 LA HIPONATREMIA INCLUSO EN POBLACION GENERAL TIENE MAL PRONÓSTICO

A los 6 años hubo 15% de infartos o muertes. Este riesgo persistía aun corrigiendo múltiples factores de confusión, incluidos diuréticos.

Sajadieh A y cols. Am J Med 2009; 122: 679.

9 INDICADO TRATAMIENTO DE SINUSITIS DE NIÑOS CON ANTIBIOTICOS

Amoxicilina clavulánico en 14 días fue más eficaz que placebo en su curación 50% vs 14% y menos fracasos terapéuticos 14% vs 68%. También tuvieron más diarreas 44% vs 14%.

Inzitari D y cols. BMJ 2009; 339: b2477.

10 LA ASPIRINA REDUCE LA MORTALIDAD TRAS DIAGNOSTICO DE CANCER COLORECTAL NO METASTATICO

Especialmente en los dependientes del COX-2. Retrasa la progresión del tumor. Se va a determinar la expresión COX-2 en los resecaos.

Chan AT y cols. JAMA 2009; 302: 649.

11 TRATANDO DIABETES Y ENFERMEDAD CORONARIA

En 2.368 pacientes que randomizaban a las 2 opciones a) de Revascularización temprana(bypass o percutanea) más tratamiento médico o b) Iniciar tratamiento médico(Insulina con metformina/glitazona o solo insulina o sulfonilurea) con objetivo de Hemoglobina glicosilada <7% llegaron a los 5 años a las mismas supervivencias: 88%. No hubo diferencia en mortalidad entre tratados médicamente o bypas o revascularización percutánea. Sin embargo, hubo menos eventos cardiovasculares con el bypass (70%) que con el tratamiento médico (78%). La terapia médica parece ser un razonable tratamiento de inicio.

Frye RL y cols. N Engl J Med 2009; 360: 2503.

12 LA METOCLOPRAMIDA ES SEGURA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

En un gran estudio israelí de 80.000 recién nacidos, en 4% de ellos sus madres tomaron metoclopramida en el primer trimestre. No tuvieron malformaciones congénitas ni mayores ni menores. Como sabemos pueden producir síntomas extrapiramidales.

Matok I y cols. N Engl J Med 2009; 360: 2528.



Adivine
cuándo abrió
su Gerokoa,
EPSV.

Abra su plan, ahorre hasta un 45% en su Declaración
y no deje de sonreír en el futuro.



Y ahora llévase uno de estos regalos.

www.bankoa.com - 902 444 222

CA bankoa
CRÉDIT AGRICOLE

DÍA DEL MÉDICO

El pasado 16 de Octubre celebramos como cada año el Día del Médico.



COLEGIADOS DE HONOR

D^a Luisa Agirre Azurmendi
D. Jesús Bengoechea Damborenea
D. Ignacio Arteche Elejalde



D. Jokin Bildarratz, D^a Luisa Agirre y D. Enrique Tellería



D^a Luisa Agirre



MÉDICOS HONORÍFICOS



D. Txema Vitoria (Txibiriton), D. Enrique Tellería y D.ª M.ª Jesús Zapirain

D. Fernando Arocena Lanz
D. Luis Astudillo Millán
D. Rafael Guerrero Pereda
D. Ariel Gutiérrez Hoyos
D. Javier Ignacio Lasheras Garde
D. Gerard Laumond
D. Carlos Lirón De Robles Sanz
D. Pablo Mutiozabal Martín
D. Jesús Ortega Vega
D. Esperanza Pérez Ruiz
D. Luis R. Susaeta Peciña

El médico ante las transfusiones sanguíneas a los Testigos de Jehová

El rechazo de los testigos de Jehová a recibir transfusiones sanguíneas representa para los médicos, especialmente para los anestelistas, un conflicto y un problema en la relación médico paciente de compleja resolución por la confrontación entre dos bienes jurídicos o derechos fundamentales de la persona: el Derecho a la Vida reconocido en el artículo 15 de la Constitución y por otro lado los derechos inviolables inherentes a la dignidad de la persona como es el libre desarrollo de la personalidad y el respeto a la ley y a los derechos de los demás fundamento del ordena político y social previsto en el artículo 10 del citado texto legal, en el que se incluye la libertad para disponer del propio cuerpo humano relacionado a su vez con el principio con el principio de autonomía y en último lugar con el derecho fundamental a la integridad física recogido en el artículo 15 de la constitución.

Es angustiante para los médicos enfrentarse a situaciones donde, conociendo el origen del mal que aqueja a un paciente, tendiendo las destrezas necesarias para intentar su curación y contando con los recursos para ello, el paciente no está dispuesto a someterse al procedimiento terapéutico propuesto.

Todo ello se hace mas grave cuando la terapia propuesta aparece como la única capaz de mantener con vida al paciente, y mas aún, cuando se trata de una situación de urgencia, donde no realizar la actuación médica a tiempo conlleva a la muerte del paciente.

Los testigos de Jehová no aceptan recibir como medida terapéutica transfusiones sanguíneas bajo ninguna circunstancia, ni aun cuando ello conlleve perder la vida. Su posición es tan extrema que tampoco están dispuestos a que sus hijos menores de edad reciban transfusiones. Los médicos se preguntan que hacer cuando un paciente, sea testigo de Jehová o no, demanda

que no se utilicen en él o sus familiares las transfusiones sanguíneas o de sus principales componentes. La solución a este problema no es sencilla y aunque en general la jurisprudencia, en los casos que han llegado a los Tribunales ha sido favorable a los médicos que han practicado una transfusión sin el consentimiento del paciente, no deja de ser un permanente y grave dilema ético que tensiona la relación médico-paciente.

El hecho de que exista confrontación entre médico-paciente y entre los derechos fundamentales recogidos en los artículos 10 y 15 de la constitución a resolver en los casos que se planteen, es debido a la inexistencia en nuestro ordenamiento un "derecho fundamental a la muerte" en contraposición al derecho fundamental y constitucional a la vida que es un derecho indisponible de la persona, en este caso para el paciente.

El Tribunal Constitucional en Sentencia 120/1990 recuerda que **"el derecho a la vida, reconocido en el artículo 15 de la Constitución tiene un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad, que incluye el derecho de libertad, que incluya el derecho a la propia muerte...."**

En sentencia 154/2002 de 18 de julio, en el tan conocido caso por la prensa en el caso de los padres de un menor fallecido a causa de su negativa a aceptar transfusiones sanguíneas por ser testigos de Jehová se dice que **"... la decisión de arrostrar la propia muerte no es un derecho fundamental sino únicamente una manifestación del principio general de libertad que informa nuestro texto constitucional"**, que revoca la dictada por el Tribunal Supremo (950/1997) que condenaba a los padres por un delito de homicidio de comisión por omisión, con aplicación de importantes atenuantes y en la que se mostraba favorable al indulto.



Como vemos en el mismo caso existen dos criterios diferentes entre el Tribunal Constitucional y el Supremo que mantienen posiciones diversas: Para el Tribunal Supremo los padres son responsable de un delito y el Tribunal Constitucional otorga el amparo solicitado por los padres al considerar que éstos siguieron procurando las atenciones médicas al menor, intentando encontrar alternativas y aceptando tácitamente la orden judicial de proceder a la práctica a de la transfusión solicitada por los médicos del hospital que atendido al menor y que fue ordenada por el Juzgado de Guardia. El Tribunal Constitucional al dictar la sentencia consideró que la actuación de los padres estuvo amparada por el derecho fundamental a la libertad religiosa y que el Tribunal Supremo vulneró tal derecho con sus consideraciones.

Por otro lado no podemos olvidar que la negativa genérica al tratamiento prescrito es un derecho reconocido y garantizado por el art.2.4 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente y sus derechos de forma y manera que el resultado, que pueda derivarse de esta decisión, de negarse al tratamiento sin riesgo para la vida, libremente tomada por el paciente, derivaría en exclusiva responsabilidad del paciente al que la ley le reconoce un ámbito de libertad propio y exclusivo.

En este supuesto el médico no asume responsabilidad alguna en el resultado si respeta aquella decisión., puesto que la intervención de terceros, en este caso el propio médico, en tales circunstancias no cabe imputarle responsabilidad alguna en el resultado que pueda derivarse de la negativa del paciente. Si el médico ignorara y no respetara la voluntad del paciente y le impone el tratamiento médico rechazado expresamente y por escrito del paciente, podría llegar a ser responsable de un delito de coacciones.

En contraposición a lo anterior, si el paciente decide rechazar la transfusión de sangre por motivos religiosos y una vez prestado el consentimiento pertinente, conlleve un riesgo para la vida, la actuación del médico respetando su voluntad estaría amparada por el carácter justificante del consentimiento prestado por el paciente siempre y cuando no existan otros tratamientos alternativos a la transfusión. A tal efecto la Sentencia 950/1977 del Tribunal Supremo establece que **"...el adulto capaz puede enfrentar su objeción de conciencia**

al tratamiento médico, debiéndose respetar su decisión, salvo que con ello se ponga en peligro derechos o intereses ajenos, lesione la salud pública u otros bienes que exigen especial protección..."

Para quienes consideran que el derecho a la vida es un bien indisponible en cualquier circunstancia que merece una protección absoluta y en todo caso mayor que para el resto de derechos fundamentales, la conducta del médico que procede a realizar la transfusión de sangre aun en contra de la voluntad libremente manifestada por el paciente, estaría amparada por el estado de necesidad justificante previsto en el Código Penal.

Contrarios a esta tesis se encuentra la opinión de quienes sostienen que imponer coactivamente un tratamiento médico de transfusión de sangre supondría una lesión grave del derecho a la libertad y a la dignidad de la persona, que es un derecho fundamental. Los defensores de este criterio consideran que la ponderación de los bienes jurídicos en conflicto, vida y libertad y/o dignidad de la persona, ha de tener en cuenta las concepciones sociales vigentes en el momento de tomar la decisión.

Ante la postura de los testigos de Jehová se le presenta al médico el dilema entre elegir el respeto de la voluntad del paciente que ha rechazado la transfusión por motivos religiosos cuando ésta es absolutamente necesaria para salvar su vida o proceder a la transfusión en contra de su voluntad. Si decide por esta alternativa (transfusión sanguínea en contra de la voluntad del paciente), existe la tesis de que el médico podría ser responsable de un delito de coacciones, de lesiones e inclusive de homicidio si el paciente falleciera por la transfusión.

Existe la tesis de los que opinan lo contrario; es decir de que se podría llegar a exigir responsabilidades penales de homicidio, por omisión u omisión del deber de socorro, al médico que respete la voluntad del paciente que haya rechazado la transfusión de sangre prestando su libre consentimiento, serio, expreso e inequívoco debido a que el consentimiento informado dirigido a la propia muerte carece de cobertura legal; en este sentido la Ley 41/2002 en su artículo 11.3 regulador de las "Instrucciones Previas" que dice:

"No serán aplicables las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico,



a la lex artis, ni a las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlo": en el mismo sentido el C en su art. 27 n.1 Código Deontológico cuando establece que **el médico debe intentar la curación o mejoría del paciente** y el apartado 3 donde dice **que el médico nunca provocará intencionadamente la muerte del paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste.**

Siguiendo esta teoría, si el médico, teniendo conocimiento de las verdaderas intenciones del paciente de que se niega a las transfusiones y acepta su voluntad, podría llegar a ser responsable de un delito del debe de omisión de socorro, para lo que se basan en que nuestro ordenamiento jurídico no admite el suicidio y castiga a los que colaboran o auxilian en él.

Como se ha expuesto al principio de estas reflexiones, no podemos olvidar que nos situamos en la confrontación de dos derechos fundamentales o bienes jurídicos protegidos: el Derecho a la Vida recogido y reconocido en el artículo 15 de la Constitución y por otro lado el libre desarrollo de la personalidad recogido en el artículo 10 del mismo cuerpo legal, en el que se incluye la libertad de la persona para disponer de su propio cuerpo.

Vemos que no es un tema pacífico y que existen tesis que defienden posturas y actuaciones totalmente contradictorias, por lo que los médicos se encuentran con una gran dificultad para resolver estas situaciones, cuando es el médico sobre el que recae la responsabilidad de una u otra actuación como consecuencia de sus actos en el ejercicio de la profesión, **ahora bien**

el médico podría alegar la objeción de conciencia cuando existe un total desacuerdo entre la opinión y recomendación del médico y la del paciente.

No podemos olvidar que existe una enorme dificultad para resolver el dilema de "transfusión sí, transfusión no", lo que conlleva un desafío ético y moral para los profesionales de la sanidad a la vista de las diferentes resoluciones jurisprudenciales, la doctrina jurídica no uniforme y en algunos supuestos contradictoria, que ponen al médico en una difícil encrucijada, al tener que tomar importantes decisiones valorando y sopesando aspectos que van más allá de sus propias funciones como médico y en el caso concreto.

La respuesta a este dilema la encontramos en cualificadas opiniones vertidas en el seno de la doctrina jurídica que sostienen que deben ser los jueces los que indiquen a los médicos cual debe ser su actuación correcta en cada caso concreto.

El hecho de que exista confrontación de ambos derechos, que se debe resolver en los casos que se planteen, se debe a que en nuestro ordenamiento el derecho a la vida constituye un derecho fundamental indisponible de la persona, de aquí la relevancia de la objeción de conciencia y la recomendación de acudir al Juzgado de guardia cuando se plantea este dilema durante la intervención en la que por circunstancias no previstas, el médico se encuentra ante el dilema de respetar la voluntad del paciente (testigo de Jehová o no) que previamente le haya manifestado por escrito su voluntad y decisión de no transfusión sanguínea.

CONVENIO DE COLABORACIÓN



INGLÉS Y EUSKERA

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



vas a aprender

palabra



Infórmate en nuestro centro de DONOSTIA - SAN SEBASTIAN

Zubieta, 26.
Tel. 943 43 31 02

www.mondragonlingua.com

Medikuntzako lexikoa (LVIII)

INMUNOLOGIA (IV)

Inmunoterapia	Immunoterapia	Linfangiectasia intestinal.....	Heste(etako) linfangiektasia
Inmunoterapia pasiva.....	Immunoterapia pasibo	Linfático	Linfático
Inmunotolerancia; tolerancia inmunitaria.....	Immunotolerantzia	Linfoblasto.....	Linfoblasto
Inmunotoxina	Immunotoxina	Linfocina; linfoquina	Linfokina
Inmunotrombocitopenia.....	Immunotrombozitemia	Linfocitario; linfocítico.....	Linfocitario; linfocitario
Integrina.....	Integrina	Linfocito.....	Linfocito
Interacción análoga; interacción cognada.....	Interakzio analogo; elkarrekintza kognatu	Linfocito activado	Linfocito aktibatu
Interferón	Interferon	Linfocito autorreactivo	Linfocito autorreaktibo
Interferón de tipo I.....	I. motako interferon	Linfocito B; célula B.....	B linfocito
Interferón de tipo II; interferón γ	II. motako interferon; γ interferon	Linfocito B inmaduro; célula B inmadura.....	B linfocito heldugabe
Interferón α	α interferon	Linfocito B virgen	B linfocito birjina
Interferón β	β interferon	Linfocito en reposo	Atsedena(eko) linfocito
Interferón γ ; interferón de tipo II.....	γ interferon; II. motako interferon	Linfocito granular grande; LGL.....	Linfocito granular handi; LGL
Interleucina; interleuquina.....	Interleukina	Linfocito intraepitelial.....	Linfocito intraepitelial; epitelio barmeko linfocito
Inulina	Inulina	Linfocito sensibilizado	Linfocito sensibildatu
Isoaglutinina	Isoaglutinina	Linfocito T; célula T.....	T linfocito
Isoanticuerpo	Isoantigorputz	Linfocito T citotóxico	T linfocito zitotoxiko
Isoantígeno.....	Isoantigeno	Linfocito T colaborador	T linfocito laguntzaile
Isoinjerto	Isoinjertu; isomentaketa	Linfocito T supresor	T linfocito ezabatzaile
Isoimmunización	Isoimmunizazio	Linfocito T virgen.....	T linfocito birjina
Isotrasplante	Isotransplante	Linfocito virgen.....	Linfocito birjina
Lactoferrina	Laktoferrina	Linfocitosis	Linfocitosi
Lazo en horquilla	Urkila gisako lakio	Linfocitotrópico.....	Linfocitotropiko
Lectina.....	Lektina	Linfoide	Linfoide
Lectina de unión a manosa	Lektina manosa-lotzaile; manosa lotzen duen lektina	Linfoma	Linfoma
Lepra lepromatosa.....	Legenar lepromatoso	Linfoma de Burkitt.....	Burkitt-en linfoma
Lepra tuberculoide.....	Legenar tuberculoide	Linfomatosis.....	Linfomatosi
Leucemia	Leuzemia	Linfopenia; linfocitopenia.....	Linfopenia; linfocitopenia
Leucemia linfoblástica.....	Leuzemia linfoblastiko	Linfopoyesis; linfocitopoyesis.....	Linfopoyesi; linfocitopoyesi
Leucemia linfocítica crónica.....	Leuzemia linfocitiko kroniko	Linfoquina; linfocina	Linfokina
Leucemia mieloblástica	Leuzemia mieloblastiko	Linfotoxina; factor de necrosis tumoral β	Linfotoxina; tumore(aren) β nekrosi-faktore
Leucoaglutinina	Leukoaglutinina	Lisina.....	Lisina
Leucocitario; leucocítico	Leukozitario; leukozito(en)	Lisis	Lisi
Leucocito; glóbulo blanco	Leukozito; globulu zuri	Lisosoma.....	Lisosoma
Leucocito pasajero.....	Leukozito iragankor	Lisosoma primario	Lisosoma primario
Leucocitosis.....	Leukozitosi	Lisosoma secundario	Lisosoma sekundario
Leucopenia; leucocitopenia.....	Leukopenia; leukozitopenia	Lisozima; muramidasa	Lisozima; muramidasa
Leucotrieno	Leukotrieno	Locus	Locus
Ligamiento.....	Lotura	Locus de histocompatibilidad menor	Histokompatibilitate(ko) locus txiki
Ligando.....	Lotugai	Lupus eritematoso sistémico; lupus eritematoso diseminado.....	Lupus eritematoso sistemiko; eritema-lupus barreiatu
Línea celular.....	Zelula-lerro	Macrófago	Makrofago
Líafa	Líafa	Macroglobulinemia de Waldenstrom	Waldenstrom-en makroglobulinemia
Linfadenitis	Linfadenitis	Maduración de afinidad.....	Kidetasun(eko) madurazio
Linfadenopatía; adenopatía.....	Linfadenopatía; adenopatía	Maduración de los linfocitos T	T linfocitoen madurazio
Linfadenopatía generalizada persistente.....	Linfadenopatía jeneralizatu iraunkor	Marcador	Markatzaile
Linfangiectasia.....	Linfangiektasia		

Marcaje de afinidad; marcaje por afinidad	Kidetasun(eko) markaketa; kidetasun(agatiko) markaketa	Nefropatía por Ig A; glomerulonefritis (idiopática) por Ig A; enfermedad de Berger	A Ig-gatiko nefropatia; A Ig-k eragindako glomerulonefritis (idiopatikoa); Berger-en gaixotasun
Mastocito	Mastozito	Neoañtígeno	Neoañtígeno
Mastocitoma	Mastozitoma	Neumonitis por hipersensibilidad; alveolitis alérgica extrínseca	Hipersentikortasun (agatiko) pneumonitis; albeolitis alérgiko estrinseko
Mediador	Bitartekari; bideratzaile	Neuroglía; neuroglia; glía	Neuroglia; glia
Medio condicionado	Medio baldintzatu	Neutralización	Neutralizazio
Medio HAT	HAT medio; hipoxantina/ aminopterina/timidina medio	Neutrófilo	Neutrofilo
Médula del timo	Timoaren muin	Neutropenia	Neutropenia
Médula ósea	Hezur-muin	Neutropenia autoinmunitaria	Neutropenia autoinmunitario
Megacariocito; megalocariocito	Megakariozito	Nitrozul de tetrazolio	Tetrazolio nitrourdin
Megaloblasto	Megaloblasto	No responsivo	Ez-erantzule
Melfalán	Melfalan	Nódulo linfático; ganglio linfático	Nodulu linfatiko; gongoil linfatiko; linfa-gongoil
Memoria inmunitaria	Memoria immunitario; immunitate-oroimen	Nódulo reumatoideo	Nodulu erreumatoide
6-mercaptopurina (6-MP)	6-merkaptopurina (6-MP)	Oligoclonal	Oligoklonal
Método TUNEL; técnica de TUNEL	TUNEL metodo; TUNEL teknika	Opsonina	Opsonina
Metotrexato; ametopterina	Metotrexato; ametopterina	Opsonización	Opsonizazio
Miastenia gravis; miastenia grave	Miastenia gravis	Órgano linfoide	Organo linfoide
Micofenolato de mofetil	Mofetil mikofenolato	Órgano linfoide primario; órgano linfoide central	Organo linfoide zentral; organo linfoide primario
Microglía; célula microglial	Mikroglia; mikroglia(ko) zelula	Órgano linfoide secundario; órgano linfoide periférico	Organo linfoide periferiko; organo linfoide sekundario
β_2 -microglobulina	β_2 -mikroglobulina	Orquitis alérgica experimental	Orkitis alérgiko esperimental
Mielocito	Mielozito	Ortotópico	Ortotopiko
Mieloide	Mieloide	Osteoblasto	Osteoblasto
Mieloma	Mieloma	Osteoclasto	Osteoklasto
Mieloma múltiple	Mieloma anizkoitz	PAF; factor activador de plaquetas	PAF; plaketen faktore aktibatzaile
Mieloma solitario	Mieloma bakarti	Pancitopenia	Panzitopenia
Mielomatosis	Mielomatosis	Parálisis inmune	Paralisi immune
Mieloperoxidasa	Mieloperoxidasa	Paraproteína	Paraproteina
Mielopoyesis	Mielopoiesi	Paratopo	Paratopo
Migración celular	Zelulen migrazio	Patógeno	Patogeno
Mimetismo molecular	Mimetismo molekular; molekuler mimetismo	PCR, reacción en cadena de la polimerasa	PCR; polimerasaren kate-erreakzio
I2-miristato I3-acetato de forbol	(ver PMA)	Pénfigo	Penfigo
Mitogénico; mitogénico	Mitogenetiko	Pepsina	Pepsina
Mitógeno	Mitogeno	Péptido de cadena invariable asociado a clase II; CLIP	II. klaseari lotutako kate aldaezineko peptido (CLIP)
Modulación antigénica	Modulazio antigeniko; antígeno(en) modulazio	Péptido quimiotáctico	Peptido kimiotaktiko
Molécula de adhesión	Lotura(ko) molekula	Peroxidasa	Peroxidasa
Molécula de histocompatibilidad	Histokonpatibilitate- molekula	Peroxisoma	Peroxisoma
Molécula de membrana	Mintz(eko) molekula	Pinocitosis	Pinozitosis
Monoblasto	Monoblasto	Piógeno	Piogeno
Monocito	Monozito	Pirógeno	Pirogenoa
Monoclonal	Monoklonal	Pirógeno endógeno	Pirogenoa endogenoa; barne-pirogenoa
Mononucleosis infecciosa	Mononukleosi infekzioso	Piroglobulina	Piroglobulina
Monoquina; monocina	Monokina	Placa de Peyer	Peyer-en plaka
Motivo	Motibo	Plaqueta; trombocito	Plaketa; tronbozito
6-MP; 6-mercaptopurina	6-MP; 6-merkaptopurina		
Muramidasa; lisozima	Muramidasa; lisozima		
Muramil-dipéptido	Muramil-dipeptido		
Murino; múrido	Murino; arratoi eta saguei dagokiena		
Mutación	Mutazio		
Mutación somática	Mutazio somatiko		
Necrosis	Nekrosi		
Nefelometría	Nefelometria		

Plasma	Plasma	Prueba de Coombs directa;	
Plasmaféresis.....	Plasmaferesi	prueba de la antiglobulina directa	Coombs-en proba zuzeneko; zuzeneko antiglobulina-proba
Plasmocito; célula plasmática	Plasmozito; zelula plasmatiko	Prueba de Coombs indirecta;	
Plasmocitoma; mieloma solitario	Plasmozitoma; mieloma bakarti	prueba de la antiglobulina indirecta	Coombs-en proba zeharkako; zeharkako antiglobulina-proba
Poliarteritis nudosa; PAN;		Prueba de Farr	Farr-en proba
poliarteritis nudosa clásica.....	Poliarteritis koskordun; PAN	Prueba de fijación de complemento	Konplementuaren finkapen-proba
Policlonal	Poliklonal	Prueba de la tuberculina.....	Tuberkulina(ren) proba
Polimiositis	Polimiositis	Prueba de los linfocitos estimulados	Estimulatutako linfozitoen proba
Polimorfismo genético	Polimorfismo genetiko	Prueba de neutralización	Neutralizazio-proba
Polimorfonuclear.....	Polimorfonuklear	Prueba del NBT; prueba del nitroazul de tetrazolio	NBT proba; tetrazolio nitrourdinaren proba
Polineuritis idiopática aguda;		Prueba del parche	Partxearen proba
polirradiculoneuritis inflamatoria		Prueba radioalergosorbente; RAST	Proba erradio-alergo absorbatzaile; RAST
idiopática; síndrome de Guillain-Barré	Polineuritis idiopatikoa akutua; Guillain-Barré-ren sindrome	Prueba radioinmunsorbente; RIST	Proba erradio-immunabsorbatzaile; RIST
Polivalente.....	Balioaniztun; balio anitzeko; polivalente	Psoriasis.....	Psoriasi
Portador	Eramaile	Purina-nucleósido-fosforilasa.....	Purina-nukleosido-fosforilasa
PPD; derivado proteico purificado	PPD; proteinen eratorri purifikatu	Púrpura de Schönlein-Henoch.....	Schönlein-Henoch-en purpura
Precipitación	Prezipitazio	Púrpura trombocitopénica idiopática;	
Precipitina.....	Prezipitina	enfermedad de Werlhof;	
Precursor linfoide;		inmunotrombocitopenia.....	Purpura tronbozito-peniko idiopatikoa; Werlhof-en gaixotasun; immunotrombozopenia
célula precursora linfoide.....	Aitzindari linfoide; zelula aitzindari linfoide	Quimera	Kimera
Precursor mieloide;		Quimerismo	Kimerismo
célula precursora mieloide	Aitzindari mieloide; zelula aitzindari mieloide	Quimiocinesis.....	Kimiozinesi
Presentación antigénica	Aurkezpen antigenikoa; antígeno(aren) aurkezpen	Quimioquina; quimiocina.....	Kimiokina; kimiozina
Procesamiento antigénico	Prozesamendu antigenikoa; antígeno(aren) prozesamendu	Quimiotáctico	Kimiotaktiko
Promonocito	Promonozito	Quimiotaxis	Kimiotaxi; kimiotaktismo
Properdina; factor del complemento P.....	Properdina; P konplementuaren faktore	Quinina; cinina	Kinina
Prostaglandina	Prostaglandina	Quininógeno; cininógeno	Kininogeno
Proteasoma.....	Proteasoma	Radioinmunolectroforesis.....	Erradioimmuno-elektroforesi
Proteína A.....	A proteina	Radioinmunoensayo; RIA	Erradioimmuno-saiakuntza; RIA
Proteína anclada por GPI	GPI (glikosil-fosfatidil inositol) bidez ainguratutako proteina	Rapamicina; sirolimus	Rapamicina; sirolimus
Proteína antiviral; proteína antivírica.....	Proteina antibiriko	RAST; prueba radioalergosorbente.....	RAST; proba erradioalergo-absorbatzaile
Proteína C reactiva.....	Proteina C-erreaktiboa	Ratón alofénico.....	Sagu alofeniko
Proteína cinasa A; PKA.....	A proteina-kinasa; PKA	Ratón convencional	Sagu konbentzional
Proteína cinasa B; PKB.....	B proteina-kinasa; PKB	Ratón desnudo; ratón lampiño	Sagu biluzi
Proteína cinasa C; PKC.....	C proteina-kinasa; PKC	Ratón domesticado.....	Sagu etxekotu
Proteína cofactor de membrana.....	Mintzeko proteina kofaktore	Ratón knock down;	
Proteína de Bence-Jones	Bence-Jones-en proteina	ratón genodisminuido	Knock down sagu; sagu genogutxitu
Proteína de enlace.....	Lotura-proteina	Ratón knock in; ratón genomodificado	Knock in sagu; sagu genoaldatu
Proteína de fase aguda	Fase akutuko proteina	Ratón knock out; ratón genoanulado	Knock out sagu; sagu genoezabatu
Proteína del mieloma	Mieloma(ren) proteina	Reacción alérgica.....	Erreakzio alergiko
Proteína G.....	G proteina	Reacción anafiláctica.....	Erreakzio anafilaktiko
Proteinograma	Proteinograma	Reacción anafilactoide.....	Erreakzio anafilaktoide
Prozona.....	Prozona	Reacción antígeno-anticuerpo	Antígeno/antigorputz erreakzio
Prueba cruzada	Proba gurutzatu	Reacción cruzada	Erreakzio gurutzatu
Prueba cutánea	Larruzaleko proba	Reacción de Arthus	Arthus-en erreakzio
Prueba de citotoxicidad.....	Zitotoxikotasun-proba		
Prueba de Coombs;			
prueba de la antiglobulina	Coombs-en proba; antiglobulinaren proba		

Reacción de fase aguda.....	Fase akutoko erreakzio	Receptor inmunitario;	
Reacción de Jones-Mote.....	Jones-Mote-ren erreakzio	inmunorreceptor.....	Hartzaile immunitario;
Reacción de Mantoux	Mantoux-en erreakzio		immunohartzaile;
Reacción de Mitsuda;			immunorrezeptore
reacción de la lepromina	Mitsuda-ren erreakzio;	Rechazo	Erretxazo; errefus
	lepromina(ren) erreakzio	Rechazo agudo.....	Errefus akutu
Reacción de precipitación.....	Prezipitazio(ko) erreakzio	Rechazo crónico.....	Errefus kroniko
Reacción del injerto contra el huésped.....	Injertoaren ostalariaren	Rechazo hiperagudo	Errefus hiperakutu
	kontrako erreakzio	Rechazo primario.....	Errefus primario;
Reacción en cadena de la polimerasa;			lehen mailako erretxazo
PCR.....	Polimerasaren kate	Rechazo secundario.....	Errefus sekundario;
	erreakzio; PCR		bigarren mailako
Reacción transfusional; reacción			erretxazo
hemolítica transfusional.....	Transfusio-erreakzio;	Reclutamiento	Erreklutamendu
	transfusioaren erreakzio	Recombinación	Birkonbinazio;
	hemolitiko		errekonbinazio
Reactividad cruzada	Erreaktibotasun gurutzatu	Reconocimiento antigénico	Antigeno(ak) ezagutze
Reagina.....	Erreagina	Región armazón; región variable	
Receptor.....	Hartzaile; errezeptore	de entramado.....	Egitura-eremu;
Receptor antigénico	Hartzaile antigeniko		armazoi-eskualde
Receptor de alojamiento;		Región bisagra.....	Bisagra-eremu;
receptor de asentamiento.....	Lokalizazio-hartzaile		bisagra-eskualde
Receptor de células pre-B.....	Pre-B zelulen hartzaile	Región de cambio.....	Aldaketa-eremu;
Receptor de complemento.....	Konplementu(aren)		aldaketa-eskualde
	hartzaile	Región variable; región V	Eremu aldakor;
Receptor de linfocitos B; BCR.....	B linfocitoen hartzaile;		V eskualde
	BCR	Reinmunización.....	Berrimmunizazio
Receptor de linfocitos T; TCR	T linfocitoen hartzaile;	Reordenamiento génico	Gene(en)
	TCR		berrantolamendu

X-LAN:

Soluciones en ordenadores portátiles de las mejores marcas

Netbook TOSHIBA NB200

- Procesador Intel ATOM N280.
- Memoria RAM de 1 GB
- Disco duro de 250 GB
- Lector de tarjetas de memoria
- Pantalla TFT color de 10,1"

- Gráficos Intel GMA 950 de 224MB
- WiFi, Ethernet y bluetooth
- Cámara web integrada
- Batería de Li-Ion (hasta 9 horas)
- Windows XP o Windows 7

Precio **360€** +IVA



X-LAN ⊗ Experiencia ⊕ Profesionalidad ⊖ SOLUCIONES

GESTION X-LAN INFORMATICA S.A.



ORDENADORES Y PERIFERICOS / CONFIGURACIONES A MEDIDA
 DISEÑO E INSTALACIÓN DE REDES WINDOWS
 MANTENIMIENTOS CONCERTADOS CON EMPRESAS
 SISTEMAS AUDIOVISUALES Y VIDEOCONFERENCIA
 SOLUCIONES INTERNET, ACCESOS, DOMINIOS, CORREO...
 ALQUILER DE EQUIPOS / ALQUILER DE AULA PARA CURSOS Y PRESENTACIONES

PARQUE EMPRESARIAL ZUATZU
 Zuatzu Kalea, 1-planta baja. Local 2
 20018 Donostia - San Sebastián
 Teléfonos: 943 31 02 23 - 943 21 10 50
 Fax: 943 21 10 50
 e-mail: info@xlan.com • www.xlan.com

Repertorio	Errepertorio	Síndrome de Guillain-Barré; polineuritis idiopática aguda; polirradiculoneuritis inflamatoria idiopática	Guillain-Barré-ren síndrome; polineuritis idiopatikoa akutu
Responsivo	Erantzule	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	Hartutako immunoeskasiaren síndrome (HIES)
Respuesta alérgica	Erantzun alergiko	Síndrome de Louis-Bar; ataxia telangiectasia	Louis-Bar-en síndrome; ataxia telangiectasia
Respuesta anafiláctica	Erantzun anafilaktiko	Síndrome de Reiter; enfermedad de Reiter	Reiter-en síndrome
Respuesta celular citotóxica	Erantzun zelular zitotoxiko	Síndrome de Sjögren	Sjögren-en síndrome
Respuesta de fase aguda	Fase akutuko erantzun	Síndrome de superposición	Gainezarpen-síndrome
Respuesta inmunitaria	Erantzun immunitario	Síndrome de Wiskott-Aldrich	Wiskott-Aldrich-en síndrome
Respuesta inmunitaria celular	Erantzun immunitario zelular	Síndrome del arco aórtico; arteritis de Takayasu	Aorta-arkuaren síndrome; Takayasu-ren arteritis
Respuesta inmunitaria específica	Erantzun immunitario espezifiko	Síndrome del linfocito desnudo	Linfocito biluziaren síndrome
Respuesta inmunitaria humoral	Erantzun immunitario humoral	Síndrome del tercer y del cuarto arcos faríngeos; anomalía de Digeorge	Faringeko hirugarren eta laugarren arkuen síndrome; Digeorge-ren anomalía
Respuesta inmunitaria inespecífica	Erantzun immunitario inespezifiko	Síndrome linfomucocutáneo; enfermedad de Kawasaki	Linfa/muki/azal síndrome; Kawasaki-ren gaixotasun
RIA; radioinmunoensayo	Erradioimmunosaiakuntza (RIA)	Síndrome paraneoplásico autoinmune	Síndrome paraneoplásico autoinmune
Ricina	Errizina	Síndrome poliglandular autoinmune	Guruin anitzeko síndrome autoinmune
Rinitis alérgica; rinitis extrínseca	Errinitis alérgico; errinitis estrintseko	Sirolimus; rapamicina	Sirolimus; rapamicina
Rinitis alérgica estacional; fiebre del heno	Errinitis alérgico urtarotar; belar onduaren sukar	Sistema inmunitario	Sistema immunitario;
Rinitis alérgica no estacional; rinitis perenne	Errinitis alérgico ez urtarotar; errinitis alérgico iraunkor	Sistema immune	Immunitate-sistema
RIST; prueba radioinmunsorbente	RIST; proba erradio immuno-absorbatzaile	Sistema linfático	Sistema linfatiko
Roseta	Erroseta	Sistema linfoide	Sistema linfoide
Sarcoma de Kaposi	Kaposi-ren sarkoma	Sistema mononuclear fagocítico; sistema reticuloendotelial	Sistema mononuklear fagocitiko; sistema erretikuluendotelial
Segmento génico variable	Gene-segmentu aldakor	Sonda de hibridación	Hibridazio(ko) zunda
Selección negativa	Hautespen negatibo	Subclase de inmunoglobulina	Immunoglobulinen azpiklase
Selección positiva	Hautespen positibo	Subpoblación	Azpi-populazio
Selectina	Selektina	Suero	Serum
Sensibilización	Sentsibilizazio	Suero antilinfocítico	Serum antilinfocitiko
Señal	Seinale	Suero inmune; antisuero	Serum immune; antiserum
Separación celular por citometría de flujo	Fluxu-zitometria bidezko zelulen banatze	Superantígeno	Superantígeno
Seroconversión	Serokontentsio	Superfamilia de las inmunoglobulinas	Immunoglobulinen superfamilia
Serología	Serologia	Sustancia anafiláctica de reacción lenta; SRS-A	Erreakzio moteleko substantzia anafilaktiko; SRS-A
Seroterapia	Seroterapia	Tacrolimus; tacrolimo	Takrolimus
Serotipo	Serotipo	Técnica de sándwich	Sandwich teknika
Serotonina; 5-hidroxitriptamina	Serotonina; 5-hidroxitriptamina	Técnica de TUNEL	TUNEL proba; TUNEL teknika; TUNEL saiakuntza
Seudogén	Pseudogene; sasi-gene	Tejido linfoide; tejido linfático	Ehun linfoide; ehun linfático
Seudoglobulina; pseudoglobulina	Pseudoglobulina; sasi-globulina		
SIDA; síndrome de inmunodeficiencia adquirida	HIES; hartutako immunoeskasiaren síndrome		
Síndrome antifosfolípídico; SAF	Síndrome antifosfolípídico; SAF		
Síndrome CREST	CREST síndrome		
Enfermedad de Behçet; síndrome de Behçet	Behçet-en síndrome		
Síndrome de Chédiak-Higashi	Chédiak-Higashi-ren síndrome		
Síndrome de Felty	Felty-ren síndrome		
Síndrome de Goodpasture	Goodpasture-ren síndrome		

Tejido linfoide asociado a las mucosas (MALT)	Mukosei lotutako ehun linfoide (MALT)
Tejido linfoide asociado a los bronquios (BALT)	Bronkiei lotutako ehun linfoide (BALT)
Tejido linfoide asociado al intestino (GALT)	Hesteei lotutako ehun linfatiko (GALT)
Timectomía	Timektomia; timo(aren) erazketa
Timo	Timo
Timocito	Timozito
Timoma	Timoma
Timosina	Timosina
Tipificación tisular	Ehunen tipifikazio
Tiroiditis de Hashimoto	Hashimoto-ren tiroiditis
Tirotoxicosis; enfermedad de Grave	Tirotokosia; Graves-en gaixotasun
Tolerancia central	Tolerantzia zentral
Tolerancia de dosis alta;	
tolerancia de zona alta	Dosi altuko tolerantzia
Tolerancia de dosis baja;	
tolerancia de zona baja	Dosi baxuko tolerantzia
Tolerancia inducida	Tolerantzia induzitu; eragindako tolerantzia
Tolerancia inmunitaria;	
inmunotolerancia	Tolerantzia immunitario; immunotolerantzia
Tolerancia periférica	Tolerantzia periferiko
Toxina	Toxina
Toxide; anatoxina	Toxide; anatoxina
Transcriptasa inversa	Alderantzizko transkriptasa
Transducción de señales	Seinale(en) transdukzio
Transfección	Transfekzio
Transferencia inmunitaria	Transferentzia immunitario
Transferencia Northern;	
transferencia de RNA	Northern transferentzia; RNA transferentzia
Transferencia Southern;	
transferencia de DNA	Southern transferentzia; DNA transferentzia
Transferencia Western;	
transferencia de proteínas	Western transferentzia; proteinen transferentzia
Transgénico	Transgeniko
Transportador	Garraiatzaile
Trasplante	Transplante
Trasplante isogénico;	
trasplante singénico	Transplante isogeniko; transplante singeniko
Trombocito; plaqueta	Tronbozito; plaketa
Trombocitopenia	Tronbozitopenia
Tromboxano	Tronboxano
Tuberculina	Tuberkulina
Tumor	Tumore
Unidad formadora de colonias	Unitate kolonia-sortzaile
Univalente; monovalente	Monobalente
Vacuna	Txerto
Vacuna atenuada	Txerto indargetu; txerto ahuldu
Vacuna inactivada	Txerto inaktibatu
Vacuna polivalente	Txerto balioanitz; txerto polibalente
Vacuna profiláctica	Txerto profilaktiko

Giza autoantigorputz nagusietako batzuk

AUTOANTIGORPUTZA ELKARTUTAKO GAIXOTASUNA

Anti-Fc inmunoglobulinikoa (faktore erreumatoidea)	Krioglobulinemia misto esentziala; C birusagatiko hepatitis; mieloma anizkoitza
Anti-Saccharomyces cerevisiae	Crohn-en gaixotasuna
Antiantígeno hepático solugarria	Hepatitis autoimmunitarioa
Purkinje-ren zelulen kontrakoa	Garuneko degenerazio paraneoplasikoa
Antiepidérmikoa	Penfigo arrunta; penfigo neoplasikoa
Antierotrozitarioa	Anemia hemolitiko autoimmunitarioa
Antigliadina	Gaixotasun zeliakoa (zeliakia)
Antiinsulina	I tipoko diabetes mellitusa
Mintz nuklearren kontrakoa	Zirrosi biliar primarioa; gaitz autoimm.sistemikoa
Mitokondrioen kontrakoa	Zirrosi biliar primarioa
Antineuronala	Nerbio-sistema zentraleko sindr. paraneoplasikoak
Antiplatekarioa	Purpura tronbozitemiko autoimmunitarioa

Vacuna terapéutica	Txerto terapeutiko
Vacunación	Txertaketa
Valencia antigénica	Antigenoaren balentzia
Valencia del anticuerpo	Antigorputzaren balentzia
Variación antigénica	Antigenoaren bariazio
Variación idiotípica	Bariazio idiotipiko
Variación isotípica	Bariazio isotipiko
Variolización; variolación	Bariolizazio
Vasculitis sistémica	Baskulitis sistemiko
Vaso linfático	Hodi linfatiko
Vector	Bektore
Vector de clonación	Klonazio(ko) bektore
Vector de expresión	Espresio(ko) bektore; adierazpen-bektore
Vesícula de fagocitosis; fagosoma	Fagozitosi(aren) besikula; fagosoma
Vía alternativa	(Konplementuaren) bide alternatibo
Vía clásica	(Konplementuaren) bide klasiko
Vía de la lectina	Lezitinaren bide (konplementuarena)
Vía lítica	(Konplementuaren) bide litiko
Vigilancia inmunitaria	Behaketa immunitario
Viruela	Baztanga
Virulento	Birulento
Virus de Epstein-Barr; VEB	Epstein-Barr-en birus (EBB)
Virus de la inmunodeficiencia humana; VIH	Giza immunoeskasiaren birus (GIB)
VLA; antígeno de expresión muy tardía	VLA; espresio (oso) berantiarreko antígeno
Xenogénico; xenógeno	Xenogeniko; xenogeno
Xenoinjerto; heteroinjerto	Xenoinjerto; heteroinjerto
Zimosán	Zimosan
Zona clara	Zona argi
Zona marginal	Zona marjinal; ertz(eko) zona
Zona oscura	Zona ilun

AVANCES EN LOS VÉRTIGOS

El síntoma vértigo, desequilibrio, inestabilidad que el paciente describe en ocasiones de forma inespecífica como "mareo" es uno de los problemas más habituales en la clínica diaria, y es una afección que causa al paciente un importante desasosiego. Según las estadísticas constituye entre el 5 y el 10% en las consultas de medicina general y casi un 30% de las consultas de Otorrinolaringología, por supuesto, estas estadísticas incrementan en la población geriátrica aproximadamente un 50% con el consiguiente riesgo de caídas y accidentes, estimándose que esta cifra se incrementa ante el aumento de la perspectiva de vida en la población de edad avanzada.

DR. FERMIN MATELLANES - O.R.L. Hospital Quiron Donostia

De forma genérica, puede decirse que un vértigo es un trastorno del equilibrio, pero este concepto resulta muy impreciso desde el punto de vista clínico, ya que el sentido del equilibrio no es competencia de un único elemento anatómico ni tiene una secuencia definida. En esencia, el equilibrio se mantiene gracias a tres fuentes de información que nos transmiten las posibles modificaciones de nuestra conciencia espacial:

- La vista
- La sensibilidad, propioceptiva (articulaciones y músculos) y exteroceptiva (táctil)
- El oído interno, concretamente el laberinto posterior, cuyos elementos integrantes (conductos semicirculares, utrículo y saculo) son los encargados de captar los desplazamientos espaciales de nuestro cuerpo y notificarlos a los centros o núcleos vestibulares, que pondrán en marcha los mecanismos efectores que deben compensar esas variaciones en la situación espacial. Este complejo entramado es lo que conocemos como sistema vestibular, con una parte periférica (laberinto y VIII par craneal) y otra parte central, en la que entran las conexiones con el cerebro, el cerebelo, la medula espinal, el sistema neurovegetativo, los núcleos oculomotores y la sustancia reticular.

La etiología de un vértigo casi siempre resulta de difícil diagnóstico, y en muchos casos es decididamente multifactorial.

El diagnóstico y el tratamiento de los pacientes que consultan por "vértigos" ha experimentado avances formidables en los últimos veinte años. Se deben ante todo a la profundización de nuestros conocimientos fisiológicos; al entender mejor como consigue el ser humano mantenerse en estado de equilibrio, el médico puede tratar mejor las enfermedades que se lo hacen perder. Estos avances en el conocimiento han dado lugar a un enfoque clínico que permite un diagnóstico más preciso, sobre todo teniendo en cuenta que, al mismo tiempo, la calidad y la precisión de las exploraciones funcionales se ha perfeccionado considerablemente junto con unos enfoques terapéuticos más dirigidos.

La Historia clínica es sin duda la parte más importante de la exploración del paciente vertiginoso, la que más datos aporta, en la que más tiempo es necesario emplear. Es necesario hacer un diagnóstico de presunción hacia cuya confirmación irán dirigidas las pruebas complementarias, y cuyo resultado solo puede ser interpretado bajo la luz de la historia clínica y en caso de discrepancia es la historia clínica la que debe orientar el tratamiento. Por otra parte es necesario valorar el estado en el que se encuentra el paciente y su déficit funcional en relación a su situación personal, laboral, y social. Una vez comprendamos la problemática del paciente estaremos en condiciones de planificar el tratamiento. Las pruebas complementarias en la exploración funcional del vértigo, son en la actualidad mucho más precisas y mejor toleradas por el paciente.

El ejemplo más claro es la utilización de la VIDEONISTAGMOGRAFIA, que no tiene nada que ver con la clásica Electronistagmografía, en sí misma imprecisa, difícil de interpretar y a veces mal tolerada por el paciente. La Videonistagmografía gracias a la tecnología informática y al tratamiento de la imagen permite observar y cuantificar el funcionamiento del sistema vestibular a través de desplazamientos extremadamente finos del ojo en su órbita. Va encaminada a valorar tanto el reflejo vestibulo-ocular como las vías oculomotoras, y permite

localizar donde se encuentra la lesión vestibular, si es central o periférica, la importancia del daño vestibular y el grado de compensación alcanzado de este reflejo. Esta técnica todavía no ha aportado todas sus posibilidades y, actualmente, los clínicos O.R.L. que se interesan por su desarrollo intentan optimizar su rendimiento a través de diferentes tipos de estimulaciones y medidas. La estimulación a alta frecuencia de los laberintos y los resultados obtenidos se están analizando e interpretando. Se trata de desarrollar una semiología de las observaciones efectuadas gracias a esta técnica para unirlas después a los datos de la clínica.

En el examen Otoneurológico destacan en la actualidad, aparte de las clásicas, Audiometría, Impedanciometría y Reflejo Estapedial, los estudios de Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral y las Otoemisiones Acústicas.

Dentro de las pruebas complementarias el último avance ha sido la POSTUROGRAFIA, estudia el control postural del sujeto a través de los movimientos del centro de presión (proyección del centro de gravedad del cuerpo) sobre una plataforma dinamométrica. Es un método computerizado desarrollado para el estudio de la postura y del equilibrio, el sistema está compuesto por una plataforma móvil, un entorno visual también móvil y un sistema informático. La prueba más interesante es el denominado test de organización sensorial (SOT) que valora el equilibrio del paciente midiendo su oscilación postural en seis posiciones diferentes. Los resultados del SOT se evalúan automáticamente comparándolos con los resultados normales. El examen mediante Posturografía permite aislar los componentes de las informaciones vestibular, visual y somato sensorial que participan en el mantenimiento del control postural lo que hace posible determinar la alteración principal que constituye el origen de la pérdida del equilibrio (cual es el receptor afectado, visual, vestibular o somatosensorial).

Complementa y amplía la información proporcionada por la Videonistagmografía y permite realizar una planificación más adecuada del tratamiento.



ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO EN ORDEN DECREciente DE FRECUENCIA EN LOS DISTINTOS GRUPOS DE EDAD:

NIÑOS:

- Otitis media
- Vértigo posicional paroxístico benigno y contusión
- Migraña
- Neuritis vestibular
- Lesiones virales

ADULTOS:

- Vértigo posicional
- Vértigo psicógeno
- Migraña basilar
- Vestibulopatía recurrente
- Neuritis vestibular
- Vértigo de Meniere

ANCIANOS:

- Degeneraciones Vestibulocerebelosas idiopáticas
- Isquemias transitorias y accidentes cerebrovasculares
- Vértigo posicional de origen cardiocirculatorio
- Insuficiencia vertebro basilar
- Tumores

En este estudio presentado por el profesor de O.R.L. Dr. Ramírez Camacho de la Universidad Autónoma de Madrid se observa que un buen número de causas de desequilibrio en adultos y ancianos y, algunas (migrañas) en niños, están relacionadas con trastornos circulatorios de pequeños vasos a nivel cerebral o laberíntico o de vasos de mayor calibre de localización fundamentalmente cervical. Hay que tener en cuenta que sobre todo en personas de edad los frecuentes tratamientos hipotensores inducen una presión insuficiente para vencer la resistencia que ofrecen unos vasos esclerosados por lo que aparece una disminución de la propulsión sanguínea en el territorio vertebro-basilar, responsable de la irrigación no solo del órgano vestibular periférico sino de determinadas regiones del tronco, la protuberancia y la corteza occipital.

En personas de edad avanzada es frecuente que exista una hipofunción vestibular secundaria a pequeños pero repetidos insultos vasculares o a la propia degeneración del órgano periférico secundaria al envejecimiento. Muchas de estas personas son capaces de mantener unas aceptables condiciones de equilibrio gracias a la colaboración de la vista y el sistema propioceptivo, mostrando grados variables de inestabilidad cuando le fallan estos; por tanto, su tratamiento ira encaminado a desarrollar una compensación mediante el uso de lentes adecuadas, bastones, etc. Dentro de los grandes avances en los tratamientos debe mencionarse especialmente el que concierne al descubrimiento o redescubrimiento de la patología inducida por las Canalolitiasis o Cupulolitiasis, enfermedad bien descrita entre los años 1975/1980. Explorada por la técnica de Videonistagmografía se ha beneficiado de tratamientos fisioterapéuticos muy eficaces, los pacientes que presentan un nistagmo desencadenado por la posición se someten a maniobras



fisioterapéuticas adecuadas, (llamadas "liberadoras"), y en un elevado porcentaje de casos, al menos el 80%, obtienen la curación, bajo reserva del diagnóstico preciso del órgano afectado y del mecanismo lesional.

Últimamente se ha asistido a tal "entusiasmo" por esta patología, por la que se interesan tanto los O.R.L. como los fisioterapeutas y médicos generales, que en la actualidad existe un peligro por exceso, que sería considerar que todo vértigo puede atribuirse a un trastorno cupulolitiasico accesible a una maniobra liberadora e incluso a la Rehabilitación; de ahí la necesidad imperiosa de no iniciar nunca un tratamiento fisioterapéutico o una Rehabilitación sin un diagnóstico muy preciso.

UNIDAD DE VÉRTIGO

HOSPITAL QUIRON DONOSTIA
Parque Alkolea, 7 - Tel.: 943 32 26 46
20012 SAN SEBASTIAN

DR. FERMIN MATELLANES
OTORRINOLARINGOLOGÍA

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

- CRANEOCORPORGRAFIA DE CLAUSSEN
- VIDEONISTAGMOGRAFIA COMPUTERIZADA
- POSTUROGRAFIA
- POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL
- OTOEMISIONES ACUSTICAS

Elena Alustiza:

JUNTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

"LA ENDOCRINOLOGÍA ESTÁ PROFUNDAMENTE RELACIONADA CON LA PSICOLOGÍA, LOS NIÑOS SUFREN MUCHO Y DEBEMOS AYUDARLES"

Lehen Mailako Arretako Pediatria Batzordeak antolatutako jardunaldi monografiko berri bat hartu zuen joan zen urriaren 16an Kutxaren egoitzak Donostian. Oraingo honetan haur-endokrinologia izan zen jorratutako gaia, EAEko eta Nafarroako pediatria guztiei zuzenduta.

La sede de la Kutxa de Donostia acogió el pasado 16 de octubre una nueva jornada monográfica organizada por la Junta de Pediatría de Atención Primaria dedicada, en esta ocasión, a la endocrinología infantil y dirigida a todos los pediatras de la CAV y Navarra.

Acreditada de interés científico por el Gobierno vasco, la apertura de la misma corrió a cargo del Consejero de Sanidad, Rafael Bengoa y contó con la asistencia de unos 160 pediatras vascos y navarros. Pubertad normal y patológica; Nuevas indicaciones de tratamiento con hormona de crecimiento en la edad pediátrica; Actuación práctica en diferentes patologías endocrinológicas en atención primaria; Respuesta a cuestiones nutricionales polémicas, y Avances en la diabetes fueron las ponencias presentadas, cuyos aspectos más relevantes nos desvela la doctora Elena Alustiza, una de las organizadoras de este encuentro.

Asimismo, durante la tarde tuvo lugar la Asamblea extraordinaria de la Sociedad Vasca Navarra de pediatría y se entregó el premio a la mejor comunicación que recayó en el doctor Díez López, del Hospital de Txagorritxu, por su trabajo Somatometría de los recién nacidos.

De la realidad al papel y del papel a la realidad. Relevancia del método de valoración. Satisfecha y con los objetivos planteados ampliamente superados, Alustiza hace hincapié "en la importancia de la detección temprana para así poder tratar al paciente ante posibles patologías".

¿Por qué dedica este año la jornada de la Sociedad Vasca Navarra de Pediatría a la endocrinología?

Cada año elegimos una temática que, en este caso, ha sido la endocrinología infantil que en el 90% de los casos se sigue, se ve y se diagnóstica en la atención primaria.

Hablamos de una subespecialidad tremendamente relacionada con los controles de salud, fundamentales a la hora de realizar un diagnóstico precoz que nos permita poner un tratamiento.

¿En este caso la detección precoz es fundamental?

Así es, tanto en talla, como en la pubertad, diabetes... La detección temprana es vital para que el tratamiento sea correcto y se pueda dar un vuelco a la afección que presenta el paciente.

Una de las ponencias se centró en la pubertad, ¿qué aspectos debemos destacar en cuanto a la pubertad patológica?

Debemos insistir en la importancia de la detección rápida de esas pubertades que tanto se adelantan en su edad cronológica, como se atrasan. En esos casos debemos realizar un estudio analítico o radiológico para detectar una posible patología y una derivación a la unidad de endocrinología.

Asimismo, se hizo hincapié en que los retrasos en la pubertad no debemos pasarlos al médico de familia, sino que nosotros debemos quedarnos con el niño hasta que tenga la pubertad, evitando que termine en territorio de nadie.



¿Se dan muchos casos de pubertades que se adelantan o se retrasan?

El 99% son normales pero una pubertad de cada 100 no lo es y cuanto antes se diagnostique más efectivo será el tratamiento.

Cuando la pubertad se adelanta de los límites cronológicos normales podemos sospechar que existe un problema que puede tener, incluso, un origen tumoral o, en otros casos, si ésta no se detecta nos encontraremos con un niño que se quedará muy por debajo de su talla genética.

Además, al diagnosticarle conseguirás que ese niño esté perfectamente integrado psicológicamente entre los compañeros de su edad y que logre alcanzar su talla genética.

Han hablado también del tratamiento con hormona del crecimiento, ¿se prescribe ahora en casos en los que antes no estaba indicada?

Sí, por ejemplo, niños con talla baja para su edad gestacional pero con la hormona de crecimiento normal, entre un 10 y un 20% no crecen adecuadamente y se benefician del tratamiento con hormona del crecimiento.

En este caso también es vital la realización de los controles de salud para poder detectarlo en la consulta. Otro ejemplo novedoso es la deficiencia de crecimiento debida a alteración del gen SHOX y que se beneficia del tratamiento con hormona del crecimiento. Otro caso muy típico apto para este tratamiento son las niñas con síndrome Turner cuya detección temprana es también fundamental.

MAIZ AMBULANCIAS

"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

Osasun Departamentua
Euzko Foru Erkidegoaren Osasun Departamentua

RENTAS PÚBLICAS EMPRESAS DE SERVICIOS



Se trata de que estemos atentos ante estos casos que antes no se trataban con esta hormona y que ahora se ha demostrado su efectividad. Si detectamos a estos niños que pueden ser candidatos a este tratamiento, al llegar a la edad adulta tendrán una talla normal.

¿Qué otras patologías endocrinológicas son recurrentes en atención primaria?

En esta jornada hablamos de muchas patologías a tener en cuenta en atención primaria como la ginecomastia, el desarrollo mamario en varones que, a veces, remite por sí sola pero en otros debe detectarse porque puede estar relacionada con diversos síndromes o con cromosomopatías.

En otros casos, a pesar de ser normales producen en el niño graves problemas psicológicos o rechazo de sus compañeros por lo que debe ser tratada, incluso, con cirugía plástica.

También hemos hablado del hiperandrogenismo ovárico. Si este exceso de andrógenos en mujeres es detectado precozmente podemos ayudarle ante una patología que en un futuro puede desencadenar problemas de fertilidad, estéticos...

La jornada reserva un espacio a aspectos nutricionales...

En este espacio se puso de relevancia la importancia de los ácidos grasos poliinsaturados (PUFA, PolyUnsaturated Fatty Acids) y su relación con el neurodesarrollo. De hecho, se están realizando estudios sobre la utilización del DHA como tratamiento para niños con déficit de atención e hiperactividad.

Finalmente se trataron los distintos avances en la diabetes, ¿destacarías alguno en especial?

Quizás lo más relevante ha sido la mención a los estudios encaminados a la fase preclínica, antes de que aparezcan los síntomas, en los que se sugieren cambios en la alimentación para retrasar en el inicio de la diabetes.

Otros estudios destacables son los referidos a las vacunas de anticuerpos destinadas a intentar frenar la destrucción del páncreas y la evolución de la diabetes.

Otro aspecto interesante es el tratamientos con trasplantes de islotes pancreáticos, terapias con células madre y, también, nuevas tecnología de infusores de insulina que simulan un páncreas artificial produciendo insulina cuando el cuerpo la necesita.

Otro avance tecnológico a tener en cuenta son los sensores de glucosa que miden de forma constante y fiable los niveles de glucosa en sangre.

En todos estos casos, y además tratándose de niños, casi siempre aparecen transversalmente factores psicológicos, ¿cómo se acercan a estos pacientes?

Efectivamente todos los temas de endocrinología están profundamente relacionados con la psicología. Una niña de ocho años que ya tiene la regla, un varón con ginecomastia, otro con una talla baja puede desencadenar un desequilibrio psíquico brutal.

Una de las razones por las que es fundamental tratar estas patologías es por la repercusión psíquica en estos pacientes a una edad en la que están conformando su identidad. De hecho, en muchas ocasiones el tratamiento precisa también de apoyo psicológico o psiquiátrico.

Que reciban un tratamiento, que sientan que les entendemos y que podemos ayudarles es fundamental para su desarrollo porque el niño sufre mucho y, a veces, los otros niños son muy crueles.

Una jornada muy completa en la que se han tratado multitud de problemáticas, ¿satisfecha con los resultados?

Objetivos más que cumplidos. Además, estas jornadas siempre te remueven algo por dentro, cambian tu forma de actuar en la consulta aunque estamos muy limitados por el volumen de pacientes que tenemos. Ahí radica la dificultad, por eso insistimos en la importancia de no superar los 800 niños para poder detectar aquellos casos en los que existe un problema.

TRIBECA
desde: 40.900 €



SUBARU

VERTIZ

CONCESIONARIO OFICIAL PARA GIPUZKOA

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

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

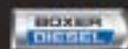
Polígono Olaso, 27 - Tfno. 943 74 41 10
ELGOIBAR



OUTBACK
desde: 32.700 €



FORESTER
desde: 24.900 €



Escápate de la ciudad y reencuétrate 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

PSF recomendado en Petróleo y Aceite para Selenia legítima. IVA. Transporte e impuesto de matriculación incluidos. Outback Consumo mixto 8,6L. Emisiones 204 g/km. Outback Diesel Consumo mixto 6,6L. Emisiones 152 g/km. Forester Consumo mixto 6,4L. Emisiones 178 g/km. Forester Diesel Consumo mixto 6,8L. Emisiones 147 g/km. Tribeca Consumo mixto 8,6L. Emisiones 215 g/km.

Naturaleza Subaru

DR. GONZALO GRANDES ODRIOSOLA:

Jefe de la Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia. Osakidetza

"La investigación para la acción es prioritaria para mejorar la atención primaria"

2010eko aurreneko hiruhilekoan jarriko da martxan EAEn osasunaren lehen mailako arreta-zerbitzuak hobetzera bideratutako ikerketa-programa berria. Zerbitzu horiei erasaten dieten arazo nagusiak konpontzea ekarriko duten ezagutza zientifiko eta eragiketazkoak sortzeko premian jartzen du bere indarririk handiena Gonzalo Grandes programaren sustatzaileak. Izan ere, bere oinarrizko zutabeetako bat ikerketa garatzea izan behar duela uste baitu egungo Osasun Sailak, "zerbitzuen funtzionamendua hobetuko duten ezagutza zientifikoak sortzeko, horrek komunitateak jasotzen duen arreta optimizatzea ekarriko baitu, geure profesionalen gaitzuntza eta trebetasun handiagoari esker".

En el primer trimestre de 2010 se pondrá en marcha el nuevo programa de investigación destinado a la mejora de los servicios de la atención primaria de salud en la CAV. Gonzalo Grandes, director del programa, pone el acento en la necesidad de generar conocimientos científicos útiles que desemboquen en la resolución de las principales problemáticas que afectan a estos servicios. De hecho, la nueva política de salud del actual Departamento de Sanidad considera que uno de sus pilares básicos debe ser el impulso de la investigación y la innovación "para generar conocimientos científicos que mejoren el funcionamiento de los servicios, lo que traerá consigo una optimización de la atención que recibe la comunidad gracias a la mayor capacitación de nuestros profesionales".



¿Por qué se ha puesto en marcha esta iniciativa?

El desarrollo científico de la atención primaria de salud es todavía una asignatura pendiente. De esta realidad parte la puesta en marcha del programa. La WONCA representa la atención primaria como un árbol, cuyos frutos (atención resolutoria, personalizada y continuada, desde un enfoque holístico, bio-psicosocial, integral e integrado, comunitario, orientada a los determinantes de la salud... etc.) deben alimentarse de la ciencia. Hablamos de una filosofía de atención primaria, tremendamente atractiva y novedosa, complemento imprescindible de la atención hospitalaria. Lo que ocurre es que esta perspectiva de atención primaria de salud debe estar basada en unos fundamentos científicos y la raíz científica que alimenta dicho árbol es todavía débil e insuficiente.

¿Hablamos entonces de una problemática que debía resolverse?

Así es, esta filosofía innovadora acompaña a la atención primaria desde que se creó, hace algo más de 25 años, pero el modo de avanzar supone

ir nutriendo de ciencia estos servicios. En el caso de la salud la generación de ciencia se realiza a través de métodos de investigación rigurosos que muchas veces nuestros profesionales o los desconocen o carecen de la experiencia necesaria para realizarlos.

Así, es una necesidad patente que nuestras enfermeras, médicos o incluso nuestros administrativos adquieran conocimientos, habilidades y técnicas que tienen que ver con el desarrollo de proyectos de investigación.

¿Qué enfoque deben tener estos proyectos de investigación?

La clave descansa en la investigación para la acción. Nuestros proyectos deben responder a preguntas útiles que aborden algunos de los múltiples problemas que aparecen en las decisiones clínicas individuales de los pacientes, en la organización de los centros de salud, en cuanto a la integración de lo que se hace en un centro de salud y lo que ocurre en otros niveles de atención, en los hospitales...

Básicamente han de responder a los problemas que surgen en la búsqueda de nuestro impacto real en la salud de la comunidad, ya que la misión última de la atención primaria es mejorar nuestro servicio a la comunidad.

¿Se han desarrollado antes experiencias similares?

Hace unos quince años se puso en marcha un primer programa de investigación con unos resultados muy positivos. En aquel momento se llevaron a cabo una quincena de proyectos financiados en la CAV y se creó una unidad de investigación que, de forma experimental, se ubicó en el ambulatorio de Deusto.

Desde entonces, hemos seguido trabajando con diversos proyectos de investigación pero el programa como tal no se había vuelto a repetir.

¿Por qué llevarlo a cabo de nuevo en este momento?

El actual Departamento de Sanidad considera que uno de sus pilares básicos debe ser el desarrollo de la investigación para generar conocimientos científicos que mejoren el funcionamiento de los servicios. Se entiende que este tipo de programas son fundamentales. De hecho, durante este verano se aprobó la puesta en marcha del mismo por parte de la nueva dirección de Osakidetza y las direcciones de

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** **Abarcamos todo el territorio**

140 profesionales en plantilla a su servicio **Asistencias nacionales e internacionales**

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

AMBULANCIAS GIPUZKOA S. COOP.

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

cada una de las siete comarcas sanitarias en las que se organiza la atención primaria. Esta iniciativa comenzará a funcionar en el primer trimestre de 2010, momento en el que los profesionales de atención primaria recibirán toda la información sobre el mismo, objetivos, cómo participar etc.

¿Quién está detrás del impulso de este programa?

La iniciativa surge de la Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia con el apoyo de las direcciones gerentes de las siete comarcas de atención primaria, la Dirección de Asistencia Sanitaria de los servicios centrales de Osakidetza y el Instituto de Innovación e Investigación Sanitaria (Bioef), creado para fomentar la investigación.

La responsabilidad científica recae en el director del programa, que es el jefe de la Unidad de Investigación de Atención Primaria. Además, cuenta también con un fuerte apoyo institucional por parte del Departamento de Sanidad, que considera a la investigación prioritaria en su política.

¿Está dirigido a los médicos o a todos los profesionales involucrados en la atención primaria de salud?

Se dirige a cualquier profesional de atención primaria: pediatras, médicos de familia, enfermeras, administrativos, personal de atención al paciente... Tenemos un capital tremendo en todas las personas que están en los centros de salud y que pueden aportar soluciones a las necesidades que se encuentran en su día a día. Se trata de fomentar la investigación para la acción, más allá de la búsqueda de conocimientos a nivel teórico.

¿Qué entendemos por investigación para la acción?

Nosotros ofrecemos un servicio diario y por lo tanto la investigación que necesitamos es aquella que trata de dilucidar algunos de los aspectos claves que vemos en los múltiples problemas que nos encontramos en la consulta, en la atención al paciente, en los domicilios a los que acudimos...

Este programa tiene la vocación de actuar, de generar un conocimiento útil que nos permita innovar y mejorar nuestro servicio evaluando científicamente si las nuevas hipótesis que planteemos se sostienen o no tras su evaluación científica.

¿Qué prioridades básicas se deben abordar?

El pasado mes de octubre realizamos una mesa de debate sobre prioridades de investigación para la mejora de la atención primaria en la que participaron investigadores estatales y locales de diferentes disciplinas a los que se les formuló esa pregunta ¿Qué investigación necesitamos para innovar los servicios de atención primaria a diferentes niveles: consulta, servicio de salud y comunidad?. La prioridades tienen que ver con aspectos prácticos del día a día sobre el funcionamiento de los servicios: necesidades en

el proceso de orientación diagnóstica, abordaje bio-psico-social, promoción de la salud, prevención, calidad de vida de las personas con problemas crónicos y severos, cambios organizativos en la atención a las enfermedades crónicas, continuidad de cuidados, lucha contra las desigualdades en salud...etc.

¿Qué objetivos persigue este programa?

En primer lugar incrementar la capacidad investigadora de los participantes. Seleccionaremos 30 personas, cuatro o cinco por comarca sanitaria, y trataremos de aumentar su capacitación en investigación. La segunda gran meta es organizativa.

Se trata de organizar a los profesionales en equipos sólidos y estables en torno a las líneas consideradas prioritarias. Se pretende que cada comarca sanitaria presente anualmente, al menos, un nuevo proyecto de investigación para ser financiado por agencias externas y que el 80% de los mismos estén dentro de las líneas prioritarias de investigación para la acción. Además, estos proyectos deben difundirse, de forma que en cada comarca deberá conseguirse que los proyectos empiecen a ser publicados en revistas científicas de prestigio durante el segundo año del programa.

¿Cómo se estructura este programa?

Por fases. El programa se plantea trabajar paso a paso, mediante contenidos formativos modulares. El primer módulo es una inmersión en la fase creativa del proyecto. En esta fase los implicados deben defender la relevancia de su propuesta, su aplicabilidad y, por supuesto, su novedad. Además, deben aportar una mínima revisión bibliográfica que avale que existe una problemática a la que aportar una solución. El siguiente paso radica en la elección de los métodos más apropiados para responder a la hipótesis.

Esta fase dará como resultado un producto: el protocolo del estudio. El tercer módulo es el más práctico: planificación, presupuesto, cómo medir los resultados... Una vez superadas estas etapas los profesionales serán capaces de ejecutar un proyecto de investigación válido y eficaz, aunque finalmente no todos logren financiación.

¿Se ha planteado ya algún proyecto de investigación?

Independientemente de este programa, en la unidad de investigación de Bizkaia se están planteando año tras año diferentes proyectos relacionados con el rediseño y optimización de la atención que realizamos en nuestros centros. Por ejemplo, los nuevos proyectos que estamos iniciando este año 2009 abordan la promoción de múltiples hábitos de vida saludable, la educación materna, el tratamiento de la insuficiencia cardíaca, el efecto terapéutico del ejercicio en las personas que la padecen o la prevención primaria y el abordaje integrado de la depresión.

DETERIORO COGNITIVO GRAVE

Dra. MIRIAM BARANDIARAN AMILLANO

Neuropsicóloga Hospital Donostia

Bizi-itxaropena gehitzeak prozesu neurodegeneratiboak jasaten dituzten pertsonen kopurua gero eta handiagoa izatea ekarri du, ezinbestean. Eta, horrela, dementziak arazo sozio-sanitario ikaragarria bihurtu dira mundu osoan, beren intzidentzia eta prebalentzia altuengatik. Datozen urteotarako biztanleriaren banaketaren inguruan egindako aurreikuspenak beteko balira, arazo hori nabarmen okerragotuko da, batez ere gaixotasunaren faserik aurreratuenetara iristen diren pazienteentzat hain zuzen ere.

El incremento de la esperanza de vida ha dado lugar a un mayor número de personas que padecen un proceso neurodegenerativo. Las demencias, por su alta incidencia y prevalencia, se han convertido en un problema sociosanitario en todo el mundo. Si las proyecciones de la distribución poblacional para los próximos años se cumplen este problema se agravará considerablemente, sobre todo para los pacientes que alcanzan los estadios más avanzados de la enfermedad.

Las demencias en fase avanzada representan la última etapa de un proceso que deteriora las funciones del Sistema Nervioso Central y que conduce a una dependencia para todas las Actividades de la Vida Diaria, Básicas e Instrumentales. Los pacientes en estadio 3 de la escala Clínica Dementia Rating (CDR) (1), requieren supervisión permanente durante las 24 horas del día.

A pesar de que la gran mayoría de los casos de demencia evolucionan hacia esta etapa, que puede durar años, un elevado porcentaje de los estudios sobre las demencias se han realizado en estadios leves y/o moderados de la

enfermedad y existe un vacío importante sobre las características de los pacientes en fases avanzadas. En España, el Estudio Pamplona (3) demostró que la prevalencia de demencia aumenta exponencialmente con la edad, desde un 5-10% en los grupos de 70 años hasta un 20-30% en los mayores de 85 años.

Si consideramos demencia grave a pacientes con una puntuación en MMSE (4) por debajo de 10 es posible estimar que en el estudio Pamplona, aproximadamente la mitad de los casos de demencia detectados en la población correspondía a una demencia en la fase avanzada (5)



DEMENCIA AVANZADA

La demencia es un síndrome clínico que se caracteriza por un déficit cognitivo que representa una pérdida respecto a un nivel previo y que interfiere de forma significativa con el rendimiento social y ocupacional. Las causas más frecuentes son las enfermedades neurodegenerativas.

En fases iniciales, los síntomas son distintos en mayor o menor grado, pero a medida que la demencia progresa, los pacientes presentan problemas similares independientemente de la etiología. Así, la demencia pasa por diferentes estadios de gravedad, iniciándose con un deterioro leve, y pasando progresivamente a moderado y finalmente a grave.

Este deterioro cognitivo grave se corresponde a los estadios FAS-GDS 6-7 (ver anexo 1) (6) los pacientes necesitan ayuda en actividades de la vida diaria básicas como vestirse o bañarse. No son capaces de elegir la ropa adecuada y tienen dificultades para vestirse. A medida que esta progresa, los problemas son mayores, y se van caracterizando por una sucesión de pérdidas funcionales básicas para la supervivencia y la comunicación con el entorno.

En la etapa FAST-7 la capacidad para el habla se limita a palabras inteligibles y se pierde la capacidad para la deambulación, para mantenerse sentado y el encamamiento. Los trastornos de conducta son frecuentes, fluctuantes y recurrentes a lo largo de la evolución de la EA, sobre todo en las fases moderada y grave. Son muy disruptivos con repercusión importante en la situación funcional y la calidad de vida del paciente y del cuidador. La intensidad de las alteraciones cognitivas y conductuales producen una importante sobrecarga en el cuidador principal, siendo los trastornos conductuales la primera causa de institucionalización.

EVALUACIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO GRAVE

En estas fases la exploración neuropsicológica con objetivo diagnóstico no es un objetivo. Sin embargo, sí son objetivos de la valoración el seguimiento evolutivo y la monitorización de los cambios terapéuticos, farmacológicos o no farmacológicos.

Sin embargo, la mayoría de los test neuropsicológicos se han desarrollado para valorar el deterioro cognitivo incipiente por lo que tienen una sensibilidad limitada para la valoración de los pacientes más deteriorados, en parte provocada por el deterioro en las habilidades de lenguaje que existen en esas fases de la demencia, y que hacen que el paciente sea incapaz de comprender qué se le pide que realice en el test. En estas pruebas, es común encontrarnos con lo que se ha llamado "efecto suelo" y que consiste en que un grupo amplio de pacientes puntúan el mínimo en la prueba, no permitiendo diferenciar niveles inferiores de ejecución.

Las funciones cognitivas en estas fases están profundamente afectadas. La memoria se caracteriza por estar alterada en todos sus procesos (registro, consolidación, mantenimiento y evocación) sin embargo, la memoria procedimental, la capacidad para realizar tareas motoras sencillas, pueden estar poco deterioradas. El lenguaje es poco fluente y aparecen los fenómenos de palilalia, ecolalia, perseveraciones, estereotipias verbales. Se expresa con sonidos repetitivos, con una afectación del componente pragmático y semántico, y llegando al completo mutismo. La capacidad visoespacial es deficitaria y motivo de desorientación en calles o lugares públicos familiares progresando hasta la desorientación en la propia casa.

Con respecto a las praxis, presentan apraxias ideomotoras, ideatorias y melocinéticas. Se observan importante agnosia, causa del signo del espejo (no reconoce su propia imagen reflejada) y de importantes delirios como el de Capgras (su familiar no es tal y es un impostor). La capacidad para mantener y centrar la atención es mínima y se distrae con gran facilidad, instaurando un grave síndrome disejecutivo con una capacidad de juicio casi nula e incapacidad para planificar, secuenciar, abstraer y solucionar problemas

Los instrumentos y escalas más utilizados son los siguientes:

- Severe Impairment Battery (SIB) (7). Se desarrolló para diagnosticar el grado de rendimiento en pacientes que no son capaces de completar pruebas neuropsicológicas completas. Evalúa las habilidades cognitivas en su nivel más bajo. Está validada y adaptada a nuestro medio (8). A pesar de ser una prueba estructurada, se debe presentar más como una entrevista que como un test. Se compone de las siguientes subescalas: interacción social, orientación, capacidad visoespacial, construcción, lenguaje, memoria, atención y praxis.
- Test for Severe Impairment (TSI) (9). Fue diseñada para personas con puntuaciones en el MMSE de 10 ó menos y cubre 6 áreas: comprensión de lenguaje (órdenes simples), producción de lenguaje (denominación) ejecución motora sobreaprendida (psicomotricidad fina y movimientos corporales), memoria inmediata y diferida (recuerdo libre y reconocimiento), conceptualización (formación de conceptos, cambio y secuenciación, y autoconciencia), y conocimiento general (contar, cantar). Este test fue diseñado para administrarse en 10 minutos, y los materiales fueron seleccionados por su fácil disponibilidad, manejo y transporte. El TSI es breve y no se basa mucho en órdenes verbales, órdenes complejas o procesos cognitivos superiores
- Severe Cognitive Impairment Profile (SCIP) (10). Consta de ocho subescalas que cubren diferentes áreas: atención, lenguaje, memoria, funcionamiento motriz, conceptualización, aritmética, habilidad visoespacial y comportamiento. Ofrece información detallada sobre un rango amplio de funciones cognitivas, con una

representación adecuada de niveles de dificultad dentro de cada área. Como resultado de esta estructura del test, se pueden identificar fortalezas y debilidades las diferentes áreas de funcionamiento cognitivo. La puntuación varía de 0 a 254 puntos. El tiempo de realización es de aproximadamente 30 minutos y puede administrarse tanto a pacientes ingresados como ambulatorios.

- Severe Mini Mental State Examination (SMMSE) (11). Está basado en el MMSE y su objetivo es evaluar de forma breve las capacidades cognitivas relativamente preservadas en la Enfermedad de Alzheimer en sus fases moderada y grave. El tiempo de administración es de 10 minutos aproximadamente y la puntuación total es de 30. Surge ante la evidencia del efecto suelo que el MMSE crea cuando se administra a pacientes con un deterioro moderado-grave. Valora las funciones cognitivas que están todavía relativamente preservadas en pacientes con EA avanzada. Estos ítems incluyen: información sobreaprendida, funcionamiento visuoespacial simple, funciones ejecutivas, funcionamiento de lenguaje básico y fluidez semántica simple.
- Baylor Profound Mental Status Examination (BPMSE) (12). Consta de 25 ítem que evalúan orientación, lenguaje, atención y función motriz, más diez valoraciones del observador de presencia/ausencia de alteraciones de conducta y dos medidas cualitativas de lenguaje e interacción social.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La mayoría de los estudios sobre el tratamiento farmacológico de la EA se han realizado en fases leves o moderadas de la enfermedad y se ha centrado en el aumento de la neurotransmisión colinérgica (IACHEs, inhibidores de acetilcolinesterasa) y la modulación de la transmisión glutamatérgica (Memantina). Hay estudios, sin embargo, en que se demuestra eficacia de estos fármacos en fases más avanzadas de la enfermedad, tanto solos como en terapia combinada (13)

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

No existe motivo alguno por el que a partir de un determinado momento se decida que ya no se deban realizar intervenciones en los sujetos que la padecen. Aunque como es lógico pensar, las intervenciones se deberán adecuar al momento evolutivo en el que se encuentra el paciente y deberá planificarse la intervención acorde a ello. Existen diversos modelos de acercamiento al tratamiento no farmacológico en el deterioro cognitivo grave.

El modelo de discapacidad de Allen (14) intenta descubrir la naturaleza de los componentes de procesamiento de la información definidas específicamente. Lo principal es la manera en que el individuo responde ante las demandas de una u otra tarea.

Plantea tres dimensiones de la cognición como fases de un modelo de procesamiento de la información sensoriomotriz: 1) atención a los estímulos o demandas sensoriales, 2) asociaciones sensoriomotrices, y 3) acciones motoras. Las estrategias de intervención derivan de conceptualizar cómo los elementos del entorno asociados a cada dimensión pueden adaptarse o modificarse para aprovechar las habilidades cognitivas preservadas.

En nuestro entorno, Fundación Matía ha realizado una adaptación del Método Montessori para la intervención cognitiva en personas con deterioro cognitivo grave (15). Los objetivos de la intervención consisten en proporcionar a las personas con deterioro cognitivo grave tareas que les permitan mantener o mejorar las habilidades necesarias para la realización de AVD Básicas, proporcionar estimulación cognitiva y disminuir las alteraciones de conducta y mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores formales e informales. Para esto se realiza una intervención en la que se trabajan actividades procedimentales con tareas relacionadas con las actividades de la vida diaria y utilizando materiales de uso cotidiano.

CONCLUSIONES

La demencia pasa por diferentes estadios de gravedad, iniciándose con un deterioro leve, y pasando progresivamente a moderado y finalmente a grave. Se ha considerado demencia grave cuando se obtiene una puntuación por debajo de 10 puntos en el MMSE. Por otra parte, en muchas ocasiones se ha utilizado el estado funcional del paciente como indicador para clasificar el estadio de la demencia. Así, la pérdida de las actividades de vida diaria básicas o de autocuidado (AVDB) supone un salto cualitativo en la dependencia

En el estudio Pamplona, aproximadamente la mitad de los casos de demencia detectados en la población correspondía a una demencia en la fase avanzada. La valoración adecuada del funcionamiento cognitivo en los pacientes con demencia grave es importante dado el número creciente de pacientes que llegan a estas etapas de la enfermedad, y los desafíos que presentan tanto a sus cuidadores, como a los profesionales de la salud y personal de centros gerontológicos.

Sin embargo, la mayoría de los test usados para evaluar demencia en grados leve y moderado, tienen una sensibilidad limitada para la valoración de los pacientes más deteriorados. En estas pruebas, es común encontrarnos con lo que se ha llamado "efecto suelo" y que consiste en que un grupo amplio de pacientes puntúan el mínimo en la prueba, no permitiendo diferenciar niveles inferiores de ejecución. Existe, por lo tanto, una falta de herramientas fiables y válidas que permitan realizar un examen del estado cognitivo de un paciente con deterioro grave. Para finalizar existen en la actualidad, algunos métodos de intervención específicamente diseñados para el trabajo con estos pacientes y que se están aplicando en nuestro entorno.

FUNCTIONAL ASSESSMENT STAGES (FAST) / Reisberg et al (1985, 1992)

Estadio Capacidad funcional	Grado de EA	Relación con el MMSE
1 Sin alteraciones	Individuo normal	29±1,7
2 Dificultad subjetiva para encontrar las palabras	Individuo de edad avanzada, normal	28,2±2,7
3 Dificultad para desarrollar su actividad laboral	Demencia incipiente	23,8±4,0
4 Precisa ayuda para tareas como finanzas domésticas, planificar comidas, compra	Demencia leve	20,0±4,8
5 Precisa ayuda para seleccionar la ropa de vestir adecuada	Demencia moderada	14,4±4,8
6a Precisa ayuda para vestirse	Demencia moderada-grave	11,1±5,1
6b Precisa ayuda para bañarse adecuadamente		
6c Precisa ayuda para secarse, etc.		
6d Incontinencia urinaria		
6e Incontinencia fecal		
7a Lenguaje con escasas palabras inteligibles	Demencia grave	0,3±0,8
7b Lenguaje con una sola palabra inteligible		
7c Incapaz de deambular		
7d Incapaz de sentarse		
7e Incapaz de sonreír		
7f Permanece inconsciente		

BIBLIOGRAFÍA

- Hudges CP, Berg L, Danzinger WL et al. A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry* 1982; 140:566-572
- Wancata J, Musalek M, Alexandrowicz R, Krautgartner M. Number of dementia sufferers in Europe between the years 2000 and 2050. *Eur Psychiatry* 2003; 18:306-313
- Manubens JM, Martínez-Lage JM, Lacruz, F et al (1996). Prevalence of Alzheimer's disease and other dementing disorders in Pamplona, Spain. *Neuroepidemiology* 14:155-64.
- Folstein, MF, Folstein, SE y McHugh, PR (1975). Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- García FJ y Manubens JM. (2004) Enfermedad de Alzheimer evolucionada. Concepto y epidemiología. *Med Clin Monogr (Barc)* 5(6): 3-8.
- Reisberg B. Functional Assessment Staging (FAST). *Psychopharmacol Bull* 1988; 24: 653-659
- Saxton, J; McGonogle-Gibson, KL; Swihart, AA; Miler, VJ y Boller, F (1990). Assessment of the severely impaired patient: description and validation of a new neuropsychological test battery. *Psychological assessment: a Journal of consulting and clinical psychology*, 2 (3), 298-303.
- Llinas Regla, Lozano Gallego M, Lopez O. et al. Validación de la adaptación española de la Severe Impairment Battery (SIB). *Neurología* 1994; 10:14-18
- Albert, MA y Cohen, C (1992). The Test for the Severe Impairment: an instrument for the assessment of patients with severe cognitive dysfunction. *Journal of the American geriatrics society*, 40, 449-453.
- Peavy GM, Salmon DP, Rice VA et al. Neuropsychological assessment of the severely demented elderly. *The Severe Cognitive Impairment Profile*. *Arch Neurol* 1996; 53: 367-372
- Harrell, IE; Marson, D; Chatterjee, A y Parrish, JA (2000). The Severe MiniMental State Examination: a new neuropsychologic instrument for the bedside assessment of severely impaired patients with Alzheimer Disease. *Alzheimer disease and associated disorders*, 14 (3), 168-175.
- Doody, RS; Strehlow, SL; Massman, PJ; Feher, EP; Clark, C y Roy, JR (1999). Baylor Profound Mental Status Examination: a brief staging measure for profoundly demented Alzheimer Disease patients. *Alzheimer Disease and associated disorders*, 13 (1), 53-59.
- Schmitt B, Bernhard T, ; Hoeller H, Heuser I, Frolich L. Combination therapy in Alzheimer's disease: A review of current evidence. *CNS Drugs*. 2004; 18 (13): 827-44
- Allen CK. *Occupational therapy for psychiatric diseases: measurement and management of cognitive disabilities*. Boston: Little, Brown: 1985
- Buiza C, Etxeberria I, Yanguas JJ, Palacios V, Yanguas E, Arriola E. Intervención para personas mayores con deterioro cognitivo severo basada en el Método Montessori. Comunicación oral presentada en el III Congreso de la Sociedad Vasca de Geriatria y Gerontología. Bilbao 2004

El faisán y su vida actual en el País Vasco

Hace no muchos años, para mí el faisán era un ave poco menos que misterioso, junto con el pavo, existía casi solamente en cuadros famosos que representaban a indios del siglo XVIII.

Pero afortunadamente van democratizándose las cosas, y ahora resulta que tenemos faisán en el gallinero de mi casa. Todo esto, y me refiero a la evolución, es positivo, indica un bienestar porque esos faisanes son para comer y todos sabemos que un pueblo que come bien, es un pueblo civilizado. Nos dice Lorezo Millo, que estos animales tomaron su nombre del río Phaïss donde estos pájaros de gran colorido en sus plumas, tomaron su nombre, aunque las hembras sean de un aspecto más pobre o más humilde.

Es verdad, son animales preciosos, de caminar ligero y mirada altiva, aunque sea de lo más rudo del mundo. Cuando de verdad pude contemplar su crecimiento y evolución, fue en el sur del País Vasco donde los criaban y preparaban para solaz que unos extraños aficionados soltaran su cartera, porque después de tenerlos de hambre un periodo prudente, los liberaban al amanecer para que fueran en directo a sus antiguos comedores habituales y en el camino les esperaba el escopetero capitalista de turno.

¡Extraño deporte!

¡"Cosas veredes amigo Sancho!..." (Don Quijote de la Mancha).

Parece ser que en el siglo II, hace casi 2000 años, su venta en los mercados de Roma era muy conocida, y desde aquella época existe su cría en granjas, para que veamos que las modas no son de ahora.

De todas formas, es un animal serio, que no se deja engañar porque según mis observaciones es capaz de dejarse morir si no está de acuerdo con su hábitat, y si en alguna pelea entre congéneres observa una herida cutánea, su bravura o agresividad es tal, que he podido ver comerse



su propia carne y llegando a ese extremo, debo asegurar que su bravura supera el dolor, y vamos acercándonos a la realidad de lo que es el sufrimiento en nuestra vida, porque he tenido la fortuna de contemplar hasta dónde es más el sufrimiento que la fiereza, pero este tema es delicado todavía y lo dejo para otra ocasión.

Hay quien defiende que la carne de faisán precisa una maduración después de la muerte y según mis conocimientos médico-gastronómicos estoy en total desacuerdo: una cosa es estabilizar o mejorar el sabor de las carnes y otra llegar al punto de estropearse en olor y sabor, por colgar estas maravillosas piezas a la intemperie.

En Europa parece que todo el mundo presume de dominar la preparación de esta ave para ser comida. No se cual es de más categoría o mejor, porque a mí me ha parecido excelente, siempre haya salido de manos de una cocinera o cocinera profesional.

Una cena Navideña

Yo no he cambiado mi concepto de Navidad en mis creencias y tampoco en la gastronomía ni en el ambiente que nos debe rodear.

Pero largos años oyendo a compañeros y amigos: "la Navidad me entristece", "tengo ganas de que pasen porque estoy engordando", "en mi casa falta ambiente", y... cosas similares, me afectaban aunque he sido tan afortunado que en mi casa siempre ha existido un entorno alegre y afectivo.

Recuerdo que un año por estas fechas me invitaron a dar una conferencia sobre gastronomía navideña y comencé con la cena, indicando de entrante "olio-azak" berza y no tardaron en interrumpirme para decirme que estaba preparando una cena anticuada y cambié 180 grados para disertar sobre el "foie" auténtico de las Landas, poularda y el champán, según indicaba su inventor Don Perignón, que es un gran vino occidental.

Los distintivos de las comidas en nuestras latitudes son los buenos y caros sabores, regados por licores especiales en abundancia, poniendo a prueba nuestro páncreas, la vesícula biliar y la lucidez cerebral.

Para bien en algunos casos y para mal en otros han pasado a la historia aquellas sanas costumbres de comenzar la cena de Nochebuena con una ración de col, seguida de un bacalao en salsa verde, besugo del Cantábrico a la parrilla (hoy

reducida su pesca prácticamente a cero por nuestro afán desmedido), y un hermoso pollo de plumaje rojizo de la raza Rodheisland y para los más poderosos con capón (pero no olvidemos que de ordinario se preparaban para un regalo importante) y terminando con intxaursalsa.

Todo ello bien regado con un vino especial, para luego entonar el "Ator, Ator...", si existía sentido musical en la familia.

A veces, en los días siguientes, se pagaba con una dispepsia, llamado trastorno digestivo vulgarmente.

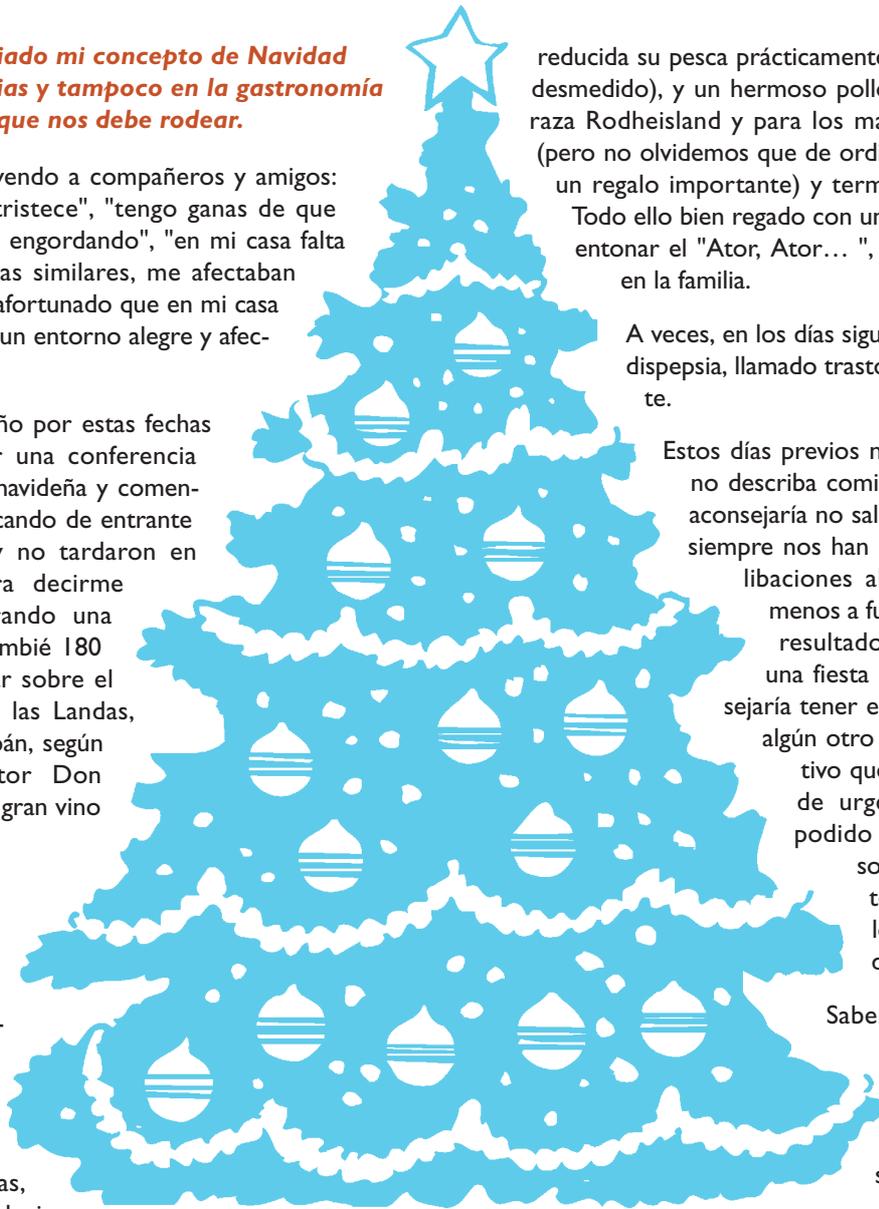
Estos días previos no hay revista escrita que no describa comida de todo tipo, pero yo aconsejaría no salir de aquellas viandas que siempre nos han caído bien y no obligar a libaciones alcohólicas a los niños y menos a fumar, que casi siempre los resultados son funestos, girando una fiesta hacia un calvario y aconsejaría tener en el armario manzanilla o algún otro tónico del aparato digestivo que en mi época de médico de urgencias de hospitales he podido observar bastantes abusos "postbanquete" que han terminado con suero fisiológico e ingreso en centro de salud.

Sabemos que los alimentos sólidos, salados, ahumados y las piezas de caza son las que precisan más cuidado en su ingesta.

No olvidemos que una buena y equilibrada comida, en buen ambiente, (ese que hemos soñado siempre) es el mejor antídoto para estos casos.

¡EGUBERRION!

¡FELIZ NAVIDAD!



ALTAS

Septiembre 2009

CALZADA BARRENA, Javier
OSORIO OSORIO, José Gregorio
PAREDES DIAZ, Ysabel Teresa
CARDONA TORO, Miguel Antonio
ZABALETA CAMINO, Carlos
PAGOLA DIVASSON, María
DI FRANCO, Pablo Gustavo
GOICOECHEA MANSO, Elena
BEICA MENCHACA, Miren Izaskun
MENDIA IBACETA, Javier

Octubre 2009

ZEPEDA AVILES, Apolo
ESTEVEZ KRASTEVA, Irina
MARTINEZ MONTENEGRO, Mario
Fernando

Noviembre 2009

OSEJO DIAGO, Emma
DE EGUIA SANTANDER, Enrique
Alberto
AMILIBIA ELESPE, Ana

BAJAS

Octubre 2009

SADABA SAGREDO, Justo Rafael
GOENA IRISARRI, María

Noviembre 2009

LORENZO BENITO, José Juan
MOROS MELIUS, M^a Jesús
DAVILA GARCIA, Francisco
NAVARRO CASTILLA, Sinaita
DEL VALLE MARTIS, Sunil

FALLECIDOS

Septiembre 2009

MARTINEZ PINZOLAS, Emilio

Noviembre 2009

ARRAZOLA SILIO, Mariano
BRIONES ALCALDE, Carlos



NECROLÓGICAS

Dr. EMILIO MARTINEZ PINZOLAS

Nació en Buñuel (Navarra) y estudió la carrera de Medicina en la Universidad Complutense de Madrid de la que fue profesor así como de la Universidad Autónoma. Hizo las especialidades de Cirugía General, Angiología y Cirugía Cardiovascular. Ejerció a lo largo de su vida profesional en el Hospital de la Paz durante muchos años, siendo miembro fundador de la Unidad de Cirugía Cardiovascular de este Centro. También trabajó en el Hospital de Valdecilla de Santander, Hospital 12 de Octubre, en el Hospital de Palma de Mallorca y finalmente en la Clínica Quirón de San Sebastián y en la Policlínica de Gipuzkoa. El Dr. Martínez fue aficionado a los viajes y la lectura y le gustaba mucho comer pintxos en Donosita. De carácter serio, aunque muy amigo de sus amigos y buena persona, el Dr. Emilio Martínez era muy profesional con su trabajo y especialmente humano y solidario con el trato a sus pacientes. **Descanse en paz.**

Dr. CARLOS BRIONES ALCALDE

M^a JOAQUINA CAPELLAN (Vda. de D. Carlos Briones)

Nació en San Sebastián el 29 de agosto de 1953. Cursó el Bachillerato en el Colegio de Mundáiz de San Sebastián y estudió la carrera de Medicina en Valladolid, terminando en 1980. Ejerció de Médico de Cabecera en Zizurquil durante dos años y posteriormente en el Ambulatorio de Gros, compaginándolo con la Medicina Privada. Hace unos tres años enfermó de corazón; falleciendo por ese motivo. Era un gran amante de los gatos conviviendo con tres y su gran pasión era la música lírica. Fue mayormente un buen hombre al que la vida le robó una serie de años. Falleció en San Sebastián el 7 de Noviembre del 2009. **Descanse en paz.**



D. Mariano Arrazola Silió (1922-2009)

DR. ENRIQUE URUCULO BAREÑO. Jefe del Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Donostia.

Pocos días antes de celebrar sus ochenta y siete primaveras, ha fallecido mi maestro en una gélida y lluviosa noche invernal donostiarra, tranquilo en su cama y arropado por su familia. Tres frías esquelas en el Diario Vasco anunciaban el pasado sábado 7 de Noviembre su muerte a la que conocía de cerca, tanto por su profesión médica como por su arriesgada afición a tocar el techo del mundo en las montañas más altas. Porque si hubiera que definirlo en dos palabras estas serían la de neurocirujano montañero, ya que sus dos grandes pasiones fueron la neurocirugía y la montaña.

Neurocirujano aventurero y pionero de la escuela madrileña de D. Sixto Obrador, a quien admiraba, y tras sus años de formación neuroquirúrgica en Utrecht (Holanda) con el Prof. Verbiest, el Dr. Arrazola se instala en San Sebastián en 1953, introduciendo en nuestra ciudad una especialidad prácticamente desconocida como era la neurocirugía. Inicialmente desarrolla su incansable actividad asistencial en la desaparecida clínica San Antonio y en la Cruz Roja de San Sebastián, compaginándola con la que realiza en Bilbao en el Hospital Civil de Basurto, donde acude semanalmente a operar los fines de semana durante varios años seguidos. Finalmente se establece en la ciudad donostiarra, donde progresivamente impulsa la neurocirugía en diferentes centros como el antiguo Hospital Provincial de Guipuzcoa, la clínica Pakea, la Residencia Sanitaria Nuestra Señora de Aránzazu y la Policlínica Gipuzkoa (de ésta última promotor y socio fundador).

Fue un innovador apasionado de su profesión, entre otras muchas cosas introduce las últimas técnicas diagnósticas en la neurocirugía del momento, como la neumoencefalografía, ventriculografía, angiografía cerebral, la mielografía, el scanner... y técnicas quirúrgicas cerebrales como la estereotaxia, leucotomías, cirugía del Parkinson...o vertebrales como la cirugía de la hernia de disco y de la estenosis de canal lumbar, hasta entonces desconocidas en nuestro medio, que realizaba con extraordinaria rapidez, precisión y elegancia quirúrgica. Pero a él lo que le gustaba en realidad eran los grandes retos quirúrgicos como la compleja cirugía de los aneurismas cerebrales, para lo cual preparaban meticolosamente al paciente con antelación suficiente para inducir una hipotermia moderada (a base de cubitos de hielo y manta de agua fría), que mantenían durante la intervención quirúrgica. Creó una importante escuela de grandes neurocirujanos, muchos de ellos activos en la actualidad y otros ya fallecidos que no incluyo por no olvidar a ninguno. Miembro de diferentes sociedades científicas, llegó a ser presidente de la sociedad luso-española de neurocirugía y de la sociedad vasca de neurocirugía/neurokirurgiako euskal elkartea (de la que fue socio fundador).

Son demasiados los recuerdos que se me agolpan en la cabeza al evocar durante estos días los más de treinta años de carrera profesional y vital que he compartido con él, desde que en 1978 llegué a mis 26 años para ocupar la plaza de Residente en el Servicio de Neurocirugía, que él dirigía en la llamada entonces "Residencia Sanitaria Nuestra Señora de



Aránzazu de la Seguridad Social. No podré olvidar nunca cuando, después de presentarme en su despacho por primera vez como el nuevo residente de neurocirugía y con su mirada serena, inteligente, profunda, pero inquieta y algo triste me dijo que él no había solicitado ningún ayudante. Sin embargo, desde entonces nuestra relación fue progresivamente evolucionando de lo profesional a una auténtica amistad personal: el me enseñó mucho más que neurocirugía.

De fuerte personalidad, pulso firme y carácter impetuoso, tenía fama de jefe duro y en quirófano temido: imponía respeto. Pero los que tuvimos la suerte de conocerlo bien, nos dimos cuenta con los años que mucho de ello era simple fachada y que debajo de esa coraza había un gran ser humano, que al cabo de un rato se olvidaba sin rencor de la bronca que nos echaba por nuestras torpezas o errores cometidos. Huía de los honores, halagos, actos

sociales y de las palabras huecas, lo que le procuró en ocasiones ser incomprendido por algunos. Era un hombre solitario que sus pocos ratos libres ocupaba con la lectura.

Para él lo importante era el enfermo, no existía horario ni fines de semana, nunca fallaba si se le requería, no se le veía por los pasillos del Hospital, como me confesaba: no soy un "médico saludador". Con un gran "ojo clínico" sabía en cada momento lo que había que hacer y lo más difícil, lo que no había que hacer y cuando dar por finalizada una intervención quirúrgica. Incansable en su trabajo, había días que no parábamos hasta bien entrada la noche: Residencia Sanitaria, Hospital Provincial, Cruz Roja, Clínica Pakea y Policlínica era nuestro recorrido diario, para continuar a primera hora de la mañana siguiente, nunca demostró agotamiento cuando los demás estábamos desfallecidos. Asistimos juntos a muchos congresos de la especialidad, organizamos algunos y disfrutamos en todos, presentándonos a los grandes neurocirujanos españoles y extranjeros amigos suyos. Firmamos juntos algunos artículos médicos publicados en revistas de la especialidad. Le apasionaba la docencia y desde que se inauguró la Unidad Docente en nuestra ciudad fue profesor asociado de la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad del País Vasco, donde enseñaba neurocirugía a los alumnos de medicina. Me permitió dar alguna clase y sé por boca de sus alumnos que las del Dr. Arrazola eran amenas y muy didácticas, por lo que estaba muy bien considerado y querido por el alumnado.

Amante de la naturaleza y del deporte, practicó con asiduidad bicicleta, remo, esquí y sobre todo la escalada de alta montaña. Fue como médico en numerosas expediciones y alcanzó todas las cimas imaginables desde el Aconcagua hasta el Everest, donde junto a su tarea de alpinista hizo investigaciones sobre el mal de altura y el edema cerebral. El espacio y el tiempo impiden extenderme en estas líneas de reconocimiento a quien fue mi maestro, con la esperanza de que, aunque no le gustaba, sirva de homenaje personal a un ser querido (él sabrá perdonarme). Estoy seguro Mariano que las montañas y sus nieves, como nosotros, te echarán de menos, aunque sigues vivo en nuestra memoria. Ikusi arte.