

osatu berri

41. zenbakia 2018ko abuztua



Osakidetza



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD



Erakunde koordinatua,
Emergentziak

agenda

IRAILA

Hizkuntza-eskakizunak egiaztatzeko 2018ko bigarren deialdia

Eskabideak aurkezteko epea: irailaren 11tik 25era arte (biak barne).

URRIA

Minari nola heldu jakiteko III. jardunaldia: «Bestearen minean sinesten dugu».

Urriaren 2an, Donostian, Kursaal Jauregian.

Berdintasunerako V. jardunaldia: «Genero-ikuspegia duen arreta klinikoa ospitale orokor batean».

Urriaren 5ean, Gurutzetako Unibertsitate Ospitaleko areto nagusian.

«Euskara ala ezkara» zikloa

Modu berezian ospatuko dute Gotzon Garate zenaren oroimenez urtero Elgoibarren antolatzen duten zikloaren 10. urteurrena. Kulturgintza izango da gai nagusia eta, besteak beste, idazleak, musikariak, pentsalariak edota bertsolariak arituko dira bertan. Informazio gehiago antolatzaileen web-orrian: <http://www.elgoibarkoizarra.eus/>

Urriaren 6an, Elgoibarren.

Minaren I. jardunaldia Bidasoko ESIan: «Mina: garai berriak, eredu berriak».

Urriaren 18an, Hondarribian, Itsas Etxea auditoriumean.

EAEko erizaintzako laguntzaileen (erizaintzako zainketa osagarrietako teknikarien) VI. jardunaldia

Urriaren 23an, Gasteizen, Europa Biltzar Jauregian.

Osasun-zientzietako ikertzaileen III. topaketak

Duela 4 urte parte hartu zuten taldeen ikerketa-lerroak zertan dabiltzan aztertzea eta osasun-zientzietako ikerketa-talde berriak erakartzea izango dira aurtengo helburuak. Edizio honetan, ikerketa klinikoari ere tokia egingo zaio, alor horretan egiten den lana zabaldu eta trinkotzeko asmoarekin.

Ikerketa-lan bat aurkeztekotan, urriaren 6a baino lehenago bidali behar da haren laburpena osasuna@ueu.org helbidera.

Urriaren 25ean, Eibarren, Markeskoan.

2 agenda / aurkibidea

3 arestian

4-5 geure zerbitzuak

Emergentsietako Gipuzkoako zentro koordinatzailea

6-7 berrikuntza

Kimioterapia emateko teknologia berritzailea Araba ESIan

8-9 bidaiak mundutik zehar

Nagore Arbelaiz Pascual, oftalmologoa eta Ulls del Mon GKEko kooperantea

10-11 osasunez eta osasuntsu bizi

Zutxu: Zumarragan eta Urretxun nerabeen osasuna sustatzeko prozesu komunitarioa

12-13 atzera begira

Benigno Oreja Elozegi, euskal urologiaren aitzindaria

14-15 adituak

Cristina Eguizabal Argaiz

16-17 bidegileak

Miren Begoña Ugena Astarloa

18-19 ja(ki)tea

Cristina Perez nutrizionista, elikatzeko moduak loan duen eraginaz

20-21 euskara osakidetzan

Euskara biziberritzeko tailerrak Bilbo-Basurtuko ESIan

22 lanetik harago

Estibalitz Cabezón Etxebarria

23 denbora-pasak

Osakidetza, Araba kalea 45, 01006 Vitoria-Gasteiz, Tel.: 943 00 73 75
osatuberr@osakidetza.eus

Erredakzio-kontseilua: Xabier Arauzo, Mikel Maioz
Euskara-zuzentzaileak: Bidera Zerbitzuak (Berria Taldea)
Koordinatzailea: Bidera Zerbitzuak (Berria Taldea) • Tirada: 5.000 ale
Lege-gordailua: SS 1472-2011 • ISSN 2254-450X
Diseinua eta maketazioa: Bidera Zerbitzuak (Berria Taldea)
Inprimategia: Leitzaran Grafikak

AKROMEGALIA EZAGUTARAZTEKO ERAKUSKETA EGIN DUTE GURUTZETAKO UNIBERTSITATE OSPITALEAN

Gaixotasun endokrino arraro eta desitxuratzailer bat da akromegalia. Espainiako Estatuan 3.000tik gora pertsonari eragiten die, baina urtean milioi bat biztanletik 3 kasu diagnostikatzen dira ozta-ozta. Kontzientziazio-ekimen honen helburua, hain zuzen ere, diagnostikatzeko epea murriztea da –batez beste 6 urte dela kalkulatzen da–.

Erakusketak «Denok daukagu handi egiten gaituen zerbait» du izena eta, bertan, gaixotasunak pazienteen bizi-kalitatean dituen eragin fisiko eta psikologikoak agertzen dira, haien erretratu eta objektu sorta baten bidez. Kameraren aurrean jarritz beren ezaugarriak erakusteko eskuzabaltasuna izan duten 6 pazienteren ausardia erakusten du proiektuak. Pazienteek berentzat garrantzitsua den objektu bat erabili dute, akromegaliak beren bizitzan izan zuen eraldaketarekin zerikusia duen objektu bat.

Patologia hau garunaren oinarrian kokatuta dagoen guruin pituitarioak edo hipofisiak hazkuntzaren hormona (GH) gehiegi jariatzen duelako sortzen da. Ondorioz, urteek aurrera egin ahala, hainbat ehun eta organo handitzen joaten dira. GHren gehiegizko jaria pubertaroa baino lehen agertzen bada –altuera handitzeko garaian–, erraldoitasuna sortzen da; aldiz, helduaroan agertuz gero, akromegalia deitzen zaio.

LOALDIKO APNEA ETA ZURRUNGA POSIZIONALEN TRATAMENDURAKO GAILU BATEN SORRERAN PARTE HARTU DU ARABA ESIak

Somnibel proiektua 2010ean abiatu zen espainiar estatuko zein nazioarte mailako patente batekin, eta Sibelmed enpresako I+G+B departamentuak garatu du, Bioaraba Osasun Ikerketa Institutuaren, Araba ESIko Loaren Unitatearen eta Lleidako Arnau de Vilanovako Unibertsitate Ospitalearen lankidetzaz.

Somnibel bekorian itsasten den hamalau gramoko gailu txiki bat da, pazienteak ahoz gora lo dagoela bibrazio arin bat eragiten diona, une horretan duen posizioa aldarazteko. Gailu horri esker, pertsonak alboko jarreran lo egiten ikasten dute, eta, hala, loaldian eragina duten arnasketa-gertaerak % 40 murrizten dira, hala apneak nola zurrunga posizionalak.

Somnibel gailua bestelako tratamenduekin batera zein bera bakarrik erabil daiteke. Apnea-kopurua murrizteaz gain, odoleko oxigeno-asetasuna, loaren kalitatea, eguneko logura, hipertentsio arteriala, bizi-kalitatea eta bikotekidearen atsedena hobetzen ditu.

HAURDUNALDI AURREKO DIABETESA DUTEN EMAKUMEETARA ZABALDUKO DA DENBORA ERREALEAN GLUZEMIA NEURTZEKO SISTEMA BERRIA

Irailetik aurrera, Osakidetza gluzemia neurtzeko sistema berria eskainiko die haurdun dauden edo haurdun geratzeko asmoa duten eta diabetesa duten emakumei. Horrela, adabaki bat ipinita, odoleko glukosa-maila neurtuko dute adabakiak daukan sentsorearen bitartez eta emaitza telefono mugikor baten pantailan ikusiko dute.

Aurrerantzean, beraz, 1 motako diabetesa duten eta haurdun geratzeko asmoz kontsultara bertaratu diren berrogeita hamar bat emakume gluzemia neurtzeko metodo berri honetaz baliatuko dira, eta, adabakiari esker, insulina hartu aurreko ziztadak ekidingo dituztenez, euren bizi-kalitatea izugarri hobetuko da.

Telefono mugikor baten pantailatik glukosa-mailak ezagutzeko sistema berria 2017ko azaroan jarri zen martxan haurren eta gazteen kolektiboentzat. Orduz geroztik 18 urte baino gutxiagoko 308 paziente ari dira erabiltzen. Halaber, medikuaren aginduz eta hainbat egoerari erantzuteko, sentsorea beste 92 helduren esku jarri zen. Aurrerago, proiektuaren lehen ebaluazioa egitea aurreikusita dago, Euskal Autonomia Erkidegoan diabetesa duten pazienteen multzoan sistema berriaren ezarpena baloratzeko.

Manu Arteaga Gallego

Osakidetzako Emergentzietako arduraduna Gipuzkoan

«Lehen, osasun-
laguntza ospitaleko
atean hasten zen.
Orain, telefonoa
hartzean hasten da»

«GURE ORKESTRAKO
MUSIKARIAK JATORRI
ASKOTAKOAK DIRA,
ETA DENEK SINFONIA
BERA JO BEHAR DUGU,
ETA ONDO, GAINERA»

Hamalau urte igaro dira Manu Arteaga Gallego (Irun, 1972) Emergentzietan hasi zenetik. Familiako eta komunitateko medikuntzako espezialitatea egina du eta joan deneko hiru urtean Osakidetzako Emergentzietako arduraduna da Gipuzkoan. Horrek bide eman dio larrialdien alorra beste ikuspegi batetik aztertzeke; izan ere, aurretik zentro koordinatzailean aritu da mediku, bai Gipuzkoako ia anbulantzia guztietan eta bai Osakidetzako helikopteroan. Oraingo erronka, ordea, «oso berria eta zaila» du Arteagak.

Nolako egitura du Emergentziak zerbitzu-erakundeak?

Osakidetza barruko erakunde bat gara, eta, osasun-kokaguneetatik at larrialdiren bat dagoenean, osasun-laguntza kudeatzeko ardura betetzen dugu. Horrek esan nahi du 112 telefono-zenbakiaren bitartez jasotzen ditugun osasun-gertaerak gure gain hartzen ditugula. Larrialdiei Aurre Egiteko eta Babes Zibilerako Euskal Sistemaren barruan gaude: alderdi sanitarioaz arduratzea dagokigu guri; esaterako, auto-istripu batean zaurituren bat harrapatuta badago, Poliziaren ardura

da segurtasuna, suhiltzaileena zaurituak handik ateratzea eta gurea osasun-laguntza ematea. Osakidetzako zerbitzu-erakunde garen aldetik, sistemak ez du etenik; hots, urteko 365 egunetan 24 orduko zerbitzua ematen dugu edozein lekutan. Premiazko Garraio Sanitarioaren Sareko zerbitzua emateaz gain, aspaldidanik egiten dugu lan ospitalez kanpoko laguntza sarearen barruan.

Laguntza-garraioaz arduratzen gara. Adibidez, etxex etxeko Osakidetzako programei segida ematen diegu, OSA-REANekin batera, horiek martxan ez

daudenean; esaterako, gauetan eta asteburuetak arratsaldeetan.

Eta zein da Emergentzietako Zentro Koordinatzailearen egitekoa?

Larrialdi kasuak SOS Deiak zerbitzuaren bitartez jasotzen dira, eta hor, zenbait erakundek esku hartzen dute, hala nola suhiltzaileek, Poliziak eta Osakidetzak. Gutxi gorabehera, 112an jasotzen diren kasuen % 70ek dute osasun-alderdiren bat, eta geuri dagokigu horiek kudeatzea. Orotara, Emergentziak erakundeak hiru zentro koordinatzaile ditu larrialdietarako, bat lurralde bakoitzeko. Gure eginkizuna, funtsean, zera da: eskaria kudeatzea eta erantzuna eskarira egokitzea. Horretarako, zentroetan hainbat alorretako profesionalak egiten dute lan. Administrazioek, erizainek, medikuek, guztiek jakin behar dugu zer gertatzen ari den, non gertatzen ari den eta, posible bada, nori; eta, hori dakigunean, erantzun eraginkor bat kudea dezakegu. Pazientearen beharrak aintzat hartzeaz gainera, garrantzitsua da une horretan gure sareak zer baliabide dituen aztertzea ere. Horrek esan nahi du osasun-laguntzatik at dauden hainbat faktore sartzen direla



gure erabakian, distantzia dela, eskura-garritasuna dela, arriskuak direla...

Hil edo biziko erabakiez hitz egiten ari gara.

Hori da. Era honetako zentroetan ziurgabeak diren testuinguruekin jokatzera behartuta gaude, eta gure lana da ahalik eta segurtasun handiena ematea; izan ere, jasotzen dugun informazioa eskasa izan daiteke, osatugabea. Batzuetan, biktima aurrean ez daukan norbaitek abisatzeko gertatutakoaz, pentsa. Horrekin esan nahi dut gure erabakiak garrrantzi handia duela pazientearengan, atzerakorik ez duten erabakiak izan daitezkeelako sarritan.

Zergatik diozu hori?

EAEn dauzkagun baliabideak sare moduan antolatuta daude. Abisu bat badago eta horri egokitutako baliabideren bat okupatuta badago, ondoen egokitzeko zaion hurrengo bidaltzen dugu. Beraz, ezbairik gabe, hartzen dugun erabaki bakoitzak berarekin dakar arriskuen eta onuren analisi bat.

Zer baliabide kudeatzen dituzue?

Jendeak, oro har, anbulantziekin erlacionatzen gaitu, eta hala da, anbulantziak gure baliabide nagusiak dira. Lehe-

nengo baliabidea, ordea, telefono atzean gauden profesionalak gara; duela urte batzuk, osasun-laguntza ospitaleko atean hasten zen, eta, orain, istripua gertatzen den puntura ere helitzen gara, baita pazientearen ohera ere. Egun, argi dugu osasun-laguntza telefonoa hartzean hasten dela. Muga asko ditu telefono-dei batek, baina, aldi berean, ahalmena ematen digu larrialdia gertatzen ari den tokian lanean hasteko, anbulantziak iritsi aurretik. Ohikoa izaten da, adibidez, telefonoz bihotz-birikak bizkortzeko argibideak ematea, lankideek anbulantziak kudeatu eta pazientearen historia klinikoa arakatzeko bitartean. Anbulantziei dagokienez, erkidego osoan 89 anbulantzia daude, eta horietatik 11 Bizi Euskarri Aurreratuko anbulantzia medikalizatuak dira beste 11 erizain-degiarekin hornituta daude, 65 Oinarritzko Bizi Euskarrikoak dira, eta beste bi psikiatriakoak. Horrez gainera, helikoptero medikalizatu bat ere badugu. Urtean, EAEn 360.000 abisu eta 500.000 dei inguru artatzen ditugu Osakidetza-ko Emergentzien zentro koordinatzaileetan.

Beharraren arabera egokitzen dituzue baliabideak, baina une jakin batean gerta daiteke norbait libre ez egotea.

Bai, eta horri aurre egiten jakin behar da; esaterako, osasun-sistemari asko eragiten dio biztanleria zahartzeak: larrialdietara deitzen duten pertsonen erdiek baino gehiagok 64 urte baino gehiago dute, eta heren batek 74. Horrek esan nahi du gure lanaren ia bi herenak arre jarraituarekin lotura handiagoa duela larrialdietakoarekin baino. Larrialdietarako baliabideak ez xahutzeko, ondo bideratu behar ditugu kasu horiek.

Hor amaitzen al da zuen lana?

Ez da hor bukatzen, ez. Jarraibide egoiak eman behar dizkiogu anbulantziari, paziente dagoen lekura irits dadin. Han daudenean, Zentro Koordinatzailetik informazioa biltzen da, eta anbulantzia eta gainerako sareak koordinatzen. Guztia pazienteari ahalik eta erantzun onena emateko erabiltzen da, baita bere laguntzaren jarraipena bideratzeko ere. Ezinbesteko nodo bat gara osasun-sistema osoaren erantzuna integratzeko orduan; batik bat, denboraren arabera diren patologietan. Horrela, Osakidetza osasun-laguntza sistemaren potentzia eskain dezakegu lurraldeko edozein lekutan.

Erantzukizun handia duzu zuk, orduan, Gipuzkoako Emergentzietako arduraduna izanik...

Nire egiteko nagusia da testuinguru egoki bat osatzea, larrialdietako profesional-talde osoak bere lana ahalik eta ondoena egin dezan. Ahaleginaren ehuneko handi bat koordinaziora bideratzen da, erakunde eta zerbitzu askorekin batera egiten dugulako lan, eta ez soilik osasun-alorreko ESlekin. Larrialdiei aurre egiteko euskal sistemako gainerako agenteekin ere lan egiten dugu: suhiltzaileak, Ertzaintza, udaltzaingoa, GKEak... Udalekin ere harremanetan gaude, baita Nafarroarekin eta Akitaniarekin ere. Gure orkestrako musikariak jatorri askotakoak dira, eta denek sinfonia bera jo behar dugu, eta, ondo, gainera.

Carlos Peña

Eguneko Ospitaleko
gainbegiralea

Inma Laburu

Onkohematologia
unitateko gainbegirale



«Hutsegiteak saihesteaz gain, tratamendu osoaren trazabilitatea bermatzea du xede Oncosafetyk»

Araba ESlan kimioterapia emateko teknologia berritzailea darabilte: Oncosafety. Espainiako Estatuan berritzailea da sistema hori, bi lekutan soilik baitago, eta Txagorritxuko Onkologiako solairuak nola Eguneko Ospitaleak osatzen dute horietako bat. Onkohematologia unitateko gainbegiralea da Inma Laburu eta Eguneko Ospitaleko gainbegiralea Carlos Peña. Haiek azaldu dizkiete xehetasunak Osatuberriri.

Oncosafety softwarea erabiltzen hasi zineten duela hilabete batzuk. Zertan datza?

Urrutiko agente moduko bat da, gailu bat. Botikak eramateko orduan okerrak saihesteko balio du. Onkologiako tratamenduak wifi-teknologia bidez ematen dira, eta, hala, akatsak saihesteaz gain, tratamendu osoaren trazabilitatea bermatzen du; alegia, botika errezetatzen den unetik admi-

nistratzen den unera arteko ibilbidea monitorizatzen du.

Zein helburu ditu?

Zazpi dira nagusiak: kimioterapia modu seguruan ematea, hura estandarizatzea, ematen ari diren botiken eboluzioa unean-unean jakitea, lan-fluxuak eta emandako tratamenduak modu eraginkorrean gestionatzea, lan-kargak neurtzea eta hobekuntza-eremuak detektatzea.

Nola erabiltzen da?

Egunero jasotzen dugu erabiltzaileei dagokien tratamenduaren informazioa mezu elektronikoko bidez, behin medikuek balioztatu eta farmazian aurrrera egitean. Hala, Oncosafetyn jasotzen dugu zer tratamendu dagokion erabiltzaile bakoitzari, eta aplikazioak ematen digu tratamendua emateko beharrezkoa den informazio guztia.

Horrek guztiak profesionalen kate bat osatuko du, ezta?

Hori da. Software honek tratamenduen ibilbide guztia monitorizatzen du; lehenik, medikuak errezetatzen duena; ondotik, farmaziak botika prestatzen dueneko eta, azkenik, erizainak ematen duena. Ziklo osoa ixteko balio du.

Pausoz pauso egiten duzue lana, beraz.

Bai, tabletara jaisten dugu mezuak da-karrena, eta banan-banan item batzuk baieztatzen ditugu pauso egokiak ematen ari garela baieztatzeko: pazientea identifikatzea, medikazioa identifikatzea, infusio-ponpa eta pazientearen boxa identifikatzea, erizaina identifikatzea eta tratamendua emango den bidea identifikatzea. Barrakodeen bidez egiten dugu hori, eta, hutsen bat egonez gero, ez digu aurrera egiten uzten; horrela, erabiltzaileen segurtasuna areagotzen da. Dena ondo dagoenean, wifi bidez, infusio-ponpa programatzen uzten dizu; hortik josten da botika.

Nola antolatzen duzue lan hori?

Lau modulutan banatzen da Oncosafety. Harrera da lehenengoa; tratamenduaren jarraibideak ematen ditu, eta zein pazienteri dagokion. Halaber, zenbateko dosia den eta zein bidetatik eman behar zaion ere azaltzen du. Orduan, zitoestatikoaren poltsa iristen zai-gunean begiratzen dugu ea poltsan dagoenak eta jasotako informazioak bat egiten duten. Ondo dagoela ikus-tean, balioztatu egiten da eta bigarren modulura igarotzen da.

Tratamenduarena da bigarrena. Desglosatu egiten du tratamendua be-rra, eta hori ikus dezakegu eman behar-reko botikaren zein ehuneko dagoen emanda eta zenbat falta den emateko. **Tratamendua ez ezik, bestelako datuak ere jasotzen dituzue.**

Bai. Aginte-koadroa da hirugarren mo-dulua. Hor, ikusten da gaixo bakoitza zer ari den hartzen, zenbat hartu duen... Horrela, datuak atera ditzake-gu; besteak beste, lan-kargak xehatze-ko balio du. Hor ikusi dugu, adibidez, Eguneke Ospitalean 10:00-14:00 bitar-tean lan gehiago egiten dugula, gailur altuagoak daudela, eta ospitalizazioen kasuan gehiago direla tratamenduak. Horrek kimioterapia seguru emateaz gain, administrazioa estandarizatu eta botiken erabileraren unean uneko da-tuak ematen dizkigu. Tratamenduan sor daitezkeen efektu txarrak ere erre-gistratzen ditu.

Nola detektatzen ditu kalte horiek?

Demagun erabiltzaile bati erreakzio alergikoa eragiten diola botikak. Bada, hor agertzen da zer gertatu zaion, zein botika jaso ostean izan duen erreakzio alergikoa, eta abar.

Nola sortu zen proiektu hori abian jar-tzeko aukera?

Braun etxeak aurkeztu zigun, eta zu-zendaritzari proposatu genion. Erabil-tzaileen segurtasunerako lerro estra-tegikoak daudenez, baiezkua eman zi-guten. Hiru urte inguru dira ordutik; ar-lo informatikoa taxutzea izan da zaile-na.

Halako berrikuntzak ezartzea kosta egiten zaie profesionali?

Apur bat bai. Eguneke Ospitalean ohi-tuagoak daude agian, baina ospitaliza-zioko unitatean lehenak gara erabil-tzen estatu mailan. Ospitalizazio-ere-muan 24 orduz aritzen dira horretan, eta horregatik tamaina hartzen ari ga-ra oraindik. Halere, datuak aztertuz ikusi dugu intzidentziak gutxitzen ari direla pixkanaka. Hori bi aldagairenga-tik da; etxeako softwarean aldaketak ezartzen ari direlako eta gu Oncosafety nola erabili ikasten ari garelako.

Zergatik da garrantzitsua horrelako software bat edukitzea?

Medikazioan egiten diren hutsek beti dute eragin larria, baina zitoestatikoez ari garenean askoz gehiago. Marjina terapeutikoak estuagoak dira, eta alte-razio batek sor ditzakeen kalteak oso garrantzitsuak, hiltzerainokoak. Zure egitekoa ondo betetzen ari zarela ber-matzeko beste modu bat da programa hau.

Kongresuetan eta aurkeztu duzue Oncosafety, esaterako, Donostian.

Oraindik halakorik ez darabiltenei zer iruditzen zaie?

Inbidia apur batez begiratzen digute, alde onetik, jakina. Ikusi beharko da beste ospitaleetara zabaltzen den, bai-na tresna ona da. Orain Onkobideren kontuarekin gabiltza Osakidetzan, eta ikusiko dugu.

Fidagarritasun handiko tresna izan arren, ba al dago hobetzerik?

Bai, noski. Oraindik gauza asko egiten da eskuz, eta azken helburua eskuzko manipulazio hori desagertzea da; ale-gia, behin tratamendua jasotzean es-kuz ezer egin beharrik ez izatea. Pixka-naka ari gara, eta badaude gauza ba-tzuk hobetzen joango garenak, segur-tasuna erabatekoa izan dadin. Giza hu-tsegiteak saihestea da azken helburua.

Hori al da zailena?

Bai. Zenbat eta gutxiago erabili eskuz eta zirkuitua zenbat eta perfektuagoa eta itxiagoa izan, orduan eta fidagarria-go izango da. Adibidez, infusio-pon-pak gaur egun eskuz prestatzen dira; zenbat eta gehiago manipulatuta, han-diagoa izango da okerbideetik ibiltzeko arriskua.

Nolako harrera izan du software ho-nek?

Era guztietakoa. Gazteek arazo gutxiago izan ohi dute, teknologia berrietara ohi-tuagoak daudelako, eta ez dute beldu-rrik izaten. Helduagoak direnek, aldiz, gehiago izaten dute. Gehiago kostatzen zaie; ohiturazko animaliak garelako da hori. Bestalde, batzuek usteko dute lan gehiago dela; niretzat, lan egiteko beste modu bat da, ez lana gehitzea.

Gaur egun, Onkobide plataforma ere martxan dago. Zertan datza?

Oncofarma eta pazienteen historia kli-nikoa bateratzeko asmoa da. Orain ar-tean mediku baimenduek soilik zuten Oncofarmarako sarrera. Hemendik au-rrera, historia klinikoarekin bat eginda, sareko profesional guztiek izango dute aukera. Oraindik ez dakigu nola egingo duten, baina eskemak bateratzea da asmoa.

Oncosafety abiatzeko laguntza ere izan duzue, ezta?

Bai, eta eskertu egin nahi genieke zu-zendaritzei; erizaintzakoari, ekonomi-koari, medikoari... Proiektuaren alde egin dute apustu, eta pazienteei ere es-kertu nahiko genieke Oncosafety ezar-tzeko aldi gurekin izandako pazien-tzia. Halaber, proiektu berriek lanean izan ohi duten gain-esfortzua kontuan hartuta, langileek izan duten jarrera ere txalotzekoa izan da.



«Operatzen dugun itsu bakoitzeko, bi pertsonari laguntzen diegu»

Perfektzioa eta gauza txikiekin lan egitea gustuko duelako erabaki zuen Nagore Arbelaitz (Hondarribia, 1986) oftalmologoak espezialitate hori egitea, baita kooperante izateko bide ematen zuelako ere. Espezialitatea amaitu, eta Andres Muller medikuak Saharara joateko proposamena egin zion duela hiru urte, Ulls del Mon gobernuz kanpoko erakundearekin. 2001az geroztik, Bolivian, Mozambiken, Malin eta Saharan egiten du lan erakundeak, saihestu daitekeen itsutasuna murrizteko. Arbelaitz lautan egon da Saharan; azken aldiz, abenduan.



**Nagore Arbelaitz
Pascual**

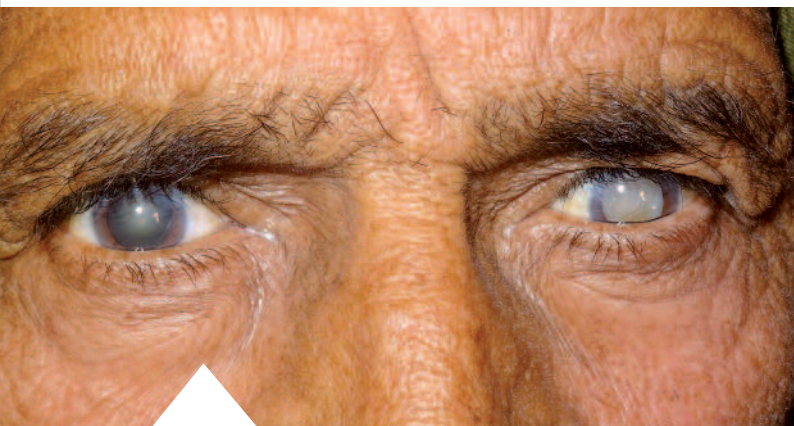
**Goierri-Urola Garaiko ESiko
mediku oftalmologoa**

Nola dago itsutasunarena Saharako errefuxiatuetan?

Joan aurretik herrialdea oso ondo eza-gutu behar da; izan ere, haien osasun publikoa erabiliko dugu bertan lan egiteko, hura indartzera goaz, nolabait. Tokian-tokian, zenbait arazo daude; Saharaz hegoaldeko Afrikan, adibidez, ez dago oftalmologorik, eta Bolivian, berriz, arazoa ez da oftalmologo-eskasia, haien kokapena baizik, ia denak hi-

riburuan, La Pazen baitaude. Gainera, operatzeko ohitura gutxi dute, eta betaurrekoak jarri besterik ez dute egiten. Itsutasuna oso hedatuta dago, tamalez, Saharan; batetik, eguzkiak gogor jotzen duelako begietan, eta, bestetik, desertuko hareak kornea opakutzen duelako. Operatu izan ditugu 30 eta 40 urte artean kataratak garatuta zeuzkatena. Kataratei soluzioa eman diezaiekegu, baina kornea opaku badago, ezer gutxi egin daiteke. Beste arrazoi bat ere badago neska itsuen kasuan: kortisonazko pilulak hartzeko joera dute hango edertasun-kanonaren parte izateko. Pilula horiek lortzea oso erraza da, eta, gorputza puzteaz gainera, arazoak ekartzen ditu. Ni baino gazteagoak diren emakumeak operatu izan ditut horregatik. Esan daiteke, gutxi gorabehera, *haima* bakoitzean arazo oftalmologiko larri bat dagoela. Ondorio hori atera genuen urte batean, ikerketa eginda.

Eta nola dago prestatuta Ulls del



«HELBURU BATEKIN JOATEN GARA, SENDA DAITEKEEN ITSUTASUNA SENDATZEA»

Mon, erronkari aurre egiteko?

Erakundeak lau herrialderekin egiten du lan, eta bakoitzean proiektu jakin bat garatzen du. Sahararen kasuan, urtean bitan joaten saiatzen gara, baina ez dago gure esku, diru-laguntzen arabera. Aurretik, adibidez, ez dugu joaterik izango, ez dagoelako dirurik. Bestela, bi asterako bertaratzen gara, ahalik eta itsutasun-kasu gehienak sendatzeko. Gure lantaldean hiru oftalmologo gaude, bi erizain, anestesista bat eta gailuen erabilgarritasunaren arduradun tekniko bat. Helburu batekin joaten gara, senda daitekeen itsutasuna sendatzea. Saharan egon daiteke jende itsua betaurreko-faltagatik edo kataratak garatu dituelako bi begietan. Hemen ez da horrelakorik gertatzen, segituan jartzen baitiegu erremedioa.

Nolakoa izaten da lan egiteko prozedura?

GKEaren bitartez, optika-tailer gisako batzuk sortzea lortu dugu. Nahiz eta oftalmologorik ez egon, optikariak badaude, eta asmoa da gu iristen garenean baheketa eginda egotea; hartara, joaten garenerako, beharrak identifikatuta daude, eta operatuko ditugunak hautatuta. Edonola ere, guk ere beste kontsulta bat jartzen dugu horien artean lehentasun handiagoa duten per-

tsonak identifikatzeko. Horregatik, bi oftalmologo operatzeaz arduratzen dira, eta bat kontsulta pasatzeaz. Kontsulta pasatzen duena *wilayetatik*, hots, auzoetatik igarotzen da, eta lehentasuna dutenak ospitalera bidaltzen ditugu; lehentasuna dute kataraktak bi begietan dituztenek eta benetan itsu daudenek, baita gazteek eta emakumeek ere. Pazientea egunean bertan ospitaleratzen da, nahiz eta operazioa hurrengo egunean egin, eta bakoitzak bere mantak eta janaria eramaten ditu hango ospitaleak ez baitira hemengoak bezalakoak; han, soilik, oheak dituzte.

Nolako baliabideekin operatzen duzue?

Hemen zaharkitu den makineria egoten da hango ospitaleetan. Teknikoki hango kataraktak hemengoak baino zailagoak dira operatzeko. Makineria zaharkitua da, estres gehiago daukagu kirolfanoan... Kontraesana da. Puntapuntako materiala beharko genuke horretarako, baina dagoenarekin moldatu behar dugu. Eta sufritu egiten dugu, batzuetan ezin baita ezer egin; saiatzen gara, behintzat, pazientearen arazoa ez handiagotzen. Oro har, egunean, hogei kirurgia egiten ditugu, hamarna bakoitzak. Gainera, bertako optikariak formatzen ditugu operazioen ondorengo jarraipenak egin ditzaten; horretarako, osasun-kartilla bat ematen zaio pazienteei bakoitzari, eta ikustekoa da nola gortetzen duten, urrea balitz bezala.

Nolakoak dira emaitzak?

Oso onak; esango nuke %99tik gertu egongo garela. 150 katarata inguru

operatzen ditugu kanpainako, bi aste-an, eta kasu bat edo bitan gerta daitezke konplikazioak. Emaitzak, nolana ere, onak dira.

Nolakoa izaten da herritarren erantzuna?

Eurentzat mirari bat da. Urteak damatzagu han, eta konfiantza pixka bat irabazi dugu jada. Eurak itsutasuna prozesu naturalaren parte gisa ikusten dute, eta guri esker konturatu dira ez dela horrela, soluzioak daudela horretarako. Urteen poderioz, sinesmen horiek aldatzen goaz. Guri dagokigunez, gure espezialitatea oso errentagarria da, emaitza edo onura azkar ikusten baita. Operatzen dugun itsu bakoitzeko, bi pertsonari laguntzen diegu. Oso lan eskertua da, eta atsegina.

Zer nabarmenduko zenuke egonaldietatik?

Zentzua ez galtzen ikasten dela nabarmendu nahi nuke. Egokitzapen-prozesu handia egin behar da handik hona etortzean. Hara joatean, dena oso garbi ikusten dugu, arazoak larriak direlako; guztiak du zentzua. Eta hura ezagutzeak laguntzen dizu hemen zentzuz jokatzen. Hemen naizenean, jabetzen naiz arazoak, beharbada, muturrera eramaten ditugula, han existitzen ez diren kasuak baititugu hemen. Han begi lehorra edukitzeagatik ez da inor kontsultara joaten, arazo larriagoengatik kontsultatzen da. Arazoaren pertzepzioa hain da desberdina... Bizi-kalitatea hobetzera jotzen dugu hemen, beti, baina iparra galtzen dugula iruditzen zait, batzuetan. Eta gauzak erlatibizatzen ikasi dut.



Prozesu komunitarioak, nerabeen osasuna sustatzeko aldera

Badira zazpi bat urte Zumarragako eta Urretxuko udalerriek nerabeen osasuna sustatzeko talde komunitarioa sortu zutela, zeinak helburu duen gazteen egungo kezkak ezagutu, identifikatu eta mahai gainean jartzea, baita euren osasuna kudeatzeko tresnak ematea ere; izan ere, Maria Blanco Egaña Osasun Publikoaren eta Adikzioen zuzendariordetzako osasun-sustapeneko teknikariaren aburuz, «Ahaldundutako komunitate batek osasuntsuago egoteko aukera gehiago ditu, auzoetan eta komunitateetan sortzen delako osasuna». Osasuna sustatzeko erremintak dira prozesu komunitario horiek.

Zutxu du izena udalerri bietan martxan dagoen prozesu komunitarioak. Prozesu horretara iristeko, bertako osasun-zentroek hutsarte bat identifikatu zuten haurtzaroa eta nerabezaroan ikusi baitzuten adin-tarte horietako gazteak ez direla osasun-zentroetara agertzen eta adin-tarte hori dela ikuspuntu salutogenikoa lantzeko egokiena. Gorabehera horren harira, lantalde bat osatzea proposatu zuten, osasun-alorreko profesionalekin eta



«INDARRA OSASUNA SORTZEN DUENARI EMAN NAHI DIOGU GAIXOTASUNARI BERARI BAINO GEHIAGO»

eta esperientziak partekatzeko aukera ematea».

Euskal Autonomia Erkidegoan abian dauden prozesu komunitario askotako adibide bat baino ez da Zutxu. Osasuna sustatzeko prozesuak herri-mailan garatzen dira, eta tokian tokiko ezaugarrietara egokitzen. Euren esanetan, ondo funtzionatzeko duten jarduerak beste herrietan ere aplikatzen saiatzen dira, eta alderantziz. Gainera, esate baterako, Zutxu prozesu komunitarioak nerabeak ditu ardatz, baina badira adinekoi zuzendurikoak ere. Horren adibide garbi bat irakurri ahal izan genuen Osatuberriren apirileko zenbakian, Mugi Tolosarena, hain zuen ere.

«Horrekin guztiarekin, nahiko gure eragileak jabetzea osasun-alorrean denok dugula zer eginik». Bertan parte hartzen dute, besteak beste, ikastetxe, osasun-zentro, osasun mentaleko zentro eta osasun publikoko ordezkariak, Ertzaintzako eta AECC elkarteko ordezkariak eta nerabeekin zerikusia duten bi udal-zerbitzuek. Nabarmen-tzen dute duela bi urte udalaren konpromiso politikoa lortu zutela: «Udalaren inplikazioa ezinbestekoa da herri-mailako prozesu komunitarioetan». Hilean behin elkartzen dira, eta euren artean nolako beharrak dauden antzematen dituzte; gero, bide horretan antolatzen eta diseinatzen dituzte jarduerak. Hala, zenbait esparru lantzen dituzte; esate baterako, elikadura, adikzioak, emozioen kudeaketa, hezkuntza afektibo-sexuala eta lehen so-rospenak.

Dena den, nerabeentzako zuzendutako edozein iniziatibak ez dauka ino-

lako zentzurik ez bada eurekin eraikitzen, eta aspektu hori behin eta berriz atera da prozesuaren ebaluaketan.

Osasun-aktiboak mapan jasotzea

Nerabeen parte hartzea gauzatzeko «Osasun-aktiboan mapaketa» izeneko prozedura jarri da martxan. Prozesu horretan ez da lan egiten gabezieta edo beharretan oinarrituta. «Bai Zumarragan eta bai Urretxun dauden osasun-aktiboak ikusarazi nahi ditugu, eta, horretarako, aktibo pertsonal eta municipalak mapan jasotzearen estrategia erabili dugu nerabeekin, indarra osasuna sortzen duenari eman nahi baitiogu gaixotasunari berari baino gehiago. Alde horretatik, nerabeak ez dira kezka-iturri herriko osasun-aktiboak baizik», dio Blancok.

Proiektua dinamizatzeko, talde bat lanean jarri da kontratupean, bi udalek egindako ekarpen ekonomikoari esker eta Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak EAEko toki-eremuan jardura fisikoa sustatzeko emandako diru-laguntzari esker.

«Bitxia da ikustea guk hasieratik proposatutako gaiak ez daudela euren kezka nagusien zerrendan. Jabetu gara orain arte egin dituzten dinamika parte-hartzaileetatik bestelako ondorioak atera direla», dio Errastik. Adibidez, egungo gazteek garrantzi handia ematen diete harreman sozialei: komunitate baten parte izateari eta bertan parte hartzeari. Bestalde, euren aisialdirako espazio propioak nahi dituzte.

Horretan guztian oinarrituta gazteek 52 jardura-prototipo inguru proposatu dituzte, era autonomoan edo elkarlanean gara daitezkeenak.

Bai Virtok, bai Errastik eta bai Blancok balantze ona egiten dute orain arteko prozesuaz. Orain, alde batetik, emaitza horiek komunitateari ezagutarazi behar zaizkio. Eta, bestetik, jardura-prototipo horietako batzuetan nerabeekin batera aritzeko aukera aztertuko dute.

hezkuntzakoekin, eta zenbait gai aztertu zituzten; besteren artean: zer helburu amankomun dituzten, zernolako parte-hartze mekanismoak landu daitezkeen, barne-funtzionamendua nola hobetu daitekeen, eragile gehiagoren parte-hartzea nola lor daitekeen eta jarduerak komunitatera nola zabaltzea daitezkeen. Eta, azterketa horren ondoren, 2011n, Zutxu jarri zuten abian.

Eragileen partaidetza «ezinbestekoa» da Tolosa-Goierriko Osasun Publikoko bi teknikariek diotenez; honela mintzo dira Nagore Errasti Aizpurua eta Carmen Virto Lekuona: «Azken finean, nerabeengana gerturatzeko, garrantzitsua da eurekin lotura zuzena duten eragileetara jotzea; esaterako, ikastetxeetara. Asmoa hasieratik izan da denok elkarrekin lanean aritzea, sinergiak topatzea, kontuan hartuta beste xedeetako bat dela eragile komunitarioen koordinazioa hobetzea eta euren artean ezagutza

Benigno Oreja, euskal urologiaren aitzindaria

XX. mendearen hasieran espezialitate medikoak zehazten hasi ziren. Zirujauk ordura arte era guztietako ebakuntzak egin ohi zituzten, baina ordutik aurrera sendagileak medikuntzaren arlo batean bakarrik espezializatzen hasi ziren. Oreja doktorearen garaian, espezialitate medikoak ez zeuden orain bezain zehaztuta. Horregatik, gure protagonista lanean hasi zenean, urologia eta ginekologiako ebakuntzak egiten zituen. Hala ere, denboraren poderioz, Orejaren jarduera kirurgikoa patologia urologikora bideratu zen eta bere garaiko punta-puntako urologoa izatera iritsi zen.



**Juan Carlos
Garmendia Larrea**

**Donostialdea ESiko Donostia
Unibertsitate Ospitaleko
mediku urologoa**

Medikua eta historiazalea, doktore-tesia Gipuzkoako Segura herriko medikuntzaren historiaz egina du.

Bizkaiko herri txiki batean etorri zen mundura, Ibarrangelun, 1880ko otsailaren 13an, baina bere gaztaroa Donostian igaro zuen. Batxilergoa bukatu ondoren, aitaren eraginez, medikuntzako ikasketak egitea erabaki zuen. Valladoliden ikasi zuen

eta erabaki hori oso garrantzitsua izan zen haren bizitzan, zeren eta, han, Leonardo de la Peña doktorea irakasle izan baitzuen, Espainiako urologiako lehen katedraduntzat hartzen dena. Horrela, hari esker, urologiaz interesatzen hasi zen, eta Parisera urologia-arloan espezializatzea joan zen, De la Peñak hala gomendatuta.

Benigno Oreja, 1904an, Europako ospitalerik onenetako batera joan zen: Necker ospitalera. Garai hartan, ospitale horretan, Guyon eta Albarren doktoreek lan egiten zuten, urologia modernoaren aitzindaritzat hartzen direnek. Hiru urtez aritu zen han, Parisen, eta oso emankorra gertatu zen egonaldia; alde batetik, garai hartako teknika aurreratuenak ikasi ahal izan zituen, eta, bestetik, Europa osoko urologo garrantzitsuenak eza-gutzeko aukera izan zuen. Horri esker, aldizka, atzerriko ospitaleetara joateko modua izan zuen ikasten jarraitze-ko, eta haietako urologo batzuekin

harreman estua izaten jarraitu zuen.

XX. mendearen lehenengo herenean, Euskal Herriko hiriburuetan klinika pribatu asko sortu ziren. Donostian, esaterako, 1906ko urtean, San Ignacio Klinika eraiki zuten, Oreja doktorea haren sortzaileetako bat zelarik. Han egin zuen bere lan-ibilbidearen gehiena. Hura ezagutu zutenek ziotenez, oso sendagile trebea zen eta denetik egiten zuen, ez bakarrik ebakuntzak, eta pazienteei anestesia jartzten ere aritzen zen. Izan ere, Gipuzkoan anestesia epidurala egin zuen lehenengoetako bat izan zen. Zirujaulanetan milaka ebakuntza egin omen zituen, mota askotakoak, batez ere urologia eta ginekologiaren arloan.

Haren pazienteen artean, Espainia eta Euskal Herriko jende ospetsu eta diruduna zen nagusi, hala nola gotzainak, kardinalak, politikariak, idazleak eta abar. Hala ere, berak ez





zion inoiz inor ikusteari uko egin, pazienteak dirua izan ala ez. Behin baino gehiagotan, urrutiko baserrietara joan behar izan zuen pazienteak artatzera, eta han, beharrezkoa bazen, ebakuntza txikiak ere egiten zituen bertan.

Lana izan zen bere bizitzaren ardatza. Gainera, ikasteko grina handia zeukan. Beraz, maiz, atzerrira joaten zen teknika berriak ikastera, gero hemen praktikan jartzeko. Horrenbestez, esan dezakegu, Euskal Herrian –baita Espainian ere– prozedura urologiko batzuen aitzindaria izan zela.

Horien artean, hauek nabarmenduko nituzke: zain barneko urografia, endoskopia urologikoa eta, batez ere, arazo uretralak konpontzeko zerabilen teknika kirurgikoa. Horixe izan zen, hain zuzen ere, Oreja doktoreak nazioarteko urologiari egin zion ekarpenik handiena.

Horretaz ari garela, komeni da argitzea arazo uretralek askotan ez dutela konponbiderik izaten. Horregatik, historian zehar, teknika ugari sortu izan dira arazo hori konpontzeko, baina gehienetan, modu partzialean bakarrik lortu izan dute. Oreja Parisen zegoelarik, uretostomiako teknika baten oinarriak ikasi zituen. Gero, teknika hori hobetu egin zuen Donostiako klinikan, eta nazioarteko kongresuetan aurkeztu zuen.

Gipuzkoako medikuen elkargoaren lehendakaria izan zen bi garaitan: 1920-1924 eta 1940-1946. Lehenengoan, aipatzekoa da bertako medikuen alde egin zuen lan handia. Kontua da Legeak, garai hartan, bertan lan egiten uzten ziela atzerriko medikuei eta, hala, frantziar mediku askok Donostian zeuzkatela kontsultak. Hori dela eta, egoera horrek bertako mediku askori lan egitea galarazten zenez, Orejak bere kargutik borroka egin zuen arautegi hura aldatzeko eta, horrez gainera, medikuentzako sindikatu moduko bat sortu zuen.

Antzina odoljarioaren ondorioz jende asko hiltzen zen. Historikoki, odol-transfusioak zuzenean egiten ziren paziente batetik bestera inolako kontrolik egin gabe eta, hortaz, pertsona askok bestelako gaixotasunak hartzen zituzten edo odol-bateragarritasun ezagatik hiltzen ziren. Arazoaren dimentsioa ulertzeko, bi arrazoi hartu behar dira kontuan: lehenik, AB0 odol-talde sistema eta RH faktorea 1901ean eta 1940an aurkitu ziren hurrenez hurren, eta, bigarrenik, 1914ra arte ezin izaten zen odola kontserbatu. Urte horretan, Agote argentinarrak medikuak odolari zitrato sodikoa gehituz lortu zuen odolak denbora luzez irautea. Horrela, jadanik, odola gorde zitekeen, beharrezkoa zenean erabili ahal izateko.

Dena den, duela mende bat, ez zeuden gaur egun dauden odol-kontrolak, eta XX. mendearen lehenengo erdialdean lan egiten zuten zirujauen-

tzat –Oreja tarteko– odol-falta izugarritzko arazoa zen. Horretaz oso kontziente zen Oreja, eta Gipuzkoan bera izan zen odol-transfusioak egin zituen lehenengo medikuetako bat. Horretarako, transfusio-ekipo bat jarri zuen bere klinikan, transfusioak ahalik eta baldintza onenetan egin ahal izateko. Hori gutxi balitz bezala, Donostian odol-emale talde bat eratu zuen bere kabuz. Anekdota gisa, esan behar da Donostiako trenbide-konpainiako langileak izaten zirela odola ematen zuten bakarrak.

Orejak irakaskuntzan lan handia egin zuen. Alde batetik, atzerriko ospitaleetan ikasten zuen guztia, gero, hemen, beste mediku askori irakatsi ohi zien bere klinikan. Medikuek Espainia osotik etortzen ziren berarengandik teknika berriak ikastera. Orejarekin ikasi zuten euskal urologoen artean, hauexek ziren ezagunenak: bizkaitarren artean, Zarza eta Muruetagoiena doktoreak; nafarren artean, Jabier Huder, eta donostiarretan, Gil Clemente doktorea.

Orejak Espainiako eta nazioarteko kongresuetan aktiboki parte hartu zuen. Prostata eta uretraren inguruko gaiek zituen gogokoen –prostatako bi mila ebakuntzatik gora egin omen zituen–, eta patologia uretralari dago-kionez, zirujia uretrala menperatzen zuen gutxienetakoa zen. Hala, nazioarteko kongresuetan, uretraren estenosia konpontzeko zerabilen teknikaren berri ematen zuen. Gai horietan, nazioarteko erreferentea zen.

Oso umila zenez, ez zitzaion bere lanaz harrotasunez hitz egitea gustatzen. Hala ere, urologo askok goretsi zuten haren lana. Horien artean, mundu mailan eragin handia zuten bi urologoren iritziak nabarmenduko nituzke nik: Louis Michon eta Antoni Puigvert. Lehenengoak, 1949an, nazioarteko kongresu batean, miresmen handiz hitz egin zuen Orejaren lanaz, eta Puigverten iritziz, berriz, munduko urologo onenen mailan zegoen Oreja doktorea.

Cristina Eguizabal Argaziz

 Biologoa, eta doktorea Biokimikan

«Prentsan zelula amez aritzen direnean, zelula helduez aritzen dira»

«HERRIALDE BAKOITZEKO
LEGEDIA BETE BEHAR
DUTE IKERKETA GUZTIEK»



Cristina Eguizabalek, egun, ikertzaile dihardu Giza Ehunen eta Transfusioen Euskal Zentroan, Galdakaon, Terapia Zelularren eta Zelula Amen Unitatean. Azkenaldian hainbat artikulu atera dira zelula amek minbiziaren eta halako gaitzen tratamenduan izan dezaketen erabilerari buruz, gaiak duen berritasuna dela medio. «Tratamendua iraultzailea eta esperimentalta» den bezala, hainbat ideia garbi azaldu gura izan ditu.

Zer dira zelula amak?

Ehunak eta organoak birsortzeko gaitasuna duten zelula motak dira. Lau motatakoak izan daitezke, nolako potentzialtasuna duten. Normalean, prentsan, zelula amez aritzen direnean, helduez aritzen dira, hau da, multipotente eta unipotente deritzenez (odoleko zelulak eta ehunak birsortzeko gai dira horiek). Laborategietan egiten diren ikerketa gehienak ere zelula ama helduenak izan ohi dira.

[Frogatuta dago eraginkorrak izan daitezkeela minbiziari eta halako gaitzei aurre egiteko.](#)

Bai. Terapia zelular gisa erabiltzen dira, baina azken aukera gisa. Kontuan izan behar da oso kasu gutxitan erabiltzen dela tratamendu hori. Gaur egun, berrehun entsegu klinikotan baino gehiagotan ari dira zelula ama helduekin patologiak aztertzen mundu osoan, betiere fase esperimentalean. Oso terapia gutxi dago finkatuta. [Eta helduak ez diren zelula amekin zer-nolako pausoak ari dira ematen?](#) Zelula ama totipotentek eta pluripotentek (enbrioetatik eratorritakoak) fase esperimentalean dauden entsegu klinikoetan erabiltzen dira. Pluri-

potenteekin, *iPS* edo induzitutako zelula amak sortzen ari dira. *iPS* horiek dohaintzan emandako enbrioi-zelulak eta patologia bat duen baten zelulak nahastuz sortzen dira. Eszena teoriko eta esperimental batean jarriz, demagun norbaitek pankreako arazoa dituela eta ezin duela intsulina produzitu. Haren odoleko zelula bat hartuko genuke, eta zelula ama pluripotente batekin nahasiko. Horrela, *iPS* zelula pluripotente bat lortuko genuke, duen patologiarekin bateragarria dena, eta transplante baterako baliagarria.

[Eszena teorikoetatik kanpo ezer egin al da?](#)

Mundu osoan 31 entsegu kliniko daude zelula ama pluripotentek darabiltzatenak eta pertsonekin probatu direnak. Halere, bi dira garrantzitsuenak, bata *iPS* bidezkoa eta bestea pluripotentea. Ameriketako Estatu Batuetan eta Japonian daude, eta ikusmen-arazoekin lotutakoak dira. Entseguetan parte hartu zuten itsuen % 80k ikusmenaren % 20 berreskuratu zuten.



[Nolako oztopoak daude zelula ama mota horiekin gehiago ez ikertzeko?](#)

Herrialde bakoitzeko legedia bete behar dute ikerketa horiek guztiek. Arlo juridikoan, errazagoa da zelula helduekin, enbrioietatik datozenekin baino.

[Hala ere, orain arteko aurrerapauso guztiak iraultzaileak izan dira.](#)

Dudarik gabe. Azken hoge urtean izugarri aurreratu da. Lehenik, ikerketan, baina oso mantso doaz, ziurtasun handia behar baita enbrioietatik eratorritakoekin lan egiteko. Hasierako esperimentu batzuetan tumore bilakatu ziren, esan bezala ia edozein zelula bihur baitaitezke. Helduak, berriz, definituago daude, eta huts egiteko aukerak txikiagoak dira.

Bestalde, 2012. urtean, lehen enbrioia klonatzea lortu zen xede terapeutikoekin. Horrek esan nahi du genetikoki guztiz bateragarria den enbrioia eskuratu dela. 2013an, aldizkari zientifikoetan artikulu ugari argitaratu ziren miniorganoei buruz, alegia, *iPS* edo zelula ama pluripotenteetatik lortutako tamaina txikiko organoak.

«BERREHUN ENTSEGU KLINIKOTAN BAINO GEHIAGOTAN ARI DIRA ZELULA AMA HELDUEKIN PATOLOGIAK AZTERTZEN MUNDU OSOAN»

Urte berean aurkitu ziren *CRISPR/Cas9* deritzen guraize modukoak. Hitz gutxitan, mutazioak moztu ditu, eta zelula amen terapia bidez birsortzeko gaitasuna legoke. Eta, azkenik, immunoterapia genduz aurrerapauso nabarmena: minbiziaren tratamendua norberaren sistema immuneko linfotzitoekin.

[Zein dira zelula amen desabantailak?](#)

Arriskuak badituzte. Aipatu ditugun tumoreak sortzeko gaitasuna konpondu da, batez ere pluripotentei lotuta. Eta horri gehitu behar zaio bateragarritasunaren kontua. Helduekin arriskua txikiagoa da; asko jota ez funtzionatzea litzateke gauzarik okerre-

na. Horregatik dira martxan zelula ama helduen hainbat ikerketa.

[Endekapenezko gaitzen inguruan baliagarriak izan daitezkeela diote.](#)

Alzheimer-en eta Parkinson-en gaixotasunak zelula amen bidez tratatzeko, neuronak birsortu behar dira, eta neuronak zelula ama pluripotenteetatik bakarrik lor daitezke. Horri gehitu behar zaio neuronek duten konplexutasun-maila. Sinpleago iruditzen zait zelula amen bidez lortutako bihotz funtzional baten transplantea, halako gaitzen terapia funtzionala aurkitzea baino. Halere, ez dakit entsegu klinikorik martxan ba ote den.

[Eta zuek zer-nolako ikerketetan zabiltzate?](#)

Azken terapia horrekin gabilta lanean gurean, baina zelula amekin konbinatuta. *NK* zelulak aukeratu ditugu, beste linfotzito batzuk, ezezagunagoak direnak. Lau era ditugu eskuratzeko: odol periferikotik, dohaintzan emandako zilbor-hesteetatik, zelula ametatik, eta odolotik hartuta *IPS* bidez bereizten ditugun *NK* zelulak. Hasiera batean minbizi hematologikoei bideratutako tratamendua da; leuzemiak, esaterako.

[Beste ospitale batzuekin ere lankidetzan zabiltzate.](#)

Nafarroako, Madrileko eta Bartzelonako ospitaleekin lanean ari gara. Alde batetik, minbiziarekin lotuta, tratamenduak ekar ditzakeen esterilizazio-arazoak gainditu nahi ditugu barrabiletan dauden zelula ama pluripotenteak erabiliz. Beste alde batetik, terapia zelularra *immunoeskasia primarioak* esaten dieten gaixotasun arraroak dituzten haurrekin.

[Gaixotasun arraro bakoitzaren tratamendua ezberdina izango da, ezta?](#)

Hala da. Batetik, oso gutxi dakigu gaitz horien inguruan, eta horregatik, behar-beharrezkoa da ikerketak finantzatzea. Bestalde, gaitzaren arabera tratamendua ezberdina izango da. Ezinezkoa da tratamendu bera gaixotasun arraro guztientzat.



Miren Begoña Ugena

Markina-Xemeingo osasun-zentroko erizaina

«Kontua ez da nork huts egin duen jakitea, hori zergatik gertatu den jakitea baizik»

Paziente bat osasun-zentro batean sartzen den unetik, profesional ugariarekin egoten da harremanetan, eta prozesu osoan ahalik eta huts gutxienak egitea nahi du Osakidetzak. Hori bermatzeko asmotan, hainbat formula jarri dituzte abian. Hain justu, saihestu daitezkeen hutsegiteen inguruan jardun zen Miren Begoña Ugena Astarloa (Ermua, 1964), erizaina bera, Galdakao-Usansoloko ospitalean, Barrualde-Galdakao ESlak antolatutako Pazientearen Segurtasunari Buruzko III. Jardunaldian. Markina-Xemeingo osasun-zentroan egiten du lan, eta bertako esperientzia azaldu du bere lankideekin.

Pazientearen segurtasunaren inguruko azterketa egin duzue. Zer da zehazki?

Pertsona bat Osakidetzara sartzen den momentuan, dena arazorik gabe joan dadin bermatzea da gure helburua, inolako hutsegiterik gabe. Hasiera-hasieratik bermatu behar dugu segurtasun hori. Gainontzean, prozesuan aurrera egin dezake, eta arazo larriago bat izaten amaitu. Hutsegiteak denboran luzatzen badira edo horien atzetik beste batzuk sortzen badira, pazientea larri kaltetu daiteke.

«HUTSEGITEAK DENBORAN LUZATZEN BADIRA, PAZIENTEA LARRI KALTETU DAITEKE»

Zertarako egiten da jarraipen hau?

Bide bat egiten du pazienteak Osakidetzan, eta bistakoa izan behar du ibilbide horrek. Kontua ez da hutsa nork egin duen jakitea, hori zergatik gertatzen den jakitea baizik. Hala, neurriak har ditzakegu ez errepikatzeko. Pertsonak gara eta denok egiten ditugu hutsak; arazoei konponbidea bilatzen ahalegindu behar dugu.

Nola detektatzen dituzue okerrak?

Osakidetza SNASP izeneko plataforma bat dauka eta bertan erregistratzen ditugu sortzen diren arazo guztiak. Formulario baten bitartez hutsegitea zein den eta non sortu den jakinarazten dugu. Izan ere, okerra langile batek detekta dezake, baina baliteke haren akatsa ez izatea. Kasu batzuetan, aurretik datorren kontua izaten da. Hori dela eta, nondik datorren aztertu behar da, eta leku horretara bidaltzen da jakinarazpena. Hori eginda, konponbidea bilatzeko jarri beharreko neurriak jartzen dira martxan. Ahalik eta azkarrena detektatzeak berebiziko garrantzia du, eta are gehiago huts hori bistaratzeak. Metodo horrekin arazoak atzerarazten ditugu eta neurriak garaiz hartzen saiatzen gara.

Zergatik da hain garrantzitsua?

Azken finean, okerbideak zuzentzen laguntzen digu. Horrez gain, Osakidetza langileak babesteko modu bat da. Askotan, egiten diren hutsen errudun sentitzen gara eta geure burua zigortzen dugu. Hori dela eta, hutsak detektatuta, arazoak atzeraraziko ditugu. Guk ez dugu makinekin lan egiten; pertsonekin

aritzen gara, eta, ondorioz, kaltetua pertsona bat da, baina baita errudun sentitzen dena ere. Beraz, hutsegite batek jende ugari eragiten dizkio kalteak: alde batetik, pazienteari eta haren senitartekoei, lehen mailako biktima gisa; bestetik, osasun-zentroko langileei, bigarren mailako biktimatzat hartzen baitira, eta, azkenik, hirugarren biktima moduan, erakundeari. Gauzak horrela, denoi eragiten digute hutsegiteak.

Noiz hasi zineten okerrak detektatzeko formula hori erabiltzen?

Aspalditik gabilta horri buruz hitz egiten. Duela hamabost bat urte ekingo genion asmoari, eta poliki-poliki eguneratzen joan gara. Ez da oraingo kontua, baina kosta egiten da aurrera egin eta formula egokia aurkitzea.

Hobekuntzak ikusten ari al zarete?

Gero eta jakinarazpen gehiago egiten ari gara. Horrek ez du esan nahi hutsegite asko izaten ari garenik, detektatu egin ditugula baizik. Ez da txar-txarra ere arazo asko aurkitzea, neurriak hartzeko moduan gaudela esan nahi baitu.

Desberdintasunik nabari al da osasun-zentro txiki eta handien artean?

Zenbait gauza antzekoak diren arren, oro har desberdintasunak daude. Gurea, Markina-Xemeingoa, osasun-zentro txikia da, eta badakigu ondokoak nola egiten duen lan. Etengabe harremanetan gaude, eta astero batzar orokorra egiten dugu. Zerbait gertatzen bada, bilera horretan aipatzeko aukera izaten dugu. Ospitaleetan ez dute hori egiteko betarik izaten, langile asko eta mugimendu handia izaten baita. Horrez gain, zentro handietan sortzen diren arazoak larriagoak izan daitezke, eta gogoan izan behar dugu guk egindako oker txiki batek ondorio larriak izan ditzakeela aurrera eginez gero.

Zein da gehien errepikatzen den hutsa?

Identifikazio-kontuekin izaten ditugu arazo gehienak. Kasu horretan, pazienteak ere badu bere ardura. Dokumentu eta txosten bat ematean, pazienteak dena ondo dagoela begiratu behar du. Esan bezala, denok egiten ditugu hutsak, eta, prozesu horretan, pazienteak ere bere aldetik jartzea beharrezkoa da. Gurea osasun-zentro txikia denez, denok ezagutzen dugu elkar, eta sarritan txartela erakusteko beharrik ez dagoela uste du jendeak.

Halakoetan arazo dezente sortzen dira. Pazientea osasun-zentro batera sartzen den unean txartela eskatzen bada, arazo bat saihesten dugu. Askotan, deiturak transkribatzean hutsegiteak eta gaizki-ulertuak izaten dira, eta hori ekiditen dugu txartelarekin. Pertsona bakoitzak zenbaki bat dauka, eta horrela ez dago zalantzarik.

Etorkizunera begira, zein dira erronkak?

Ahalik eta huts gutxienak egitea eta detektatzen ditugun guztiak jakinaraztea, hori lortu nahi izaten dugu. Horrez gain, langile berria datorren bakoitzean, ongietorriko gida bat ematen diogu, beharrezkoa izan dezakeen informazio guztiarekin. Beste erronketako bat zera da, dokumentu horiek eguneratuta edukitzea. Formazioa ere behar-beharrezkoa da, eta oso garrantzitsua da osasun-zentroaren parte diren guztiek jasotzea. Gure kasuan, esaterako, zentro txikia denez, zeladoreak ardura administratiboak eta mantentze-lanak ere egiten ditu, besteak beste. Hori dela eta, horiek ere ongi kontrolatu behar dute zentroaren funtzionamendua, eta oinarritzko ezagutza batzuk izan behar dira. Azken finean, langile zein paziente guztiak informatuta egotea da gure nahia, hala lortuko baititugu geure helburuak.

Ondo lo egiteko nola elikatu

Loa beste aldagai askoren mende badago ere, frogatuta dago egunero jaten dugun horrek eragin handia duela. Lo hartu baino bi ordu lehenago ondo afaldu, eta estresa sortzen duten hormonak saihestu behar dira gauzez.



Cristina Perez

Nutrizionista

Elikadura

Loaren alterazioa mila arrazoik eragin badezakete ere, egiaztatuta daukate gure loan eragin handia duela elikatzeko moduak, alegia, egunero jaten dugun horrek, jateko baldintzek eta gainerako gorabeherak.

Dagoeneko badakigu elikagai jakin batzuen arabera ere alda daitekeela neurotransmisoreekin eta lo-zikloarekin loturiko hormona batzuen sintesia. Horrek argi eta garbi erakusten digu badagoela lotura bat dietaren eta loaren artean.

Loa galarazten du

Gorputzak egun osoan dituen ziklorik gehienak hormonon bitartez erregulaturik daude, energiaren zikloa eta loaren zikloa barne. Hormonak gorputzak dituen substantzia kimikoz osaturik daude, baita elikagaiz ere.

Loaren zikloak egoki funtziona de-

zan, estresa sortzen duten hormona (kortisola) gutxiago, eta gorputzak lasaitzen dituen neurotransmisoreek (serotonina eta melatonina) gehiago eduki behar ditu gorputzak gauzez. Horrela, gorputza erlaxatu, eta deskantsurako prestatuko da. Halaber, hormona horren mailak aldatuz gero, estresagatik edo dieta desorekatu bategatik, posible da loa galaraztea.

Ondo lo egiten ez bada, bizimodu lasaia goa eramatea eta estresa eragiten duen gaitzak tratatzea da bide zuzena. Elikadura orekatua egitea, baina, oso garrantzitsua da loaren zikloa erregulatzeko eta kalitatezko deskantsua izateko ere.

Lo egiteko triptofanoa

Lehen esan bezala, lo- eta esna-garaiaren zikloak hormona eta neurotransmisoreen bidez erregulatzen dira. Neurotransmisore horiek, serotonina eta melatonina dira, eta triptofano aminoazidoaren bidez eta B6 bitaminari esker lortzen dira. Ondo lo egiteko, triptofano-kantitate nahikoa izan behar da. Horiek animalietatik datozten proteinetan daude: esnean, arrautzetan, haragi eta arrainetan; baita tofuan, hazietan, platanoetan, intxaurretan eta labore osoetan ere.

Behar adina karbohidrato eduki behar dira serotonina lortzeko. Karbohidratoek (ogia, arroza, oreak, patatak) intsulina jariatzea estimula-

tzen dute. Intsulina, aldi berean, triptofanoaren edukia areagotzen duen hormona da, eta horrek serotonina sortzeko balio du. Beraz, egun osoan karbohidratoak barneratu behar dira dietan, lo-ziklo aproposa lortu nahi bada.

Erlaxatzen duten mineralak

Kaltzioa eta magnesioak elkarrekin lan egiten dute, nerbio-sistema eta muskulu-ehuna erlaxatzeko. Magnesio maila oso baxuak izan daitezke estres handia badago. Beraz, magnesioa duten elikagaiak elikaduran barneratzen saiatu behar da. Horietako batzuk dira: haziak, intxaurrak, barazkiak, labore osoak, itsaskiak... Gainera, esnekiak, barazkiak, intxaurrak eta itsaskiak kaltzio iturri paregabeak dira.





«ASKO AFALTZEN BADA
EDO ELIKAGAI PISUTSUAK
JATEN BADIRA, LO
EGITEKO ARAZOAK IZATEN
DIRA»

Ondo afaldu, hobeto lo egiteko

Elikaduran ohitura desegokiak izateak digestio arazoak sortzen ditu. Asko afaltzen bada edo elikagai pisutsuak jaten badira, lo egiteko arazoak izaten dira. Halaber, ez afaltzeak lehen aipaturiko erlaxatzeko substantziak sortzea galarazten du, eta lo egiteko eta ondo deskantsatzeko arazoak eragin ditzake.

Deskantsua aproposa eta loa ego-

kia izan daitezen, elikagaiak ohera joan baino bi ordu lehenago hartu behar dira. Kontuan izan gauean komunera joateko esnatu ohi direnek lo hartu baino lehenagoko orduetan likidorik ez edaten saiatu behar dutela.

Elikagai kitzikatzailerak

Kafearen kafeinak, tearen teina eta teofilinak eta txokolatearen teobrominak organismoan erdi mailako edo maila handiko euforia sentipena sorrarazten dute. Nerbio-loturak estimulatzeko dituzten konposatu kimikoak dira substantzia horiek. Ginsenga ere kitzikatzailerak da. Izan ere, edari jakin batzuei gehitzen zaie edo dietaren osagaitzat hartzen da. Estimulatzailerak era jarraituan edo kopuru handian kontsumitzeak ner-

bio-higadura eta lo egiteko zailtasunak eragiten ditu. Edari alkoholdunek nerbio-sistema endekatzen dute, neuronentzat toxiko ahaltzuak baitira.

Laburbilduz, ondo lo egiteko arauak hauek lirateke:

- Egun osoan elikadura orekatua egin, dieta askotarikoa, eta elikagaiak neurrian hartuta.
- Animalietatik datozen proteinak jan, behar adina karbohidrato edukitzeko, eta kaltzio eta magnesiodun elikagaiak jan.
- Elikagai kitzikatzailerak saihestu.
- Oheratu baino bi ordu lehenago ondo afaldu. Afari oparoak saihestu, baina ez baztertu afaria.
- Likidoen kontsumoa murriztu arratsaldeko azkeneko orduetan, gauean ez esnatzeko.



Konpromisoa euskara biziberritzeko

Iaz Bilbo-Basurtu ESlan izandako esperientziari jarraituz, euskara biziberritzeko tailerrak egin dituzte Santutxuko eta Gaztelekuko osasun-zentroetan. Parte-hartzaileen gogoetak bildu ditu Osatuberrik, tailerren nondik norakoak xehatzeko.

Urte eta erdi dela piztu zen txinparta. Euskararen eguna gertu zela, euskara lan-hizkuntza bilakatze-ko proposamenak egitera bultzatu zituzten Bilbo-Basurtu ESlan, lehiaketa baten bidez. Handik ateratako ideietatik abiatu zen euskararen biziberritze-tailerra, zeinak Osakidetzaaren aitortza jaso baitu gerora.

Bi helburu nagusirekin jarri zuten martxan tailer hura. Batetik, langileak elkarrekin euskaraz gehiago aritzea; horretarako hiru mugarri ezarri zituzten: beldurak kentzea, baliabideak lortzea eta hizkuntza erabiltzeko motibazioa hobetzea. Eta, bestetik, zen-

bait lanpostu funtzioaletako langileen parte-hartzea bultzatzea, izan asistentzialetakoak nahiz administrazio-koak. Arlo horietako langileek, egunero, lan harremanak izaten zituzten elkarrekin era batera edo bestera. Bazuten elkarren berri, eta horrek erraztu egingo zuen proiektua.

Lehendabiziko aldi hartan, elkarrekin zerikusi handirik ez duten bi unitate asistentzialek hartu zuten tailerren proba pilotua abian jartzeko konpromisoa: Zazpikaleetako Osasun Zentroa eta Basurtuko Unibertsitate Ospitaleko Larrialdi Pediatrikoetako Unitatea. Hiru alor landu zituzten meto-

dologia aldetik. Alde batetik, laneko egoerak jarri zituzten adibideztat, langileen artean gertatzen diren ohiko egoerak, haiek rol bidez imitatze-ko. Beste alde batetik, langileen arteko harreman informaletako gaiak landu zituzten, mintzapraktika eginez. Eta, beste alde batetik, terminologia eta esapideak landu zituzten.

Zazpikaleetan hamabost langilek hartu zuten parte, eta zortzi saio egin zituzten maiatzean eta ekainean. Datu nabarmena ondorioak aztertze-ko garaian bildu zuten: langileen arteko euskararen ahozko erabilera % 25etik % 31ra igo zela egindako ebaluazioaren arabera.

Basurturi dagokionez, bi talde egin zituzten. Bata, oinarritzakoa, rol-jokoen bidez landua, eta bestea, aurreratu, euskara-maila oneko langileek osatua.

Iazko esperientzia hari lekukoa hartuta, biziberritzeko tailerrak egiten aritu dira udaberri honetan Santutxuko Karmelo eta Bilboko Gaztelekuko osasun-zentroetan. Gaztelekukoan



egindako tailerrean aritu dira Pilar Gonzalez eta Iratxe Martinez administrari laguntzaileak eta Violeta Gonzalez de Audicana medikua, Patxi Alaña *Iberba Aholkularitzako* dinamizatzailearen gidaritzapean. Maiatzean hasi ziren, eta asteazkenetan egin dituzte: «Bost saio egin ditugu, ordubetekoak», zehaztu du Alañak. Bi taldetan banatu ziren, eta harrerako langileak, erizainak eta medikuak bildu ziren haietara.

Tailerrean parte hartzeko pausoa borondatez eman zutela dio Martinezek: «Aurkitu dugun baldintza onena da lanorduetan egin ahal izan dugula, eta horrek erraztu egin dizkigu gauzak». Horrez gain, garrantzi handia eman dio lantokian bertan egin izanari. Gainera, uste du tailerren praktiktasunak jendeari bultzatzen diola parte hartzera: «Teoriarekin kokoteraino gaude, eta, gainera, adin honetan zertarako dugu teoria?».

Gustura daude saioak izan duen funtzionamenduaz. Vegak azpimarratu du hiztegia asko landu dutela, eta alor guztiak ukitu dituztela: «Erizaintza, medikuntza... Oso baliagarria izan da». Ez hori bakarrik, saioetan izandako giroa ere azpimarratu du Martinezek: «Harreman ona dugu, eta ezberdina zatekeen beste nonbait egin behar izan bagenu. Agian, gai-

nontzekoek zer pentsatzen duten jakiteak kezkatuko gintuen».

Alaña tailerren gidariak, berriz, esperientzietatik zerbait aldatu dela uste du: «Ibili beharrean hemengo bi ikastarotara batera joaten, motibazioa taldean sortzen ahalegindu gara egunero elkarrekin daudenen artean». Hala, horretatik probetxu handiagoa atera dezaketela uste du. Bakoitzaren helburu eta gaitasunen diagnostiko bat ere eginga dute, eta, halaber, gogoeta bat, partaideek lankideekin izan beharreko jardunaren inguruan.

«Oso saio baliagarriak»

Santutxuko Karmelo osasun-zentroko esperientzia ere «polita» izan dela nabarmendu du Joana Urrutia erizainak. Han hartu du parte hark, eta oso baliozkoa suertatu zaiela iritzi dio, lankideen artean «oso harrera ona» izan duelako proposamenak: «Orain, gure artean euskaraz mintzatzen gara, eta lotsa galdu dugu. Errepikatze-ko moduko bizipena izan da».

Santutxuko kasuan ere, bi taldetan banatu ziren tailerreko kideak. Urrutiaren esanetan: «Goizez edo arratsaldean lan egiten dugunez, bi talde egin genituen, eta lanaldiaren hasieran edo amaieran egiten genituen saioak». Gaztelekuko langileek bezala,

Urrutiak ere balio handia eman dio tailerrak antolatzeko moduari, eta gehien gustatu zaion gauzen artean jo du tailerrak lantokian bertan egin ahal izatea: «Hala ez dugu denborarik galtzen beste toki batera joaten».

Hobekuntza nabaritu du tailerrean hasiz geroztik. Haren esanetan, euskarak lantokian duen presentzian eragina izan du egitasmoak: «Gutxienez orain badakit lankideen artean nork egiten duen euskaraz, eta zer moduz moldatzen den». Dioenez, horrek euren artean tarte batez euskaraz aritzeko modua emango die, «presiorik gabe».

Pilar Gonzalez, Iratxe Martinez eta Violeta Gonzalez de Audicanarekin batera aritu da Pedro Silva, Gaztelekuko zentroan. Harrerako langilea da, eta haren esanetan mintzapraktikaz gain hiztegia landu izanak egin du aberasgarri tailerra: «Medikuntza arloko hitzak landu ditugu; halaxe hartu dugu *mandibula* esan beharrean *matrailezurra* esateko ohitura». Gero, lankideekin emandako pausoa ere eskertu du: «Harreran asko egiten dugu euskaraz, baina medikuekin eta erizainekin dugun harremana ia beti gazteleraz da. Horri esker, gero eta gehiago egin dugu». Hala, Silvak dio euskara sustatzeko helburua bete dela: «Ausardia gehiagorekin aritzen gara orain».



Estibalitz Cabezón Etxebarria

Bilbo-Basurtuko ESIko erizaina

«Abestea kirol bat egitea bezalakoa da; diafragma lantzen ez baduzu, sasoia galtzen da»

Noizean behin pazienteek abesteko eskatzen dioten arren, Estibalitz Cabezonek (Bilbo, 1973) agertokira igotzen denean erakusten du nolakoa den bere ahotsaren indarra. Ez da erraza Basurtuko Unibertsitate Ospitalean egiten dituen erizain-lanak musikarekin uztartzea, baina, bere bi pasioak dituenetz, dena egitera iristen da.

Nola hasi zinen kantatzen?

Txikitatik izan dut musika inguruan. Gogoan dut amak *Haurtxoa sehaskan* abestia kantatzen zidala, eta hori izan zen ikasi nuen lehenengo kanta. Gerora, txistua jotzen hasi nintzen, baina oinarrizko musika-ikasketarik izan gabe. Hori dela eta, 12 bat urterekin solfeoan hastea erabaki nuen. Orduan hasi nintzen serioago kantatzen; izan ere, irakasleek ahots ona nuela esaten zuten eta potentzial hori indartzera animatzen ninduten. 16 urte inguru nituenean kantu-ikasketak egitera joan nintzen kontserbatoriora, eta, hala, salto handia eman nuen nire ibilbide profesionalen.

Nolakoa izan zen salto hori?

Niretzat musika zaletasuna izan da beti. Ongi kantatzeko nahia izan dut, baina inolako presiorik gabe. Nire helburua ez zen sekulako abeslaria izan eta afizio hori ofizio bilakatzea; nik abesten ikasi nahi nuen, eta gauzak ahalik eta ondoena egin.

Zer estilotako abestiak kantatzen dituzu?

Hainbat estilotako kantuak abesten ditut; musika erlijiosoa askotan, bai-

na baita opera, zarzuela eta euskal kantak ere.

Kontserbatorioan ahots-teknikako ikasketak egiten ari zinen bitartean, erizaintza ikasten hasi zinen unibertsitatean. Nola uztartzen zenituen bi ikasketak?

Egia esan oso zaila da musikako karrera bat beste ikasketa batzuekin uztartzea, dedikazio handia eskatzen baitu. Niri asko gustatzen zitzaidan egiten ari nintzena, eta horrek asko errazten ditu gauzak. Egun osoa okupatuta neukanez, ongi antolatzen ikasi nuen, eta une bakoitzari ahalik eta zuku gehiena ateratzen.

Orain ere erizain-lanak musikarekin uztartzen dituzu. Zer moduz moldatzen zara?

Agendara begira egoten naiz etengabe. Argi daukat abesten jarraitu nahi dudala eta horretarako lankideei ordu-aldaketak eskatu behar izaten dizkiet. Abesbatzetan izan ditudan zuzendariak ere askatasun handia eman didate. Beti ulertu izan dute zein den nire egoera, eta abestiak nire kabuz ikasteko aukera izan dut.

Erizaina eta abeslaria izateaz gain, irakaslea ere bazara...

Musikako ikasketak amaitu nituenean, irakasle izateko praktikak egin nituen. Nik erizaina izan nahi nuen, baina, arazoren bat izanez gero, irakaskuntza aldera jotzeko aukera izatea interesgarria iruditzen zitzaidan. Azkenean osasun-arloan suertatu zitzaidan lana, eta irakaskuntza abesbatzan aplikatzeko aukera izan dut. Kantarien ahotsak hobetzeko, oinarrizko zenbait eskola ematen dizkiet.

Oso agertoki garrantzitsuetan aritu zara, Bilboko Arriaga antzokian hasi eta San Petersburgoraino. Ba al dago bereziki oroitzen duzun agertokirik?

Leku guztiak dira bereziak, baina agertoki bat aipatzekotan Meridako antzoki erromatarra esango nuke. Harrigarria zen hango akustika, aho-tsa txoko guztietara iristen baitzen ahalegin handirik egin gabe. Oso esperientzia polita izan zen.

Aurrera begira, zein da zure helburua?

Hobetzen joatea da nire helburua. Ahots-teknikako irakasle bat dut, eta haren klaseetara joaten naiz oraindik ere. Abestea kirol bat egitea bezalakoa da; muskulua lantzen ez baduzu —kasu honetan diafragma—, sasoia eta jarduteko gaitasuna galtzen dira. Hori dela eta, argi daukat lanean jarraituko dudala.

HITZ GURUTZATUAK (Bagabiga)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

Ezkerretik eskuinera

1. Ipar Euskal Herrian, pistolak. 2. Nafarroako herria, Aezkoan. Gorputzaren zati batez edo gauzaki baten bidez, zerbaiten gainaldea iritsi. 3. Esparru edo bide bateko sarbidea eragotzeko zurezko haga edo haga-multzoa. Asiako errepublika. 4. Zalantzan jarri. Sexu eme. 5. Bokalik meheena. Zintzo, ondradu. Ez eme. 6. Errepikatuz, txori mota. ... izan, gogoratu, oroit. Roentgen. 7. Urtaro beroa. Atso bihurtu. 8. Haurren hizkeran, ura. Hitzorduak. 9. Barrundiako kontzejua. Kez bete, keztatu. 10. Aireportu txikia.

Goitik behera

1. Zaldiaren umea. 2. Bizkaieraz, zaletasun. Udaldi, uda parte. 3. Ipar Euskal Herrian, sendo. Asiako ipar-mendebaldeko ibai luzea. 4. Kristautasuna ez den erlijio batean sinesten du, jentil. Garai, aldi. 5. Oxigenoa balio du. Jalgi, irten. Anno Domini. 6. Lutezioaren ikur kimikoa. Artzibarreko herrixka. Kontsonantea. 7. Eguzki. Tisiak jota dago. 8. Solasaldiaren harian, amore ematen dela edo adierazteko erabiltzen den hitza. Leinuaren arbaso eta babeslezat hartzen den irudia, tabu eta gurtzagai dena. 9. Parte. Bizkaieraz, puska, zati. 10. Oilarraren oihua.

ANAGRAMA GEZIDUNAK (Bagabiga)

Soluzioen anagramak dira azalpen gisa emaniko hitzak edo hitz antzekoak.

EZKARAIO		ZERUAK		BIKOA		LOLE		BARATZE		LIZEOAK
AZTORE		ITEGIA		ZT				TIPOL		
						PELE				
						ESNAITU				
GUREKIDKILE										
KINA				ZOLIKA						
				BELKOR						
BAZARO							OTI			
MERTI							LUZEKI			
					IZUTI					
					NUAMA					
IO			MOSK					AA		
AS			ITOA					ARIA		
		AUTOAK							RIN	
		PEU								
ULUKIA	ZETINENE									AN
	UK									
						LINA				
PAU				ERRAKA						

SUDOKUA

9x9-ko laukian hutsik dauden gelaxkak bete behar dituzu, 1etik 9ra bitarteko zenbakiak idatziz, eta kontuan izanik zenbaki bakar bat ere ez dela bi aldiz azaltzen errenkada eta zutabe berean, ezta dagokion 3x3-ko laukian ere.

2				6	5	1		
								4
					8		3	2
	2			9				7
	6						4	
8				5			1	
1	4			9				
3								
		8	4	3				5

ASMAKIZUNA

Amak bi ditu, aitak ere bai,
semeak bat ere ez eta alabak hiru.
Zer da?

2	8	4	3	6	5	1	7	9
7	5	3	1	2	9	6	8	4
9	1	6	7	4	8	5	3	2
4	2	1	6	9	3	8	5	7
5	6	9	8	1	7	2	4	3
8	3	7	2	5	4	9	1	6
1	4	5	9	7	2	3	6	8
3	7	2	5	8	6	4	9	1
6	9	8	4	3	1	7	2	5

A	E	R	O	D	R	O	M	O	A
E	T	U	R	A		K	E	T	U
M	A	M	A		Z	I	T	A	K
U	D	A		A	T	S	O	T	U
K	U	O	O		R	O	I	T	A
I		O	N	E	S	T		A	R
D	U	D	A	T	U		A	L	U
L	A	N	G	A		I	R	A	K
A	R	I	A		U	K	I	T	U
Z	I	Z	P	O	L	E	T	A	K

	K	A	B	L		B			
O	R	E	Z	T	A	E	P	E	L
N	A	I	K	R	O	L	A	Z	E
Z	A	R	B	O	A	I	T	O	
M	I	T	E	R			U	I	Z
					O	M	S	K	A
S	A				O	K	A	T	U
A	K	U	I	L	U	N	E	Z	I
U	P	A			A	K	E	R	A

Asmakizunaren erantzuna: A.



LO EGITEKO PILULAK NOLA UTZI: POLIKI, BAINA PAUSOKA

Lo egiteko pilulak ez dira bizitza osorako tratamendua.

- **Mendekotasuna** sor dezakete.
- Gainera, erorikoak, istripuak eta oroimen-galerak izateko arriskua areagotzen dute; adinekoetan, bereziki.

Aspalditik hartzen ari bazara, **uzteko momentua izan liteke**. Zure osasunagatik. Zure ongizateagatik.

Zaila iruditu arren, **posiblea da**. Osasun-profesionalen laguntzarekin, nahi baduzu:

- **Ez utzi bat-batean; pixkanaka-pixkanaka** baizik.
- **Poliki baina pausoka egin behar da. Jarraibide baten arabera.** Dosia apurka apurka joan behar da gutxitzen; 10-24 aste iraun dezakeen prozesua izan ohi da. **Hemen duzu adibide bat.**
- Horrela, ez duzu berriz insomniorik izango.

Hobeto lo egiten lagunduko dizkizuten ohiturak eskuragarri dauzkazu i-botikaren “Insomnioa amesgaizto bihur ez dadin” izeneko fitxan.

LO EGITEKO PILULAK UZTEKO JARRAIBIDE-EREDUA							
> Jarraibide hauek osasun-profesional baten laguntzaz betetzea gomendatzen dizugu <							
ASTEAK	Astelehena	Asteartea	Asteazkena	Osteguna	Ostirala	Larunbata	Igandea
1 eta 2 Hasi	●	●	●	●	●	●	●
3 eta 4	●	●	●	●	●	●	●
5 eta 6	●	●	●	●	●	●	●
7 eta 8	●	●	●	●	●	●	●
9 eta 10	●	●	●	●	●	●	●
11 eta 12	●	●	●	●	●	●	●
13 eta 14	●	●	●	●	●	●	●
15 eta 16	●	●	●	●	●	●	●
17 eta 18	●	●	●	●	●	●	●
19	○	○	○	○	○	○	○
20	○	○	○	○	○	○	○
21	○	○	○	○	○	○	○
22	○	○	○	○	○	○	○

● Dosia osia ● Dosia erdia ● Dosia laurdena ○ Eg hartu