

Gaceta Médica de Bilbao

Revista Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Información para profesionales sanitarios
Official Journal of the Bilbao Academy of Medical Sciences. Information for health professionals.
Bilboko Mediku Zientzien Akademiaren aldizkari ofiziala. Osasun langileentzako informazioa.

Vol. 114, No. 1, enero-marzo 2017
Vol. 114, No. 1, January-March 2017
114. Libur. 1. Zenb. 2017ko Urtarrila-Martxoa

Publicación incluida en:
BIRENE, BN, BNCS, CCBP,
CIBCHACHO (Argentina), CIN-
DOC, Excep, Med,
IMBIOMED (México), IME/
Índice Médico Español, Inguma/
Euskaltzaindia, Latindex, NIWI,
U.S. LC, U.S. NLM (NLMUID
7505493), U.S. UnR, SCOPUS,
Scirus y SCIENCE DIRECT

Euskaraz dagoen lehen
aldizkari zientifiko biomedikoa

Decana de las revistas
médicas de España.
Fundada en 1894





“En IMQ son rápidos en hacerme pruebas, en el diagnóstico, en todo. Y eso para mí es fundamental”

Joseba Artetxe
CLIENTE DE IMQ

La mayor red sanitaria, sin esperas.

Sin copagos (excepto psicoterapia)

Con importantes descuentos:

- ▶ 15% en 2016, 10% en 2017 y 5% en 2018 para nuevos clientes que contraten antes del 31/12/2016.
- ▶ 5% para pólizas con 4 personas y 10% para más de 4.
- ▶ 4% por forma de pago anual.

Tu seguro médico desde 45,68 €/mes

IMQ PROFESIONALES SANITARIOS

902 20 21 50 imq@imq.es imq.es

 **IMQ**
Tu seguro médico

GACETA MÉDICA DE BILBAO



BILBOKO
MEDIKU ZIENTZIEN
AKADEMIA
ACADEMIA DE
CIENCIAS MÉDICAS
DE BILBAO

Revista Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Director

Ricardo Franco Vicario

Jefe de redacción

Julen Ocharan Corcuera

Secretaria de redacción

María Elena Suárez González

Consejo de redacción

Carmelo Aguirre
Ignacio Antépara
Carlos de la Riva
M.^a Carmen N. Espinosa Furlong
Juan Gervás
Juan Carlos Ibáñez de Maeztu
Nerea Leal
Arsenio Martínez Álvarez
Gregorio Mediavilla Tris
Vicente Piñeiro
Alfonso Rodríguez Fernández
Juan José Zarranz Imirizaldu

Felisa Aizpurua
Jacinto Bátiz Cantera
Juan José Díaz Franco
Ricardo Franco Vicario
Juan I. Goiria Ormazabal
Itziar Ibarra
Adrián Hugo Llorente
M.^a J. Martínez Bengoechea
Rosa Inés Muñoz González
Guillermo Quindós Andrés
Lorenzo Rodríguez González

Luis Alciturri
Carmen de la Hoz
Santiago Eguiraun
Isidoro García Sánchez
Fco. Javier Goldaracena
Jesús Iturralde
M.^a José López de Goikoetxea
Juan Carlos Maté
Julen Ocharan Corcuera
Alfredo Rodríguez Antigüedad
M.^a Elena Suárez González

Comité editorial internacional

Anestesia y Reanimación

Juan Heberto Muñoz, D. F. México

Cirugía Digestiva-Oncología

Xavier de Aretxabala, Santiago, Chile

Farmacología Clínica

Patrick du Souich, Montreal, Canadá

Hipertensión

Alberto Zanchetti, Milán, Italia

Nefrología

Ricardo Correa-Rotter, D. F. México

Odontología Pediátrica

Ana B. Fucks, Univ. of Hadassa, Israel

Virología

Luc Montaigner, París, Francia

Cardiología

Carlos Morillo, Canadá

Cirugía Vascular y Angiología

Gregorio Sicard, Washington, EE. UU.

Gastroenterología

Henry Cohen, Montevideo, Uruguay

Medicina Interna

Salvador Álvarez, Mayo Clinic, EE. UU.

Neurología

F. Barinagarrementeria, México

Psiquiatría

Manuel Trujillo, Nueva York, EE. UU.

Ciencias de la Alimentación

Flaminio Fidanza, Perugia, Italia

Economía de la Salud

Victor Montori, Mayo Clinic, EE. UU.

Hematología

Alejandro Majlis, Santiago, Chile

Medicina del Trabajo

Pierre Brochard, Burdeos, Francia

Odontología

Enrique Bimstein, U. Florida, EE. UU.

Radiodiagnóstico

Ramiro Hdez., Ann Ridor, EE. UU.

Comité editorial (presidentes de las secciones)

Alergología

Pedro Gamboa

Análisis Clínicos

Mikel Longa

Anestesia y Reanimación

[En proceso de nombramiento]

Biología

Çinta Altés

Cardiología

Andrés Bodegas

Ciencias de la Alimentación

Javier Aranceta

Cirugía General-Laparoscopia

Carlos Pérez

Cirugía Plástica

Francisco J. García Bernal

Cirugía Vascular y Angiología

Ángel Barba

Comunicación Sanitaria

Alvaro Ortega Altuna

Cuidados Paliativos

Jacinto Bátiz

Dolor (Tratamiento del)

María Luisa Franco

Economía de la Salud

Arturo Rodríguez

Educación Médica

Jesús Manuel Morán

Endocrinología

Amelia Oleaga (SEDYNE)

Estudiantes de Medicina

Iñigo Arroyo

Farmacia

Juan del Arco

Gastroenterología

Maite Bravo (Gastro. Vizcaína)

Geriatría

Arantza Pérez Rodrigo

Ginecología y Obstetricia

Álvaro Gorostiaga

Hematología

José Antonio Márquez

Jóvenes y MIR

Adrián H. Llorente

Medicina del Trabajo

Juan Ignacio Goiria

Medicina Deportiva

José Antonio Lekue

Medicina Familiar

[En proceso de nombramiento]

Medicina Física y Rehab.

Eva Lomas

Medicina Interna

[En proceso de nombramiento]

Medicina Legal y Forense

Francisco Etxeberria

Médico-Taurina

José Luis Martínez Bourio

Nefrología-Hipertensión

Julen Ocharan Corcuera

Neumología

[En proceso de nombramiento]

Neurofisiología

Carmen Bilbao

Neurología

Juan José Zarranz Imirizaldu

Odontología

Alberto Anta

Oftalmología

Juan Durán

Oncología Médica

Guillermo López Vivanco

Otorrinolaringología

Carlos Saga (SVORL)

Pacientes

Juan José Rodríguez]

Pediatría

Jesús Rodríguez

Psicosomática

Isabel Usobiaga

Psiquiatría

Fernando Marquínez Bascones

Radiología/Diag. por la Imagen

Arsenio Martínez Álvarez

Relaciones institucionales

Juan I. Goiria

Reumatología

Olaia Fernández Berrizbeitia

Salud Laboral

Alfonso Apellaniz

Salud Pública

Enrique Peiró (Socinorte)

Salud y Medio Ambiente

Enrique García Gómez

Toxicomanías

Javier Ogando

Traumatología

Eduardo Álvarez Irusteta

Urgencias

Patricia Martínez

Urología

Ander Astobieta

Vacunas

Lucila Madariaga

Valoración del daño corporal

Alberto Pascual Izaola

Veterinaria

Ramón A. Juste

Contacto

® Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.
C/ Lersundi 9, 5.º. C. P. 48009 Bilbao. Bizkaia. España. Tel.: +(34) 94 423 37 68.
Web: www.acmbilbao.org. E-mail: academia@acmbilbao.org

Envío de artículos a Gaceta Médica de Bilbao: gacetamedica@acmbilbao.org
Web de la Gaceta Médica de Bilbao y normas de publicación: <http://www.gacetamedicabilbao.eus>

SUMARIO CONTENTS AURKIBIDEA

Gaceta Médica de Bilbao



BILBOKO
MEDIKU ZIENTZIEN
AKADEMIA
ACADEMIA DE
CIENCIAS MÉDICAS
DE BILBAO

Volumen 114. Número 1. Enero-marzo 2017
Volume 114. Number 1. January-March 2017
114. liburukia. 1. Zenbakia. 2017ko Urria-Abendua

Editorial / Editorial / Editoriala

Discurso del Lehendakari con motivo del centenario del Colegio de Médicos de Bizkaia 1
Speech of the Lehendakari on the occasion of the centenary of the College of Physicians of Bizkaia
Lehendakariaren hitzaldia. Bizkaiko Medikuen Elkargoaren Mendeurrena

Iñigo Urkullu Renteria

Discurso del alcalde de Bilbao con motivo del centenario del Colegio de Médicos de Bizkaia 3
Speech of Bilbao's mayor on the occasion of the centenary of the College of Physicians of Bizkaia
Bilboko alkatearen hitzaldia. Bizkaiko Medikuen Elkargoaren Mendeurrena

Juan Mario Aburto

Discurso del presidente del Colegio de Médicos de Bizkaia con motivo del centenario colegial 5
Speech by the president of the College of Physicians of Bizkaia on the occasion of the centenary of the institution
Erakunde honen mendeurrenagatiko Bizkaia-ko Medikuen Elkargoaren lehendakariaren diskurtsoa

Cosme Naveda

Original / Original article / Originala

55 urtetik gorako ikasleen onura psikologikoa Euskal Herriko Unibertsitateko Esperientzia-Geletan 9
Mejoría psicológica en alumnos mayores de 55 años que acuden a las aulas de la experiencia en la UPV/EHU
Psychological improvement of over 55 years old students that attend the university for older people at the University of the Basque Country

Naiara Ozamiz-Etxebarria, Miren Agurtzane Ortiz-Jauregi

Revisión / Review / Berrikuspen

El paciente en diálisis peritoneal 15
The patient in peritoneal dialysis
Dialisi peritoneala gaixoaren

Julen Ocharan-Corcuera, María del Carmen Natalia Espinosa-Furlong, Antonio Méndez-Durán

Nota histórica / Historic note / Ohar historikoa

Hospital de Jesús. Desde 1524 en funcionamiento 22
Hospital of Jesus. Since 1524 in operation
Jesusen Ospitalea. 1524tik funtzionamenduan

Julen Ocharan-Corcuera, María del Carmen Natalia Espinosa-Furlong

Artículo especial / Special article / Berezia artikulan

- Relación de las actividades de la ACMB en el curso 2015-2016** 27
List of activities of the Academy of Medical Sciences of Bilbao in 2015-2016
Medikuak 2015-2016 ikasturteko Bilboko Zientzia-Akademiaren jardueren erlazioa
Redacción

- Crónica de la III Jornada de Actualización en Patología Mamaria** 35
Chronicle of the Third Conference on Breast Pathology Update
Ugatz-Patologiako III. Gaurkotze Jardunaldiko Kronika
José Antonio López-Ruiz

- Vídeo-conferencia sobre hipertensión arterial en hemodiálisis** 38
Video-conference on arterial hypertension in hemodialysis
Hemodialisiko hipertentsio arterialaren gaineko bideo-konferentzia
Ricardo Franco-Vicario, Julen Ocharan-Corcuera, Rosa Inés Muñoz-González

Crítica de libros / Book review / Liburu-kritika

- Literatura y Medicina en la obra del profesor Luis Sánchez Granjel** 40
Literature and Medicine in the work of Professor Luis Sánchez Granjel
Literatura eta Sendagaia Luis Sánchez Granjel irakaslearen lanean
Pedro Gorrotxategi Gorrotxategi

Nota de seguridad / Pharmaceutical note / Segurtasun oharra

- Antivirales de acción directa en el tratamiento de la hepatitis C: evaluación del riesgo (...)** 42
Direct-acting antiviral interferon-free regimens to treat chronic hepatitis C: risk of hepatitis B reactivation
Hepatitis C tratatzeko ekintza zuzena duten birus-contrako medikamentuek: (...)
Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

- Canagliflozina y riesgo de amputación no traumática en miembros inferiores** 45
Canagliflozin and risk of lower extremity non-traumatic amputations
Kanagliflozina eta beheko kideengan ebakitze ez traumatikoaren arriskua
Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

- Riesgo de formación de depósitos cerebrales asociado a la administración de agentes de contraste con gadolinio** 47
Risk of brain deposits associated with the administration of gadolinium contrast agents
Gordailu zerebraleko eraketaren gadolinioarekiko kontraste agente administrazioarekin lotutako arriskua
Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios



Especialistas

en comunicación sanitaria y en la difusión de
congresos de ciencias de la salud desde 1996

Oficinas centrales. Plaza de San José 3, 1.º dcha. 48009 Bilbao (Bizkaia). Tel.: (+34) 94 423 48 25.

E-mail: info@docorcomunicacion.com. Web: <http://www.docorcomunicacion.com>

Bilbao | Madrid | Vitoria-Gasteiz | México | Brasil

Discurso del Lehendakari con motivo del centenario del Colegio de Médicos de Bizkaia

Speech of the Lehendakari on the occasion of the centenary of the College of Physicians of Bizkaia

Lehendakariaren hitzaldia. Bizkaiko Medikuen Elkargoaren Mendeurrena

Texto del discurso del Lehendakari, Iñigo Urkullu, en el acto de celebración del centenario del Colegio de Médicos de Bizkaia, celebrado en el Palacio Euskalduna de Bilbao, el 17 de febrero de 2017.

Herri agintariok, Elkargoaren presidente eta arduradunok, Elkargoetako kideok, Elkargo guztien, Kontseiluko presidente eta ondorengoak, jaun andreok, gabon. Zorionak eta eskerrik asko zuen gonbidapenagatik.

Ohore bat da Bizkaiko Medikuen Elkargoaren mendeurrenean parte hartzea. Zorioneko sentitzen naiz, hemen zuekin, osasun-sistema publiko bikaina lortu duen herrialde baten Lehendakaria izanez.

Aitortzen ditut zuen balioak, bokazioa eta ibilbidea. Mediku lanbidearen funtsezko balioak, deontologia eta kode etikoa babesten duzue. Zuen lan ona nabarmendu nahi dut: beren bizitza bokazio honi eskaintzen dioten pertsonak zaintzen eta haietaz arduratzen aritzen zarete. Zainketa-lanetan ari direnak zaintzen, hain zuzen ere.

Es un honor participar en la celebración del Centenario del Colegio de Médicos de Bizkaia. Han sido cien años decisivos en la historia de la medicina. El Colegio no ha estado solo. Se ha visto acompañado por la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, la más veterana del Estado; la sección de Medicina de la Sociedad de Estudios Vascos-Eusko Ikaskuntza; los inicios del actual Igualatorio Médico Quirúrgico en 1934; el primer Gobierno Vasco con la Universidad en el Hospital Civil de Bilbao y la Facultad en el Hospital de Basurto; la Facul-



tad de Medicina abierta en 1968; o la puesta en marcha del servicio público vasco de salud, Osakidetza.

Bai, 1983garren urtean, Osakidetza sortu zen. Gaur egun, Euskadin bertan eta Euskaditik kanpo erreferentziazkoa den osasun-zerbitzu publiko bat dugu. Babes hori Osakidetzak erakutsi duen maila profesional bikainari esker lortu duelari. Osakidetzaren aldeko apustua

berresten dugu. Aurten ere, aurrekontuetan baliabide gehiago izango ditugu oinarritzko zerbitzu publikoa bermatzeko.

Contamos con un servicio público vasco de salud de referencia dentro y fuera de Euskadi. Ha sido una apuesta liderada por el Gobierno, fundamentada en el respaldo social gracias al excelente nivel profesional de Osakidetza.

Muchas personas profesionales de Osakidetza celebran hoy el Centenario de su Colegio. Volvemos nuestra mirada al pasado para honrarlo y ponerlo en valor y con esa misma fuerza y compromiso trabajamos en el presente. Afrontamos retos que necesitan que demos lo mejor:

- Adaptar la profesión a un mundo cada vez más globalizado y cambiante.
- Garantizar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios ante los avances tecnológicos y farmacéuticos.
- Facilitar la participación de la ciudadanía en la mejora continua del servicio.
- Favorecer el envejecimiento activo de la población.

Soy paciente, en el doble sentido, y estoy convencido de que con trabajo, perseverancia y colaboración vamos a lograr superar estos retos. Nuestro Gobierno también este año incrementará el presupuesto destinado a la salud en Euskadi, un servicio esencial de nuestro estado de bienestar.

Gaur milaka medikuen lana eta bokazioa aitortzen dugu. Pertsona guzti hauen izenean Rafael Matesanz

doktoreak ondo merezitako esker ona jaso du. Transplanteen Erakundearen sortzailea da. Berari esker asko ikasi dugu konpromiso horretaz, eta gure ere, egin dugu.

En representación de todas y de todos los profesionales, dedico unas palabras al Doctor Matesanz, quien hoy recibe un merecido homenaje y reconocimiento. Creador de la Organización Nacional de Trasplantes y responsable de la misma durante 28 años. Su modelo lidera las tasas de donantes en el mundo. Con Rafael Matesanz hemos aprendido mucho de este compromiso. No es casualidad que en Euskadi 9 de cada 10 familias respondan positivamente a la propuesta de donación de órganos. Eskerrik asko eta zorionak Matesanz doktorea.

Felicito al Colegio de Médicos de Bizkaia por su excelente salud teniendo en cuenta su avanzada edad: 100 años. Conozco y reconozco sus valores, trayectoria y buen hacer. Han contribuido ustedes a salvaguardar los valores fundamentales de la profesión médica, la deontología y el código ético.

Destaco el buen hacer del Colegio, cuidando a quienes cuidan, atendiendo a las personas que dedican su vida a ejercer esta vocación.

Zorionak bihotzez eta eskerrrik asko.

Iñigo Urkullu Renteria
Lehendakari

Discurso del alcalde de Bilbao con motivo del centenario del Colegio de Médicos de Bizkaia

Speech of Bilbao's major on the occasion of the centenary of the College of Physicians of Bizkaia

Bilboko alkatearen hitzaldia. Bizkaiko Medikuen Elkargoaren Mendeurrena

Texto del discurso del alcalde de Bilbao, Juan Mari Aburto, en el acto de celebración del centenario del Colegio de Médicos de Bizkaia, celebrado en el Palacio Euskalduna de Bilbao, el 17 de febrero de 2017.

Lehendakari, agintariok, jaun-andreok, arratsalde on guztioi. Buenas tardes a todas y a todos.

Ezertan hasi aurretik, zorionak Bizkaiko Medikuen Elkargoari lehen mendeurren honengatik, eta eskerrik asko guzti-guztioi ospakizun honetara etortzeagatik.

El año pasado tuve el inmenso placer de acudir como Alcalde de la Villa a esta Celebración Anual del Colegio de Médicos de Bizkaia, que en esta ocasión adquiere un significado muy especial, al conmemorarse el primer centenario de esta ilustre institución.

Son 100 años desde que inició su andadura, como acabamos de ver hace un momento, de la mano de don Enrique de Areilza, el “médico de los mineros”, cuyo recuerdo permanece incólume en la memoria colectiva de Bilbao, del conjunto de la Zona Minera y de Bizkaia entera.

Del doctor Areilza nos queda también, como parte del ADN de esta institución colegial, la defensa a ultranza de la dignidad de la profesión médica, que conlleva también la defensa a ultranza de la dignidad de todas las personas usuarias de los servicios médicos y sanitarios.

En el fondo, se trata de una reivindicación presente desde los tiempos de Juan Martínez de Gondra, el primer médico titular de la Villa, en el siglo XVI, pero con la



puesta en marcha del Colegio de Médicos de Bizkaia, se consiguió que esa reivindicación fuera poco a poco satisfecha, con la legitimidad y el respaldo de los 300 profesionales que integraban entonces esta entidad.

Según he leído, ahora sois más de 7.000... ¡una verdadera multitud!

El doctor Areilza fue también presidente de la Aca-

demia de Ciencias Médicas de Bilbao, de la mano del alcalde y médico Agustín Obieta.

Y de la mano de Areilza como director inició su andadura el Hospital de Basurto, donde impulsó de forma decidida la docencia y la formación de los futuros profesionales, sentando las bases sobre las cuales el Gobierno del Lehendakari Aguirre creó, 20 años después de su muerte, la primera Facultad de Medicina de la Universidad Vasca.

Dignidad y formación... Duintasuna eta prestakuntza, garai guztietarako eta lanbide guztietarako balio duen konbinazio egokia...

Nire ustez, ez dugu erremedio edo sendabide berririk behar, gaur egungo gazteen etorkizuna ilundu duen krisi larria gainditzeko.

Bizkaiko Medikuen Elkargoa sortu zen garaian ere, duela ehun urte, Europa eta mundu osoa krisi betean murgilduta zeuden: Lehen Mundu Gerra, Errusiako Iraultza, Otomandar Inperioaren suntsiketa...

Orduko komunikabideetan ere krisia zen hitz nagusia... baina gure medikuek erremedio egokia aurkitu zuten: duinasuna eta prestakuntza; gaur egungo gazteei gomendatzen diegun formula berbera.

Y esa misma fórmula magistral de dignidad y formación, que tan adecuadamente han sabido desarrollar durante estos 100 años cuatro generaciones enteras de médicos, es también aplicable a nuestra labor como responsables políticos.

Como alcalde de Bilbao, me comprometo a seguir trabajando para impulsar entre nuestros jóvenes esos valores de siempre, dignidad y formación, que son los que nos han permitido avanzar y superar todos los retos a

los que nos hemos tenido que afrontar como sociedad, que no han sido pocos: guerra, dictadura, represión, exilio, desempleo, terrorismo, contaminación, crisis industrial, catástrofes naturales...

Porque todos esos retos nos han convertido en expertos... expertos en superar crisis y obstáculos... entre todas y todos. Con dignidad y formación...

Y también me comprometo a seguir trabajando desde el Ayuntamiento de Bilbao, con la colaboración indispensable de toda la profesión médica, para mejorar y preservar este sistema de asistencia sanitaria público-privada que disfrutamos en Euskadi y que nos coloca en posiciones de vanguardia internacional.

En nombre de todos los bilbainos y bilbainas, eskerrik asko, muchísimas gracias a todas y cada una de las 7.000 personas que integráis el Colegio de Médicos de Bizkaia por vuestra dedicación, vuestro esfuerzo y vuestros cuidados.

Y, cómo no, enhorabuena por este primer centenario de la entidad, cien años de mejora continua, de dignidad y formación, con las personas como centro y razón de ser de vuestra profesión.

Euskaraz esaten dugun moduan, katea ez da eten.

Lehengo ahaleginen emaitzak oparoak dira, baina ziur nago etorkizunak erronka eta arrakasta berriak ekarriko dizkizuela, medikuntzaren eta gaurgeroko bilbotarren eta bizkaitar guztien mesedetan.

Eskerrik asko.

Juan Mari Aburto
Bilboko Alkatea



Discurso del presidente del Colegio de Médicos de Bizkaia con motivo del centenario colegial

Speech by the president of the College of Physicians of Bizkaia on the occasion of the centenary of the institution

Erakunde honen mendeurrenagatiko Bizkaia-ko Medikuen Elkargoaren lehendakariaren diskurtsoa

Texto del discurso del presidente del Colegio de Médicos de Bizkaia, Cosme Naveda, en el acto de celebración del centenario de esta institución, celebrado en el Palacio Euskalduna de Bilbao, el 17 de febrero de 2017.

Lehendakari, alcalde, rectora de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, rector de la Universidad de Deusto, presidentes y presidentas de los colegios profesionales sanitarios de Bizkaia, presidentes y presidentas de los colegios de médicos de España que, con motivo de la Asamblea del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos que celebraremos mañana en la sede de nuestro Colegio, habéis tenido la deferencia de acompañarnos esta noche; autoridades, colegas, amigos y amigas todos. Permitidme reiterar nuestro agradecimiento por haber aceptado la invitación a compartir esta fecha tan especial para el Colegio de Médicos de Bizkaia.

En primer lugar quiero dirigirme a todos los integrantes de las diferentes Juntas Directivas de nuestro Colegio que estáis aquí presentes: a los que habéis formado parte desde 2001, el año que accedí a la presidencia, y a los que fuisteis parte del equipo de gobierno en legislaturas anteriores. Gracias por vuestro trabajo y por vuestro compromiso con la casa de todos los médicos de Bizkaia. También gracias a vosotros y vosotras, las personas del equipo de trabajo del Colegio de Médicos de Bizkaia, por vuestra entrega profesionalidad y buen hacer.

Quisiera también dedicar un momento a la memoria de aquellos que han formado parte de la medicina de nuestro territorio histórico y de nuestro Colegio y que, a pesar de no estar ya entre nosotros, siguen presentes en nuestro pensamiento y en nuestros corazones.

Dr. Rafael Matesanz, Rafa: quiero agradecerte que hayas aceptado nuestro VI Premio al Compromiso con la Salud, que no creas que se lo damos a cualquiera, ¿eh? Te lo mereces por haber sido un ejemplo de compromiso, eficiencia, eficacia y magnífica gestión. En este momento en el que dices que te jubilas, que con tu perfil no termino de creérmelo del todo, quiero desearte lo mejor en esta nueva etapa que se abre ante ti. Tienes toda nuestra gratitud.

Querido amigo Juanjo: creo que lo mejor que puedo decirte para agradecerte estos ocho años de presidencia de la Organización Médica Colegial y todos los anteriores de trabajo sin descanso y de compromiso pleno con la profesión más bonita del mundo, es que continuamos en la brecha. Cuentas con la promesa de que seguiremos trabajando para preservar los logros obtenidos y alcanzar nuevas metas. Sabemos, que allá donde vayas, seguirás adelante con el mismo entusiasmo y valentía a la hora de defender tus convicciones. Puedes estar seguro de que el Colegio de Médicos de Bizkaia seguirá siendo igualmente leal a quien te va a suceder, lealtad que se traducirá en la garantía, querido amigo Serafín, de que tanto cuando nuestro posicionamiento sea convergente como divergente, seguiremos yendo de cara.

Esta tarde nos hemos reunido aquí para conmemorar



el resultado de una decisión que los colegas que nos precedieron tomaron hace cien años. En aquel momento, llegaron a la conclusión de que era necesario asociarse para organizar la profesión y a los profesionales que la componían y crearon el Colegio de Médicos de Bizkaia. Un siglo después, lo seguimos contemplando del mismo modo. El Colegio sigue siendo para nosotros igual de necesario que para aquellos que lo fundaron. Evidentemente, a lo largo del tiempo, se ha tenido que ir adaptando a la realidad del momento y reorientando su visión, pero los objetivos principales se mantienen: el Colegio está aquí para apoyar a los profesionales de la medicina, para defender y potenciar el profesionalismo médico y siempre, buscando el mayor bien de los pacientes. Y todo ello desde una clave científica, ética y deontológica.

En este sentido, para poder ser eficaz, cualquier agrupación debe establecer unas reglas y un marco de actuación que todos sus miembros están obligados a acatar. Ese marco es el que determinará los límites de actuación y los criterios éticos gracias a los cuales se podrá controlar el desempeño de cada uno de los profesionales con el fin de garantizar su buen hacer. Los médicos debemos regirnos por el concepto del profesionalismo, entendido éste como el conjunto de principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan nuestro compromiso de servicio a la ciudadanía a través de la promoción de un bien social preferente como es la salud. Y el colegio de médicos es el garante del cumplimiento de ese compromiso. Es la asociación que obliga a sus miembros a autorregularse más allá de las normas establecidas por la legislación ordinaria, el que garantiza que nuestro contrato con la sociedad se cumple y el que vigila la buena praxis, tanto en lo que respecta al desempeño clínico como a la aplicación de nuestro código de deontología.

Y es precisamente, en referencia a la competencia, donde vamos a tener que hacer frente, a corto y medio plazo, al reto que ya se nos ha presentado: el de la recertificación.

Como primer paso, y con la Organización Médica Colegial como núcleo central, los Colegios de Médicos hemos puesto en marcha la Validación Periódica de la Colegiación, proceso que nosotros consideramos voluntario, pero cada vez más necesario, y que certifica la vida laboral del médico, su aptitud en las esferas física y psíquica y la buena praxis.

El siguiente paso al que nos obligan las directivas europeas pero, sobre todo, nuestra propia convicción y compromiso con nuestros pacientes, es el de garantizar que mantenemos en un nivel óptimo las competencias específicas que nos cualifican para el ejercicio profesional. Para ello, será necesario diseñar un modelo de recertificación.

A partir del diseño del marco de conocimientos necesarios y de su posterior evaluación, por parte de las Sociedades Científicas, los Colegios de Médicos debemos ser parte activa indispensable en todo el procedimiento como vehículo a través del cual se llevará a cabo. Posteriormente, la administración competente, autonómica o central, será la que validará de forma oficial el procedimiento. Si los Colegios de Médicos, corporaciones de derecho público de implantación nacional, independientes de cualquier poder político y económico, reclamamos nuestra participación es porque lo que se estará certificando será la competencia de aquéllos cuya profesionalidad es nuestra misión avalar y monitorizar.

La medicina es, desde hace mucho tiempo, la profesión mejor valorada en nuestro país. El nivel de confianza que nuestros pacientes han depositado en nosotros nos ha colocado en la primera posición con la nota más alta.

Pero esto no debe hacernos caer en la autocomplacencia, porque lo que esta sociedad necesita y reclama son médicas y médicos bien capacitados para llevar a cabo su labor; ardua empresa debido al vertiginoso ritmo evolutivo de la medicina. Y esta labor debe desempeñarse siempre en las mejores condiciones: en aquellas para las que el profesional se ha formado y se ha orientado: la atención al paciente, la investigación o la docencia, sin la incertidumbre que le crea una situación de precariedad.

En el momento actual, la eventualidad, la inestabilidad, una excesiva rotación y el próximo recambio generacional son algunos de los graves problemas a los que nos enfrentamos los profesionales médicos y sanitarios y que pueden poner en peligro el sistema público de salud tal y como deseamos que sea. A esto, hay que añadir el progresivo encarecimiento de la sanidad, el elevado precio de los procesos terapéuticos y los nuevos medicamentos. Y si el sistema sanitario se sigue sosteniendo es en gran parte gracias a la implicación de los propios profesionales, que nos esforzamos y estamos comprometidos en el desempeño de nuestro trabajo. Si queremos seguir asegurando a la población el acceso a una sanidad pública de calidad, con la equidad como



pilar básico, y a una sanidad privada de calidad, deberemos seguir implicándonos todos y todas, tanto a nivel individual como colectivo.

Y una vez más, desde el Colegio de Médicos de Bizkaia, nos ofrecemos para colaborar con la administración pública y las empresas privadas en la búsqueda de soluciones. Debemos trabajar conjuntamente, especialmente en este momento en el que estamos a las puertas del relevo generacional más grande al que se haya enfrentado hasta el momento la sanidad vasca.

En la próxima década, el número de médicos y médicas que alcanzarán los 65 años y se verán próximos a la jubilación es cuatro veces mayor al de los profesionales de la medicina que han cumplido esa edad en los últimos diez años.

Ahora que estamos a tiempo, debemos pensar en cómo queremos acometer ese relevo y cubrir esas vacantes. Este es el momento de diseñar un modelo mejor, adecuando la oferta de formación MIR a las necesidades auténticamente reales para la población.

Además, sería un despilfarro imperdonable que no fuésemos capaces de explotar el enorme capital científico y el potencial que encierran nuestros médicos jóvenes por no haber sabido adaptar el modelo sanitario. Ahora es el momento para hacerlo y garantizar la estabilidad a los profesionales que forman parte del sistema. Porque esta estabilidad redundará, sin duda alguna, en beneficio de los pacientes.

Me consta, por una reunión mantenida con el consejero hace exactamente dos días, este miércoles pasado, que estas reflexiones que he expuesto están también en su cabeza y en su agenda. Sailburu, me congratulo de ello y vuelvo a tender nuestra mano.

Si en el Colegio de Médicos de Bizkaia hemos dado un paso adelante y nos manifestamos públicamente

sobre estas cuestiones es porque consideramos que estamos legitimados para ello.

Porque además de ser un referente para sus colegiados, un colegio de médicos debe ocupar el lugar que le corresponde en la comunidad como grupo de influencia al que le avala la autoridad que emana del conocimiento. Debe ser líder de opinión, dar a conocer su postura y ofrecer asesoramiento de forma proactiva cada vez que sea necesario. La búsqueda del mayor bien para sus pacientes debe hacerle colocarse en posición de vanguardia ante sus colegiados, las instituciones y la ciudadanía sin esperar a que se reclame su participación.

Y hablando de nuestros pacientes... realmente, ¿sabemos qué es lo que nos demandan? ¿Qué esperan de nosotros?

Pues bien, hace casi tres años, nuestro Colegio organizó el I Congreso Nacional de Deontología Médica. Una de las cuestiones básicas a debatir fue nuestro compromiso para seguir mejorando en la relación médico-paciente.

Cuando comencé a reflexionar sobre esta cuestión, que es la que elegí para mi intervención en la clausura de ese congreso, me pregunté: “¿Te ven tus pacientes como tú quieres que te vean? ¿Crees que has establecido con ellos la relación que consideras que es la mejor?” Y me di cuenta de que todas las respuestas que pudiera darme a mí mismo, estarían elaboradas exclusivamente desde mi imaginación y mi visión, sesgadas. Así que pensé: “¿Por qué no le pregunto a alguno de ellos?”

Como sabéis, soy médico de familia, así que a la mañana siguiente, en la consulta, abordé a una paciente con la que me une una corriente especial de simpatía y le pedí: “¿Estarías dispuesta a escribir una [carta a los Reyes Magos](#) pidiéndoles que te traigan tu médico ideal? Di cómo te gustaría que fuera.”

Ella aceptó mi propuesta y a los pocos días volvió a la consulta y me trajo la carta. Permitidme que la comparta ahora con vosotros.

Un gran reto, ¿no os parece? Pues éste, nada menos, es el desafío al que nos enfrentamos, día a día, los que en su momento elegimos la medicina. Porque ser médica o médico es trabajar cada día para ser un buen profesional. Es ponerse del lado del que sufre y querer ayudarle. Ser médico es saber acoger, saber escuchar, saber mirar,

saber comprender, saber responder, saber decidir y saber actuar. Es intentar curar a nuestro paciente y, si no podemos, aliviarle y cuidarle.

Muchas gracias. Eskerrik asko danori.

Cosme Naveda
Presidente del Colegio de Médicos de Bizkaia



55 urtetik gorako ikasleen onura psikologikoa Euskal Herriko Unibertsitateko Esperientzia-Geletan

Naiara Ozamiz-Etxebarria, Miren Agurtzane Ortiz-Jauregi

Euskal Herriko Unibertsitateko Medikuntza eta Erizaintza fakultateko irakasleak. Neurozientzia departamentuko. Psikiatria saila.

2017ko urtarrilaren 24an jasota; 2017ko urtarrilaren 30ean onartuta

GILTZA-HITZAK

Hezkuntza.
Pertsona nagusiak.
Bizi-itxaropena.
Ongizate psikologikoa.

Laburpena:

Aurrekariak: Gaur egun, gero eta urte gehiago bizi gara. Urte gehiago bizi garen heinean, beharrezkoa da nagusientzako osasuntsua eta kalitatezkoa den bizitza lortzea. Pertsona nagusietariko asko erretiraturik daude eta, horregatik, garrantzitsua da horientzako gu-
neak sortzea eta gizartean integratzea.

Helburuak: Ikerketa honen helburua honakoa da: unibertsitateak, pertsona nagusien egoera emozionala hobetzen duela frogatzea. Hipotesiaren oinarria honetan datza: Euskal Herriko Unibertsitateak dituen esperientzia-gelek hobetu egiten dutela ikasleen bizi-kalitatea.

Metodoa: Euskal Herriko Unibertsitateko esperientzia-geletako 55 urtetik gorako 63 ikasle ebaluatu zituzten BSI (Brief Symptom Inventory) bitartez. Datu soziodemografi-koak ere bildu zituzten.

Emaitzak: Gure emaitzek erakusten dutenez, esperientzia-gelek ikasleen osasun mentala hobetzen dute. Emaitzetan faktore desberdinek eragiten dute.

Onorioak: Beraz, bizi-itxaropena igotzen doanez, garrantzitsua da ekonomia eta gizartea ere eraldatzea. Pertsona nagusientzako errekurtsioak sortu behar dira, erretiratu badira ere, osasun fisiko eta psikologiko oso ona dutelako. Isolamenduari aurre egin behar zaio eta osasun mentaleko arazoei aurre egin behar zaie, kalitatezko bizitza izan dezaten.

© 2017 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

PALABRAS CLAVE

Educación.
Personas mayores.
Esperanza de vida.
Bienestar psicológico.

Mejoría psicológica en alumnos mayores de 55 años que acuden a las aulas de la experiencia en la Universidad del País Vasco

Resumen:

Antecedentes: Hoy en día la esperanza de vida está aumentando. Por ello, es importante que las personas mayores tengan una mejor calidad de vida y una vida más sana. Muchas de estas personas mayores están jubiladas, y por eso, es importante crear espacios

para ellos e integrarlos en la sociedad.

Objetivos: El objetivo de esta investigación es demostrar que la universidad mejora el estado emocional de las personas mayores. La hipótesis es que las aulas de la experiencia de la Universidad del País Vasco mejoran la calidad de vida de los alumnos.

Método: Se evaluaron 63 alumnos mayores de 55 años de las aulas de la experiencia con el BSI (Brief Symptom Inventory). También se recogieron los datos sociodemográficos de éstos.

Resultados: Como muestran nuestros resultados, las aulas de la experiencia mejoran la salud mental de los alumnos. En estos datos influyen diferentes factores.

Conclusiones: Como la esperanza de vida está aumentando, es importante transformar la economía y la sociedad. Hay que crear recursos para las personas mayores, ya que la mayoría aunque se hayan jubilado, siguen estando en muy buen estado físico y psicológico. También hay que hacer frente al aislamiento y a los problemas de salud mental, para que tengan una buena calidad de vida.

© 2017 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Psychological improvement of over 55 years old students that attend the university for older people at the University of the Basque Country

Abstract:

Background: Increased longevity is a worldwide phenomena. As people live more, it is necessary to ensure a satisfying and healthy life for them. Moreover, as the number of older people is higher, there is a higher amount of people out of the working life and there is a need of choices to spend the leisure time and there is a need of social inclusion, against the risk of isolation. Retirement, as a transition time, can be differently considered by people.

Objective: The aim of the study was to measure the emotional condition in a group of elderly students, basing on the hypothesis of which these persons improve in this aspect thanks to the effect that produces in them the experience of the University for people aged over 55 years in the University of the Basque Country.

Method: 63 people, over 55 years old students attending the University of the Basque Country in Bilbao, were evaluated their psychological symptomatology by the Brief Symptom Inventory (BSI). Socio-demographic data were also collected.

Results: Our results suggest that University for over 55 years may improve mental health or people attending them. These data should be considered as a summation of multiple factors.

Conclusion: So, as life expectancy is increasing, population ageing is a major global trend and there is a need for transforming economies and societies around the world, we think it is important to continue creating resources for old people since most of them at retirement age still have very good physical and psychological health, in order to help to prevent isolation, mental health problems and promote wellbeing in later life.

© 2017 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

KEYWORDS

Education.
Longevity.
Education.
Psychological well-being.

Sarrera

Munduko populazioa zahartzen ari da eta 2050 urterako, 60 urtetik gorako jendea bikoiztu egingo da (United Nations, 2015). Gainera, Europa da 60 urtetik gorako jende gehien duen kontinentea. Bizi-itxaropena asko igo da eta, segundoro, bi pertsonen betetzen dituzte 60 urte (UNFPA, 2012).

Beste alde batetik, zahartzea erronka bada ere, jendea zioriontsuago bizi da adinarekin (Frijters et al., 2012), kontrakoa pentsatzen badugu ere. Ikerketa batzuek erakusten dutenez (Carstensen et al., 2011), jendea nagusitzen doan heinean hobetu egiten dira emozioen erregulazio gaitasuna, egonkortasun emozionala eta ongizatea.

Gizartean gertatu den pertsona nagusien gorakadarekin, gero eta erretiratu gehiago dago, aisialdirako denbora gehiagorekin (Kinsella & Wan, 2009). Horregatik, garrantzitsua da pertsona horientzako errekurtsu gehiago sortzea, zahartze osasuntsua izan dezaten, eta gizartean parte-hartze aktiboa izan dezaten (GO, 2016).

Depresioa eta antsietatea dira pertsona nagusiengan osasun mentaleko arazo larrienak, baina, hala ere, oraindik ez dira gehiegi diagnostikatzen, eta ez dira ondo tratatzen (Burroughs et al., 2005), eta pertsona nagusiak isolamendu arriskuan daudenez, depresiorako joera gehiago izaten dute. Tratamendu farmakologikoak depresioari aurre egiteko gehien erabiltzen diren arren, ikusi da farmakologiakoak ez diren tratamenduak eraginko-

rrak direla pertsona nagusiengan. Horregatik, garrantzitsua da pertsona nagusien parte-hartzea bultzatzen duten errekurtsuak sortzea (Laidlaw, 2015).

Erretiroa trantsizio-garaia izan daiteke pertsona nagusi askorentzat. Gure gizartean lanak duen garrantzia kontuan izanda, horren galera estresagarria izan daiteke (Buendía, 1994). Erretiroan pertsonak jarduera gutxiago du, eta gainera, zahartzaroaren hasierarekin lotutako garaia da. Horregatik, zahartzaroan egoera berriei aurre egiten ikasi behar da, rol berriei eutsi behar zaie eta jada bete ezin daitezkeen rol horiek ordezkatu (Pérez Ortiz 2006). Gainera, gizarte-sareak ere gutxitu egiten dira, eta horregatik isolamendurako joera gerta daiteke (Téllez Rivera, V. eta Reyes Montoya, D. 2004). Estresa eragiten duten aldagai horiek direla eta, oso garrantzitsua da pertsona nagusientzako espazio sozialak sortzea.

Azkenengo hamarkadetan, ekimen desberdinak sortu dituzte herrialde askotan jendea erretirorako prestatzeko. Ekimen horietan, aisialdirako denbora, familia-harremanak eta bizi-ziklo berria lantzen dituzte. Programa horiek emaitza oso onuragarriak izaten dituzte eta parte-hartzaileek oso positiboki baloratzen dituzte, lasaia sentituz eta esku-hartze horietatik efektu positiboak lortuz (Midanik et al., 1994).

Erretiratzea poztasun eta askatasun garaia izan daiteke askorentzat, baina beste zenbait ordea, galdurik eta isolaturik senti daitezke lana amaitzen zaienean, lana haien bizitzako rol garrantzitsuena izan delako eta haien identitatea sortu duelako (Skoknik 1998). Badirudi gizona izaten direla, normalean, egoera horren aurrean zaurgarrienak, beraien gizarte-sarea txikitzen delako (UNFPA, 2012). Horregatik, errekurtsu sozial berriak izateak bizitza asetzen laguntzen dute (Rodríguez-Pose & von Berlepsch, 2012). Beraz, garrantzitsua da bakardadeari aurre egiten dioten eta harreman sozialak eta jardura mentala bultzatzen dituzten proiektuak izatea (Lavikainen 2013).

Ikerketa honetan frogatu da unibertsitateko programak lagundu egin dezaketela pertsona nagusien bizi kalitatea hobetzen. Ikerketa batzuek erakutsi dutenez, 55 urtetik gorako pertsonen unibertsitateko programetan parte hartzeko honako arrazoiak dituzte: kultura hobetzea, aktibo sentitzea, zerbait berria egitea, bizitza kalitatea hobetzea eta jende berria ezagutzea (Montoro et al., 2007). Beste ikerketa batzuek erakutsi dutenez, pertsona nagusiei askoz hobeto eta baliagarri sentitzea ekartzen die unibertsitateko ikasketak egiteak. Harrotasun sentimendua ere tartean dago, jardura horiek haien auto-estimua sendotzen baitute (Sancho et al 1997).

Euskal Herriko Unibertsitatean, unibertsitate-kultura Euskal Autonomia Erkidegora zabaltzeko proiektu bat dago: “Esperientzia-gelak”.

Gizarte Zientzietako titulua da “Esperientzia-gelak” eta 55 urtetik gorako pertsonen zuzenduta dago; bai erretiratuak bai etxean lan egin duten pertsonak. Bete behar duten baldintza bakarra 55 urte baino gehiago izatea da. Esperientzia-gelen bitartez, ikasleek, irakasgai desberdinak lantzen dituzte eta, gainera, baliagarria zaie

gizarteratzeko, pertsona bezala aberasteko eta osasun mentala hobetzeko. Lau urte irauten du jarduerak, eta ikasleek gizarte zientzietako gai desberdinak ikasten dituzte: historia, psikologia, artea, politika eta abar.

Ikerketa honen helburu nagusia da erakustea “Esperientzia-gelak” pertsona nagusien osasun mentala hobetu dezaketela. Hipotesi nagusia honakoa da: esperientzia gelen bitartez, 55 urte baino gehiago duten ikasleen sintoma psikologikoak hobetzen direla.

Metodoak

Parte-hartzaileak

Ikerketan EHuko esperientzia-geletako 63 ikasle hartu zuten parte. 63 ikasle testa bete zuten eta 45k birtesta. Ikasle guztiak ados egon ziren ikerketan parte hartzearekin.

Materialak

Sintoma psikologikoak, BSI (Brief Symptom Inventory) (Derogatis et al., 2000) erabiliz neurtu ziren.

Galdetegi soziodemografikoa ere bete zuten. Generoa, adina, egoera zibila, seme-alaba kopurua, elkarbizitza mota eta hezkuntza maila neurtu zituen.

Ebaluazioa

Ikasleek eskolan bete zituzten galdesortak. Testak betetzeko metodologia testa-birtesta izan zen, bi testen artean zortzi hilabeteko tarte utzita. Lehenengo testa, lehenengo mailan zeuden ikasleek bete zuten, ikasturtearen hasieran (2015eko urria), eta bigarren testa ikasle berberei ikasturte amaieran (2016ko maiatza).

Analisi estatistikoak

T Student aplikatu zen kurtso hasieratik amaierara sintoma psikologikoetan aldaketa esanguratsurik zegoen aztertzeko. Korrelazioak ere egin ziren dimentsio desberdinen arteko harremanak aztertzeko.

Emaitzak

Lehenengo taulan test eta birtestari erantzun zioten 45 ikasleren datu soziodemografikoak agertzen dira.

Sintoma psikologikoak

T Student testa aplikatu zen kurtso hasierako eta amaierako sintoma psikologikoak neurtzeko. Bigarren taulan ikusten diren p baloreek ondorengo sintometan hobekuntzak erakutsi zituzten: pertsona arteko sentikortasuna, depresioa, antsietatea, etsaitasuna, antsietate fobikoa eta ideia paranoideak.

Hirugarren taulan aztertu daitezkeen bezala, BSI dimentsioen test-birtest aldaketen artean korrelazio esanguratsuak ikusi ziren.

Hirugarren taulako p balioek erakusten dutenez, psikotizismoaren hobekuntza, somatizazioaren, obsesio-konpulsioaren, pertsona arteko sentikortasunaren, depresioaren eta antsietatearen hobekuntzarekin korrelazionatuta dago; ideia paranoideen sintomen hobekuntza, somatizazioaren, pertsona arteko sentikortasunaren, antsietatearen eta etsaitasunaren

I Taula
Datu soziodemografikoak

Generoa	Emakumeak	%70
	Gizonak	%30
Batez besteko adina	63.4 urte	—
Egoera zibila	Ezkongabeak	%22
	Ezkonduak	%47
	Bananduak/dibortziatuak	%13
	Alargunak	%18
Seme-alaba kopurua	Bat ere ez	%10
	Bat	%71
	Bi	%17
	Bi baino gehiago	%2
Elkarbizitza	Bakarrik	%20
	Bikotearekin	%44
	Familiarekin	%20
Hezkuntza maila	Lehen hezkuntza	%18
	Bigarren hezkuntza	%24
	Lanbide heziketa	%22
	Unibertsitate ikasketak	%36

II Taula
BSI sintometan hobekuntza

BSI dimentsioa	T Student analisi estatistikoa
Somatizazioa	$t(44)=1.1064, p=0.2746$
Obsesio-konpulsiboa	$t(44)=1.4892, p=0.1436$
Pertson arteko sentikortasuna	$t(44)=2.0264, p=0.0488$
Depresioa	$t(44)=2.3865, p=0.0214$
Antsietatea	$t(44)=3.7811, p=0.0005$
Etsaitasuna	$t(44)=3.1323, p=0.0031$
Antsietate fobikoa	$t(44)=2.1653, p=0.0358$
Idea paranoideak	$t(44)=3.4727, p=0.0012$
Psikotizismoa	$t(44)=1.8051, p=0.0779$

sintomen hobekuntzarekin korrelazionatuta dago; etsaitasunaren sintomen hobekuntza, somatizazioaren, obsesio-konpulsiboaren, pertsona arteko

sentikortasunaren, depresioaren eta antsietatearen sintomen hobekuntzarekin korrelazionatuta dago; antsietatearen sintomen hobekuntza, somatizazioaren,

III Taula
BSI test-birtest desberdintasunen arteko korrelazioak

Sintomatologia	Somatizazioa	Obsesio konpultsiboa	Pertsona arteko Sentikortasuna	Depresioa	Antsietatea	Etsaitasuna	Antsietate fobikoa	Idea Paranoideak
Psikotizismoa	r=0.3672, p=0.0131	r=0.3681, p=0.0128	r=0.3682 p=0.0128	r=0.4554, p=0.0017	r=0.2664 p=0.0769	r=0.3833, p=0.0093	r=0.1348, p= 0.3773	r=0.2099 p=0.1663
Idea Paranoideak	r= 0.3645, p=0.0138	r=0.1819, p=0.2316	r=0.3215, p=0.0313	r=0.2214, p=0.1438	r=0.0411, p=0.0050	r=0.3043, p=0.0422	r=-0.0608 , p=0.6914	
Antsietate fobikoa	r=0.2806, p=0.0619	r=0.0701, p=0.6473	r=-0.0058, p=0.9698	r=0.2784, p=0.0641	r=0.1636, p=0.2829	r=-0.0137, p=0.9287		
Etsaitasuna	r=0.4757, p=0.0010	r=0.4234, p=0.0038	r=0.7131, p=0.0000	r=0.6613, p=0.0000	r=0.5186, p=0.0003			
Antsietatea	r=0.3090, p=0.0389	r=0.4515, p=0.0019	r=0.5446, p=0.0001	r=0.5582, p=0.0001				
Depresioa	r=0.6072, p=0.0000	r=0.5888, p=0.0000	r=0.6118, p=0.0000					
Pertsona- teko Senti- kortasuna	r=0.3735, p=0.0115	r=0.5206, p=0.0002						
Obsesio konpultsioa	r=0.1050, p=0.4924							

obsesio-kompultsiboaren, harreman sentikortasunaren eta depresioaren hobekuntzarekin korrelazionatuta dago; depresioaren sintomatologiaren hobekuntza, somatizazioaren, obsesio-kompultsiboaren eta pertsona-arte sentikortasunarekin korrelazionatuta dago; pertsona arteko sentikortasunean hobekuntza somatizazio eta obsesio-kompultsiboaren hobekuntzarekin korrelazionatuta dago.

Eztabaida

Ikerketa honetan, 2015-2016 ikasturtean Euskal Herriko Unibertsitateko esperientzia-geletara joan ziren ikasleak aztertu ditugu. Hobekuntza ikusi dugu kurtso hasieratik amaierara hainbat sintoma psikologikotan: pertsona arteko sentikortasuna, depresioa, antsietatea, etsaitasuna, antsietate fobikoa eta ideia paranoideak era esanguratsuan hobetu dira ikasle horiengan.

Gainera, sintoma horien arteko korrelazioak ikusi ditugu. Sintoma batzuk hobetzea lotuta dagoela besteak hobetzearekin, alegia. Beraz, emaitza hauen arabera, EHUKo esperientzia-gelek ikasleen osasun mentala hobetzen dute.

Gure hurrengo helburua da ikasle hauek urtero

neurtzea lau urteko ikasketetan zehar. Interesgarria izan daiteke aztertea haien sintoma psikologikoa urtero nola hobetzen diren.

Unibertsitateko esperientzia-gelek ez dira interbentzio psikoterapeutiko bat. Hala ere, onura terapeutikoa dituztela uste dugu; esate baterako, haien buruarekin konfiantza handiagoa izaten ikasten dute, beldurra galtzen diete hainbat jardueri, auto-estimua hobekuntza izaten dute, bizitzari zentzua aurkitzen diote eta harremanak hobetzen dituzte.

Aurretik esan dugun bezala, bizi-itzaropena igotzen ari da, pertsona nagusi gehiago dago (Kinsella & Wan, 2009) eta populazioaren zahartzeak munduko ekonomia eta gizartea nabarmen eraldatzea dakar. Horregatik garrantzitsua da pertsona nagusientzako errekurtsioak sortzen jarraitzea, pertsona nagusi askok egoera fisiko eta psikologiko oso ona dutelako adin honetan, eta horri eustea oso garrantzitsua delako. Pertsona nagusien isolamendua gutxitzen duten errekurtsio horiek aurre egin diezaiekete depresioa eta antsietatea bezalako arazo mentalei, eta horiek dira normalean pertsona nagusiek izaten dituzten arazo mentalak, hain zuzen ere (Blazer, 2010; Blazer & Hybels, 2005; Jorm, 2000; Ortiz 2007;

Ozamiz et al. 2006).

Ikerketa honek erakutsi digu 55 urtetik gorakoentzako esperientzia-gelak gaixotasun mentalei aurre egiteko errekurtsioak izan daitezkeela. Horrenbestez, pertsona nagusien osasun mentala eta ongizatea hobetzeko ekimenak izan daitezke.

Finantziazioa

Finantziazorik gabe.

Esker onak

Euskal Herriko Unibertsitateko esperientzia geletako ikasleei ikerketa honetan parte hartzeagatik.

Interes gatazkak

Artikulu honek ez dauka interes gatazkarik.

Bibliografia

- Blazer D., Hybels C. Origins of depression in later life. *Psychological Medicine*. 2005; 35, 1241–1252.
- Blazer, D. Protection from late life depression. *International Psychogeriatrics*. 2010; 22, 171–173.
- Buendía, J. Envejecimiento y psicología de la salud. 1994; Madrid: Siglo XXI Editores.
- Burroughsa H., Lovellb K., Morleyc M., Baldwin R., Burnsd A., Chew-Grahama C. 'Justifiable depression': how primary care professionals and patients view late-life depression? a qualitative study. *Medicine & Health. Family Practice*. 2005; 23, 3, 369–377.
- Carstensen L., Turan B., Scheibe S., Ram N., Ersner-Hershfield H., Samanez-Larkin G., Brooks K., Nesselroade J. Emotional Experience Improves With Age: Evidence Based on Over 10 Years of Experience Sampling. *Psychology and Aging*. 2011; 26(1), 21–33.
- Derogatis, Leonard R.; Savitz, Kathryn L. Maruish, Mark E. The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. *Handbook of psychological assessment in primary care settings*. 2000; 297–334.
- Fritgers P. and Beastton T. The mystery of the U-shaped relationship between happiness and age. *Journal of Economic Behavior & Organization*. 2012; 82, 2-3, 525–542
- Government Office for Science (GO). Future of an Ageing Population. London: Government Office for Science. 2016.
- Jorm, A. F. Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the life span. *Psychological Medicine*. 2000; 30, 11–12.
- Kinsella, K. & Wan, H. US Census Bureau, series P95/09–1, an ageing world: 2009; Washington, DC: US Government Printing Office.
- Laidlaw, K. Cognitive Behaviour Therapy for Older People: An Introduction. 2015; London: SAGE Publications.
- Lavikainen J. Sector Report "Older People from 60 years in various settings" Federal Institute for Occupational Safety and Health. Ozamiz, J. Mental Health Promotion and Prevention Strategies for Coping with Anxiety, Depression and Stress related Disorders in Europe Final Report. 2013.
- Midanik L., Soghikian K., Ransom L., Tekawa I. The Effect of Retirement on Mental Health and Health Behaviors: The Kaiser Permanente Retirement Study. *The Journals of Gerontology*. 1994; 50,1, 59–61.
- Montoro J., Pinazo S., Tortosa M.A. Motivaciones y expectativas de los estudiantes mayores de 55 años en los programas universitarios. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2007; 42(3):158–66.
- Office of National Statistics (ONS) (2016a). Measuring national wellbeing: At what age is personal wellbeing the highest? London, HMSO.
- Ortiz Jauregui, A. Concepts and indicators of positive mental health for policy development- Indicators of Positive Mental Health in Elderly People Oral Communication European Conference on Mental Health-Joining Forces across Europe for Prevention and Promotion in Mental Health. 2007.
- Ozamiz, JA; Aguirregabiria, A; Lureiro, I; Harris, R; Nichols, J; Ortiz, A; Huemme, E; Luetjen, R; Gomes, JC; Hulls, S; Schneider. J Structural indicators of positive mental health In: Lavikainen, J; Fryers, T; Lehtinen, V. (Eds.) Improving Mental Health Information in Europe. STAKES. Mindful. 2006; Helsinki Finland.
- Pérez Ortiz, L. Jubilación, género y envejecimiento. En J. Giró Miranda (Coord.) Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo. 2006; España: Breogán.
- Rodriguez-Pose, A & von Berlepsch, V. Social capital and individual happiness in Europe. *Bruges European Economic Research Papers*. 2012; Department of European Economic Studies.
- Sancho, C., Blasco, M. J., Martínez-Mir, R., Palmero, F. Análisis de la motivación para el estudio en adultos mayores. *Revista Electronica de motivación y emoción*. 1997; 5, 10.
- Skoknik V. Efectos de la preparación psicológica para la jubilación. *Intervencion Psicosocial*. 1998; 7, 1, 155–167.
- Téllez Rivera, V. & Reyes Montoya, D. Jubilación, envejecimiento y espacios alternativos de participación social. 2004; *Revista Santiago*, 104.
- United Nations (UN), Department of Economic and Social Affairs, Population Division . World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper. 2015; No. ESA/P/WP.241.
- UNFPA, United Nations Population Fund and HelpAge International . Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge. 2012; New York.
- Unützer J., Katon W., Sullivan M., Miranda J. Treating depressed older adults in primary care: Narrowing the Gap between efficacy and effectiveness. *Milbank*. 1999; Q. 77(2): 225–256.



El paciente en diálisis peritoneal

Julen Ocharan-Corcuera^a, María del Carmen Natalia Espinosa-Furlong^a, Antonio Méndez-Durán^b

(a) Servicio de Nefrología-Hipertensión. Hospital Universitario Araba. UPV/EHU. Vitoria-Gasteiz. España

(b) División de Hospitales. Coordinación de Atención Integral de Segundo nivel. Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. México

Recibido el 3 de enero de 2017; aceptado el 10 de enero de 2017

PALABRAS CLAVE

Enfermedad renal crónica avanzada.
Diálisis peritoneal.
Hemodiálisis.
Trasplante renal.
Catéter.
Peritonitis.
Revisión.

Resumen:

Se describe la necesidad de la terapia sustitutiva renal de diálisis peritoneal. Se comenta la preparación, la colocación de los catéteres, las diferentes modalidades de diálisis peritoneal, los aspectos técnicos, la adecuación peritoneal, el control de la presión arterial, la anemia y los aspectos nutricionales, la rehabilitación y su ajuste psicosocial y la complicaciones de la DP como infecciosas y de largo plazo. Se comenta la mortalidad y su comparación a hemodiálisis y trasplante renal.

© 2017 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Advanced chronic renal disease.
Peritoneal dialysis.
Hemodialysis.
Renal transplantation.
Catheter.
Peritonitis.
Revision.

The patient in peritoneal dialysis

Abstract:

The need for renal replacement therapy for peritoneal dialysis is described. The preparation, placement of catheters, different types of peritoneal dialysis, technical aspects, peritoneal adequacy, blood pressure control, anemia and nutritional aspects, rehabilitation and its psychosocial adjustment and complications are discussed. PD as infectious and long-term. Mortality and its comparison to hemodialysis and renal transplantation are discussed.

© 2017 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

GILTZA-HITZAK

Aurreratu giltzurrunetako gaixotasun kronikoak.
Dialisi peritoneala.
Hemodialisia.
Giltzurrun trasplante.
Catheter.
Peritonitis.
Berrikuspina.

Dialisi peritoneala gaixoaren

Laburpena:

Giltzurrun ordeztako terapia beharra dialisi peritoneala deskribatu. prestaketa, catheter placement, peritoneal dialisi mota desberdinak, alderdi teknikoak, peritoneo egokitasuna, kontrol odol-presioa, anemia eta elikadura-alderdiak, errehabilitazio eta psikoszialak doikuntza eta konplikazioak eztabaidatu PD epe infekziosoen eta luze jo. eta hilkortasun aldean hemodialisia eta giltzurrun trasplante eztabaidatzen da.

© 2017 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

Introducción

La insuficiencia renal crónica (IRC) conduce a la necesidad de implementar una terapia sustitutiva renal (TSR) ya sea a base de diálisis peritoneal (DP), hemodiálisis (HD) o trasplante renal (TR), cada una de ellas con características específicas, ventajas y resultados distintos¹. El número de individuos que se mantienen vivos con tratamiento de diálisis en Estados Unidos de Norteamérica se sigue incrementando cada año. Hoy en día, unos 350,000 pacientes reciben continuamente un tratamiento con diálisis, de los cuales aproximadamente del 7% al 8% se encuentran en DP, mientras que la gran mayoría se tratan con HD². Sin embargo, la tendencia actual es hacia el incremento de la DP, esta modalidad ha demostrado menor frecuencia de complicaciones infecciosas, menores tasas de internamiento y supervivencia similar a la hemodiálisis³⁻⁶. En México, la DP se realiza en alrededor de 35,000 pacientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, con resultados adecuados⁷.

La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) es la única insuficiencia orgánica importante que tiene como consecuencia una muerte segura si no se realiza el trasplante del órgano; sin embargo, la morbimortalidad asociada a una ERCA sigue siendo elevada. En la medida que se va conoce mejor el proceso de la enfermedad, se obtienen nuevas perspectivas sobre los mecanismos patógenos y se desarrollan nuevas opciones terapéuticas que pueden mejorar la tasa de supervivencia y la calidad de vida de los pacientes con ERCA⁸⁻¹⁰.

I. Necesidad de la terapia sustitutiva renal (TSR)

Se requiere TSR cuando se deteriora el funcionamiento del riñón hasta el punto que la acumulación de los productos de desecho comienza a interferir con las funciones vitales. Conforme se pierde la función renal se producen una serie de alteraciones fisiológicas, muchas de las cuales resultan perjudiciales a largo plazo. La TSR está indicada cuando estos cambios ya no pueden controlarse mediante la medicación y la dieta; la combinación de los parámetros clínicos y bioquímicos son el mejor indicador para el inicio de la terapia.

Se ha definido al deterioro progresivo de la función renal como una nefropatía crónica (NC), en su presencia

se consigue el mejor estado global de los pacientes cuando comienzan un tratamiento adecuado destinado a retrasar la progresión, el control de factores de riesgo los cuales se sabe contribuyen a la morbimortalidad de la nefropatía es indispensable y por otra parte, ante la ERCA, la preparación para el ingreso a la TSR es importante^{11,12}.

II. Preparación para la TSR en DP

1. Planificación del ingreso

La preparación para la diálisis resulta decisiva a la hora de conseguir una transición suave desde el tratamiento de la NC hacia la TSR. La mala planificación de la TSR es la causa principal del aumento de la morbimortalidad al iniciarse las diálisis. Existen estudios que demuestran cómo la referencia tardía influye negativamente en los resultados de la diálisis, un ingreso tardío presupone que el paciente ingresa con peores condiciones clínicas y bioquímicas comparado con el planeado; esta situación parece ser generalizada; en el Reino Unido un 40% de los pacientes referidos al especialista, ingresaron a diálisis en los primeros 4 meses¹³⁻¹⁷.

2. Colocación quirúrgica del catéter de DP

Los catéteres de DP se introducen quirúrgicamente en la cavidad peritoneal. Actualmente se dispone de varios tipos de catéteres (rectos, espirales, semicurvos, curvos, formas mixtas, entre otros de características especiales) y el tiempo que debe transcurrir desde la implantación hasta su uso por primera vez puede variar enormemente, la mayoría de los nefrólogos dejan entre 7 y 10 días antes de usarlo, generalmente se exteriorizan en el momento que se implanta; otros prefieren dejarlo en un túnel subcutáneo durante varios meses antes de ser exteriorizados. Esta opción permite una mejor introducción del catéter en un medio estéril, además de la exteriorización en el momento de la práctica. Los diferentes tipos de catéteres en la figura 1.

La técnica de implantación puede ser percutánea (con guía de alambre, técnica de Seldinger, trócar peritoneal, entre otras variaciones) o quirúrgica (minilaparotomía, o laparoscópica). Cualquiera que sea el método el centro de diálisis debe adoptar la técnica de implantación que mejores resultados le ofrezca¹⁸⁻²⁴.

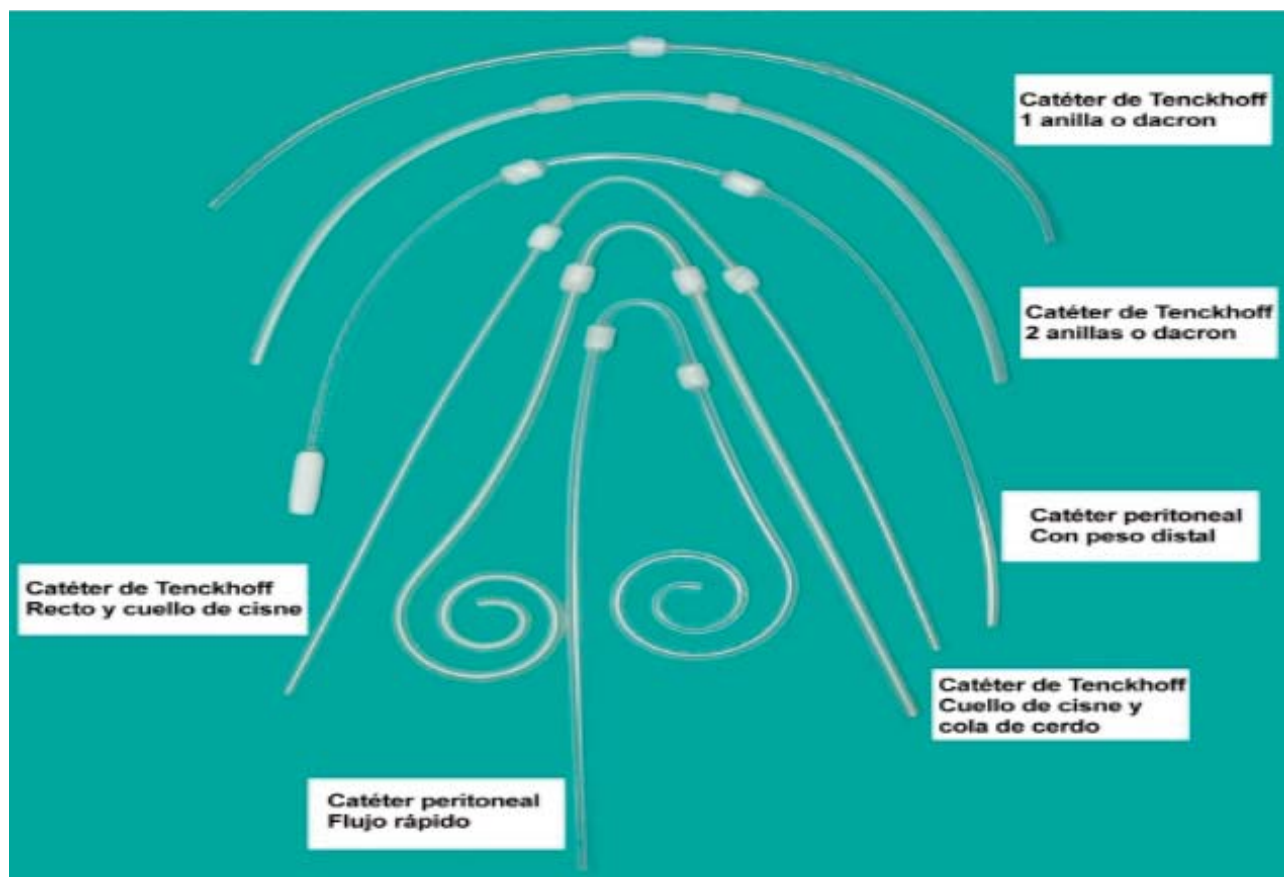


Figura 1. Tipos de diferentes cateteres de diálisis peritoneal.

III. Selección de la modalidad

Los datos actuales sugieren que la DP y la HD proporcionan la misma TSR a la mayoría de los pacientes. La selección de la modalidad debe basarse en las preferencias del paciente, lo que está muy relacionado con las decisiones sobre su estilo de vida. Una educación adecuada y un inicio temprano dentro del transcurso de la NC constituyen las mejores maneras de asegurar que los pacientes sean capaces de tomar decisiones racionales e informadas como la diálisis peritoneal (figura 2).

- a) La diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC), junto con la diálisis peritoneal automatizada (DPA), es utilizada por menos del 15% de los pacientes en diálisis en Estados Unidos. El proceso de drenaje del dializado viejo de la DP y la infusión de un dializado nuevo en la cavidad peritoneal se denomina un recambio. Como los pacientes realizan los recambios de DP en casa, ésta permite que sigan un horario más flexible que la tradicional HD en el centro especializado, ya que los recambios pueden llevarse a cabo casi en cualquier momento; otra ventaja de la DP es que los pacientes residentes en poblaciones alejadas no tienen que desplazarse hasta un centro de diálisis.
- b) La DPA utiliza una máquina para realizar los recambios de diálisis, habitualmente durante la noche, lo que permite que los pacientes tengan una mayor flexibilidad durante el día; resulta especialmente útil para los estudiantes o los niños muy pequeños. La tecnología de las máquinas de DP sigue mejorán-

dose y en la actualidad, tienen casi el tamaño de un gran lector de DVD, otras más sofisticadas son controladas vía remota²⁵.

IV. Terapia de diálisis peritoneal

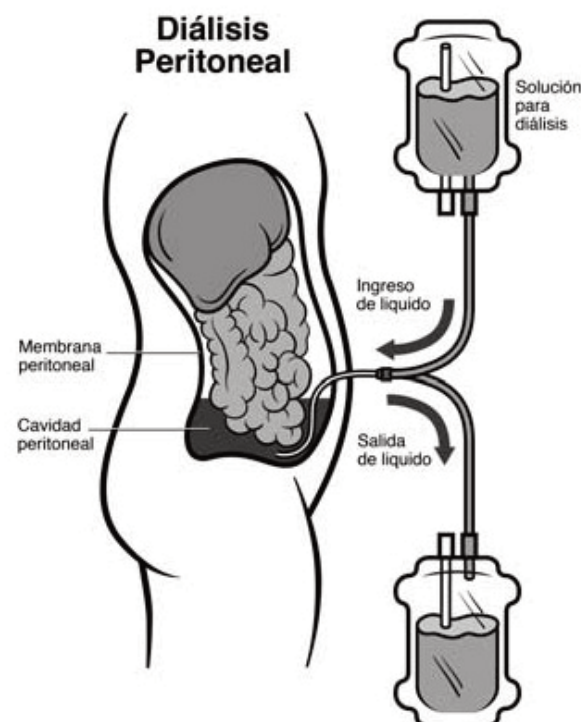


Figura 2. Esquema de la diálisis peritoneal.



Figura 3. Maquina cicladora.

No se puede definir con claridad el momento adecuado para iniciar la diálisis en un paciente. La mayoría de los nefrólogos basan su decisión en los análisis bioquímicos y en la evaluación subjetiva del paciente. Cuando la tasa de filtración glomerular (TFG) cae por debajo de los 10 ml/min, la mayoría de los pacientes requiere iniciar diálisis. Sin embargo, muchos riñones siguen funcionando muy bien hasta que la TFG se acerca a los 5 ml/min. Por norma general, los pacientes con diabetes requieren una intervención más temprana (TFG inferior a 15 ml/min) que quienes padecen nefropatía por otra causa. Claramente, hay que iniciar la diálisis antes de que sean evidentes los síntomas urémicos de neuropatía periférica, encefalopatía, desnutrición o serositis (incluida la pericarditis). Aunque muchas de estas complicaciones se solucionan con una diálisis adecuada, puede resultar muy difícil revertir la neuropatía periférica y la desnutrición. Algunos nefrólogos creen que el inicio temprano de la diálisis mejoraría los resultados a largo plazo, aunque no se ha demostrado que esta afirmación sea cierta²⁶.

1. Aspectos técnicos de la DP

Desde el punto de vista técnico, la DP es mucho menos compleja que la HD. Se deja que fluya una solución estéril de electrolitos y dextrosa (dializado) en la cavidad peritoneal a través de un catéter, implantado previamente, por gravedad o mediante una bomba a baja presión. Después de un tiempo específico (tiempo de permanencia), se drena el líquido de la cavidad peritoneal y se infunde otra vez un líquido nuevo. El revestimiento peritoneal actúa como una membrana semipermeable a través de la cual se produce la difusión. El proceso de infusión y drenaje de los líquidos (recambios) puede realizarse manual (DPAC) o mecánicamente (DPA) (figura 3). En la actualidad se dispone de una nueva solución de dializado sin dextrosa. Entre sus ventajas se incluyen una larga duración de la actividad osmótica debido a su escaso transporte peritoneal y que no se sobrecarga al paciente de glucosa como lo hace la dextrosa del líquido de DP tradicional que se absorbe a través de la membrana peritoneal²⁷.

2. Adecuación de la DP

Debido a que la cantidad de DP que puede administrarse está limitada por la cinética fija de la membrana peritoneal y a la cantidad de dializado que se puede infundir y

transportar sin molestias, parece prudente administrar tanta diálisis como sea razonablemente posible. Para muchos pacientes en DP, la función renal residual desempeña una función vital en su capacidad para conseguir una eliminación adecuada²⁸. La dosis mínima recomendada actualmente para la diálisis administrada a los pacientes en DP es de un $Kt/V \geq 1,7$.

3. Control de la presión arterial (PA)

Al igual que en la HD, el control de la PA resulta importante para el bienestar a largo plazo de los pacientes en DP, muchos de los cuales son capaces de mantener una PA normal si se suprimen los hipotensores; esto se atribuiría al control de la volemia en equilibrio estacionario que se consigue mediante esta modalidad de diálisis continua²⁹.

4. Anemia

La controversia en cuanto al tratamiento óptimo de la anemia en la DP es idéntica a la de la HD. Por lo general se administra EPO por vía subcutánea a los pacientes en DP y a menudo se utilizan agentes estimulantes de la eritropoyesis (AEE), cuya acción en los pacientes en DP dura más, con el objeto de reducir al mínimo la frecuencia de las inyecciones. Se necesita una dosis global más baja de AEE para corregir la anemia en los pacientes en DP, en comparación con los pacientes en HD. Esto refleja parcialmente la diferencia en las vías de administración (la vía subcutánea es más eficaz que la intravenosa) y las pequeñas pérdidas de sangre que se producen durante la HD^{30, 31}.

5. Aspectos nutricionales

La nutrición resulta especialmente importante en los pacientes en DP. Se considera que los requerimientos de proteínas en los pacientes en DP son ligeramente mayores que en los pacientes en HD debido a la pérdida de proteínas en el dializado consumido. Muchos pacientes en DP aumentan de peso durante los primeros 12 a 18 meses. Este fenómeno probablemente se deba a un incremento en la masa adiposa a causa de una ingesta excesiva de calorías, parte de la cual procede del elevado contenido en glucosa de la solución de dializado peritoneal. Sin embargo, los pacientes en DP prolongada, como los pacientes en HD, tienden a perder masa corporal magra. No está claro cómo se relaciona esto con la adecuación de la DP o con los procesos inflamatorios subyacentes³².

6. Rehabilitación y ajuste psicosocial

Aunque la DP permite que cada paciente tenga un mayor control sobre su asistencia sanitaria y un horario de diálisis más flexible, el porcentaje de pacientes en DP de la población activa y el porcentaje de baja no se diferencian de los de la HD (figura 4). En los cuestionarios sobre la calidad de vida, el conjunto de los pacientes en DP califica su calidad de vida de la misma manera que los pacientes en HD. Por desgracia, no existen estudios prospectivos y la variabilidad en la selección de los pacientes constituye el factor principal que determina

estos resultados, los existentes demuestran mayor porcentaje de pacientes en DP se encuentran laboralmente activos (figura 5)^{33, 34}.

7. Complicaciones

Al igual que con la HD, la DP tiene una serie de complicaciones asociadas, que pueden dividirse en infecciosas y a largo plazo. Sin embargo, a diferencia de la HD, la DP inadecuada tiende a provocar una desnutrición y un fallo de la técnica; la pericarditis y la neuropatía periférica son menos comunes, aunque es posible que aparezcan.

- **a) Enfermedad infecciosa.** La peritonitis sigue siendo la complicación más frecuente de la DP. Las mejoras técnicas, incluida la desconexión de los sistemas de «lavado antes del llenado», han reducido la tasa de peritonitis en la mayoría de los centros. La mayoría de los episodios de peritonitis pueden tratarse en las consultas ambulatorias; sin embargo, las infecciones graves requieren la hospitalización y, de vez en cuando, la retirada del catéter, en particular cuando la peritonitis está ocasionada por una infección micótica o por *Pseudomonas aeruginosa*. Las infecciones del orificio de salida también resultan habituales en la DP y normalmente las ocasionan organismos grampositivos. Por lo general, estas infecciones pueden tratarse con antibióticos y un adecuado cuidado del orificio de salida. No obstante, algunas infecciones, en particular las posteriores a una de *Staphylococcus aureus*, pueden requerir la retirada del catéter. Aunque no existe acuerdo sobre el cuidado adecuado del orificio de salida, la mayoría de los expertos están de acuerdo en que el catéter debe salir de la piel en dirección hacia abajo. Las infecciones del túnel normalmente se deben a infecciones del orificio de salida y con frecuencia las causa *S. aureus*. Suele resultar difícil el diagnóstico temprano. Un episodio de peritonitis por el mismo organismo que causa una infección del orificio de salida puede constituir un síntoma de presentación. En algunos centros, la ecografía ha resultado útil para detectar líquido en torno al túnel subcutáneo, lo que indica una infección del túnel, la cual requiere normalmente la retirada del catéter.

- **b) Complicaciones a largo plazo.** Aunque las complicaciones hemodinámicas agudas son menos frecuentes en la DP debido a la naturaleza continua de la técnica, la enfermedad cardiovascular sigue siendo la causa más habitual de muerte. Parece estar justificado el tratamiento agresivo de las dislipidemias, aunque no se dispone de estudios sobre los resultados. También se producen alteraciones de minerales y osteopatía en los pacientes en DP. El aspecto es similar al observado en los pacientes en HD, con una incidencia ligeramente mayor de la osteopatía de bajo remodelado. Asimismo puede producirse amiloide $\beta 2M$ en los pacientes en DP. La enfermedad renal quística adquirida y el cáncer de las células renales parecen tener el mismo aumento de incidencia en la DP que en la HD. Una serie de complicaciones a largo plazo son exclusivas de la DP,

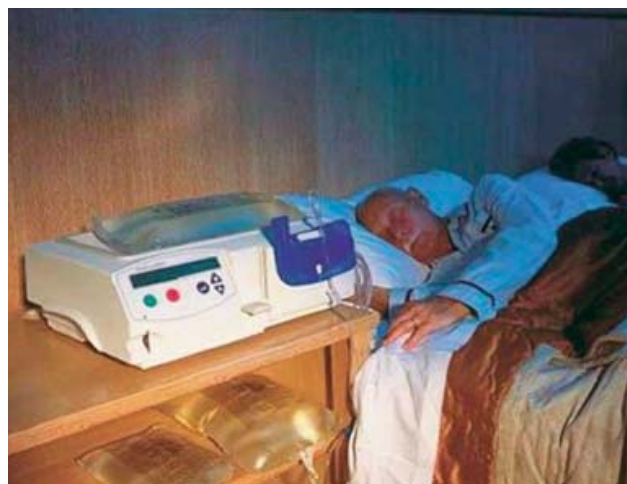


Figura 4. Paciente durmiendo, conectado a su cicladora.

entre las que se incluyen una migración de líquido de DP del espacio peritoneal al espacio pleural o a los tejidos subcutáneos, lo que produce derrames pleurales o hernias, respectivamente. La peritonitis esclerosante que produce una ausencia de ultrafiltración constituye una complicación poco común de la DP; cuando se produce, suele aparecer en el contexto de episodios repetidos de peritonitis. Una causa mucho más habitual de deterioro en los pacientes en DP la constituye la pérdida gradual de la función renal residual, lo que desemboca en una caída de la eliminación total, que a menudo conduce a una diálisis inadecuada³⁵⁻⁴⁵.

V. Mortalidad

A pesar de los avances importantes en el trasplante renal y la tecnología de la HD y la DP, el diagnóstico de la ERCA supone un aumento de la mortalidad en comparación con los controles sanos de la misma edad. Los pacientes que comienzan a dializarse suelen tener numerosas enfermedades concurrentes. Más del 70% de los pacientes tienen hipertensión, el 50 % tiene diabetes, el 45% tiene enfermedad vascular periférica y el 20% tiene insuficiencia cardíaca congestiva. La anemia sigue siendo fre-



Figura 5. Diálisis peritoneal en una embarcación marítima.

cuenta, a pesar de que se presta más atención al tratamiento durante el período previo a la diálisis. Aunque gran parte del aumento de la mortalidad puede estar relacionado con estas afecciones subyacentes, una fracción puede atribuirse directamente a la práctica actual de la diálisis y el trasplante. Cualquiera de los tipos de diálisis sólo proporciona un porcentaje muy pequeño de la eliminación que consiguen los riñones normales. Aunque durante algún tiempo se han empleado las hormonas producidas por el riñón normal, como la EPO y la 1,25-dihidroxi-vitamina D₃, queda por determinar su utilización óptima. Se desconoce la concentración óptima de hemoglobina, así como el uso óptimo de los análogos de la vitamina D y los nuevos calciomiméticos. Recientemente ha quedado claro que la mayoría de los pacientes en diálisis tienen un déficit de 25-vitamina D. Aunque se trata de la vitamina precursora de la hormona en circulación 1,25-dihidroxi-vitamina D, ahora resulta evidente que muchas células del cuerpo contienen la enzima 1-hidroxilasa, y pueden sintetizar la hormona activa para su uso de una manera autocrina. Al estar cada vez más claro que la 25-vitamina D desempeña una función importante en la salud cardiovascular y la actividad inmunitaria, el interés se centra hoy en día en el posible beneficio de la reposición de la vitamina D en los pacientes en diálisis.

- **a) HD frente a DP.** En Estados Unidos, la mortalidad anual a grandes rasgos entre los pacientes en diálisis es aproximadamente del 20% al 22%. Esta cifra es un 25% a un 50% mayor que la descrita en gran parte de Europa y Japón, y ha despertado preocupación sobre la administración de la diálisis en aquel país. No obstante, las diferencias en la mezcla de casos siguen introduciendo cierta confusión en los datos. El riesgo de muerte es mayor en los pacientes con diabetes, así como en los de edad avanzada. Para todas las razas y grupos de edad, la esperanza de vida en diálisis es significativamente más corta que la de la población general. Como ejemplo, un hombre blanco de 45 años en Estados Unidos tiene una esperanza de vida de 32 años en comparación con los pacientes varones blancos en diálisis, cuya esperanza de vida es aproximadamente de 7,4 años. Para una mujer negra, las cifras son similares: 33 años para la población normal frente a 8,4 años en las pacientes en diálisis. No obstante, la mayoría de los estudios que comparan la supervivencia en HD frente a DP han encontrado pocas diferencias en la mortalidad global.
- **b) DP frente a trasplante.** No hay duda de que un trasplante renal exitoso mejora la calidad de vida del individuo y las posibilidades de rehabilitación. Para los pacientes diabéticos y los jóvenes, el trasplante renal también aumenta significativamente la media de la esperanza de vida de quienes padecen una ERCA³⁹⁻⁴⁵.

Bibliografía

- 1 Saran R, Li Y, Robinson B, Ayanian J, Balkrishnan R, Bragg-Gresham J, et al. US State Renal Data System. 2014 annual data report: epidemiology of kidney disease in the United States. *Am J Kidney Dis.* 2015; 66 Suppl 1: S1-S306.
- 2 Becker BN, Stone WJ. Options for renal replacement therapy: special considerations. *Am J Kidney Dis.* 1997; 17:176-87
- 3 Chaudhary K, Sangha H and Khanna R. Peritoneal Dialysis First: Rationale. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2011; 6: 447-56
- 4 Rufino JM, García C, Vega N, Macía M, Hernández D, Rodríguez A, et al. Diálisis peritoneal actual comparada con hemodiálisis: análisis de supervivencia a medio plazo en pacientes incidentes en diálisis en la Comunidad Canaria en los últimos años. *Nefrología.* 2011; 31: 174-84
- 5 Lamas B JM, Alonso SM, Saavedra A JA, Gándara MA. Costes y valor añadido de los conciertos de hemodiálisis y diálisis peritoneal. *Nefrología.* 2011; 31: 656-63
- 6 Rabindranath KS, Adams J, Ali T, Daly C, Vale L, Macleod AM. Automated vs continuous ambulatory peritoneal dialysis: a systematic review of randomized controlled trials. *Nephrol Dial Transplant.* 2007; 22: 2991-8
- 7 Méndez-Durán A, Ignorosa-Luna MH, Pérez-Aguilar G, Rivera-Rodríguez FJ, González-Izquierdo JJ, Dávila-Torres J. Estado actual de las terapias sustitutivas de la función renal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2016; 54: 588-93
- 8 Davies SJ, Woodrow G, Donovan K, Plum J, Williams P, Johansson AC, et al. Icodextrin improves the fluid status of peritoneal dialysis patients: results of a double-blind randomized controlled trial. *J Am Soc Nephrol* 2003; 14: 2338-44.
- 9 Wanner C, Krane V, Marz W, Olschewski M, Mann JF, Ruf G, et al. Atorvastatin in patients with type 2 diabetes mellitus undergoing hemodialysis. *N Engl J Med.* 2005; 353: 238-48.
- 10 Lindberg JL, Moe SM, Goodman WG, Coburn JW, Sprague SM, Liu W, et al. The calcimimetic AMG 073 reduces parathyroid hormone and calcium X phosphorus in secondary hyperparathyroidism. *Kidney Int.* 2003; 63: 248-54
- 11 Dombros N, Dratwa M, Feriani M, Gokal R, Heimbürger O, Krediet R et al. On behalf of the European Best Practice Guideline working group on Peritoneal Dialysis. The initiation of dialysis. *Nephrol Dial Transplant.* 2005; 20 Suppl 9: ix3-IX7
- 12 Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations. NFK K/DOQI. Clinical Practice guidelines for peritoneal adequacy. Guideline 1. Initiation of dialysis. Update 2006
- 13 Adeera, L. Consequences of late referral on patient outcomes. *Nephrol Dial Transplant.* 2000; 15 Suppl 3: 8-13
- 14 Oguz EG, Okyay GU, Merhametsiz O, Ersoz S, Canbakan B, Ayl1. Long-term success with adhesolysis in post-transplant encapsulating peritoneal sclerosis: A retrospective case series of 4 patients and review of the literature. *Intern Med.* 2016; 55: 269-72.
- 15 Zhang L, Hawley CM, Johnson DW. Focus on peritoneal dialysis training: working to decrease peritonitis rates.

- Nephrol Dial Transplant. 2016; 31: 214-22.
- 16 Gosmanov AR, Gosmanova Eo, Kovesdy CP. Evaluation and management of diabetic and non-diabetic hypoglycemia in end-stage renal disease. *Nephrol Dial Transplant*. 2016; 31: 8-15.
 - 17 Foote C, Kotwal S, Gallagher M, Cass A, Brown M, Jardine M. Survival outcomes of supportive care versus dialysis therapies for elderly patients with end-stage kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *Nephrology*. 2016; 21: 241-53.
 - 18 Figueiro A, Goh BL, Jenkins S, Johnson DW, Mactier R, Ramalakshmi S; et al. Clinical practice guidelines for peritoneal access. *Perit Dial Int*. 2010; 30: 424-9
 - 19 Amici G, Bernacconi T, Bonforte G, Ceraudo E, Dell'Aquila R, Galli E; et al. The peritoneal dialysis catheter. *J Nephrol*. 2013; 26 Suppl 21: S4-75
 - 20 De Moraes TP, Campos RP, De Alcântara MT, Chula D, Vieira MA, Riella MC; et al. Investigators of BRAZPD. Similar outcomes of catheters implanted by nephrologists and surgeons: analysis of the Brazilian peritoneal dialysis multicentric study. *Semin Dial*. 2012; 25: 565-8
 - 21 Laperrosaz S, Drepper VJ. Overview of peritoneal dialysis. *Rev Med Suisse*. 2016; 12: 408-12.
 - 22 Mehrotra R, Crabtree J. PD catheter placement and management. <http://ispd.org/NAC/education/pd-curriculum/>.
 - 23 Crabtree JH, Jain A. Peritoneal dialysis catheters, placement and care. In: Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS eds. *Handbook of Dialysis*. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins; 2015: 425-50.
 - 24 Cho Y, Johnson DW. Does the use of neutral pH, low glucose degradation product peritoneal dialysis fluid lead to better patient outcomes? *Curr Opin Nephrol Hypertens*. 2014; 23: 192-7.
 - 25 Górriz JL, Sancho A, Pallardó LM, Amoedo ML, Martín M, Sanz P, et al. Significado pronóstico de la diálisis programada en pacientes que inician tratamiento sustitutivo renal. Un estudio multicéntrico español. *Nefrología*. 2002; 22: 49-59
 - 26 Morton RL, Snelling P, Webster AC, Rose J, Masterson R, Johnson DW et al. Dialysis Modality Preference of Patients With CKD and Family Caregivers: A Discrete-Choice Study. *Am J Kidney Dis*. 2012; 60: 102-11
 - 27 Frampton JE, Plosker GL. Icodextrin: a review of its use in peritoneal dialysis. *Drugs*. 2003; 63: 2079-105
 - 28 La Milia V. Peritoneal equilibration test: actuality and future perspectives. *G Ital Nefrol*. 2007; 24: 510-25
 - 29 Beduschi GdC, Figueiredo AE, Olandoski M, Pecoits-Filho R, Barretti P, Moraes TP. Correction: Automated Peritoneal Dialysis Is Associated with Better Survival Rates Compared to Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: A Propensity Score Matching Analysis. *PLOS ONE* 2015;10(9):e0138382.
 - 30 Hahn D, Cody JD, Hodson EM. Frequency of administration of erythropoiesis-stimulating agents for the anaemia of end stage kidney disease in dialysis patients (review). *Cochrane Library*. *Cochrane Database systematic reviews*. *Nephrology* 2015;20: 663-5
 - 31 Mudge DW, Webster AC. Erythropoiesis-stimulating agents for anaemia in chronic kidney disease: are they all the same? Editorial. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014;(12):ED000093
 - 32 Bovio G, Esposito C, Montagna G, Brazzo S, Esposito V, Torreggiani M; et al. Inadequate Macronutrient and Micronutrient Intakes in Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients: Data from a Seven-Day Weighed Dietary Record. *Nephron* 2016; 133: 253-60
 - 33 Hansson JH, Watnick S. Update on peritoneal dialysis: Core curriculum 2016. *Am J Kidney Dis*. 2016; 67: 151-64.
 - 34 Caballero-Morales S, Trujillo-García JU, Welsh-Orozco U, Hernández-Cruz ST, Martínez Torres J. Calidad de vida en pacientes con hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria y automatizada. *Archivos en Medicina Familiar*. 2006; 8: 163-8
 - 35 Julián-Mauro JC, Molinuevo-Tobalina JA, Sánchez-González JC. La situación laboral del paciente con enfermedad renal crónica en función del tratamiento sustitutivo renal. *Nefrología*. 2012; 32: 439-45
 - 36 Antolín A, Miguel A, Pérez J; Gomez C, Zurriaga O, Blasco MJ, et al. Análisis de la supervivencia en diálisis: hemodiálisis vs diálisis peritoneal y la importancia de la comorbilidad. *Nefrología*. 2002; 22: 253-61
 - 37 Saran R, Li Y, Robinson B, Abbott KC, Agodoa LY, Ayanian J; et al. US Renal Data System 2015 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. *Am J Kidney Dis*. 2016; 67(Suppl 1): S1-305
 - 38 Foley Rn, Guo H, Snyder JJ, Gilbertson DT, Collins AJ. .Septicemia in the United States Dialysis Population, 1991 to 1999. *J Am Soc Nephrol*. 2004;15: 1038-45
 - 39 Molnar MZ, Mehrotra R, Duong U, Bunnapradist S, Lukowsky LR, Krishnan M; et al. Dialysis Modality and Outcomes in Kidney Transplant Recipients. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2012; 7: 332-41
 - 40 Van Biesen W, Vanholder R, Van Loo A, Van Der Venet M, Lameire N.: Peritoneal dialysis favorably influences early graft function after renal transplantation compared to hemodialysis. *Transplantation*. 2000; 69: 508-14
 - 41 Nemes B, Fedor R, Kanyári Z, Lőcsey L, Juhász F, Kovács DÁ; et al. First outcomes, since being full member of Eurotransplant. A single center experience of cadaveric kidney transplantation. *Orv Hetil*. 2016; 157: 925-37
 - 42 ChoY, Johnson DW, Craig JC, Strippoli GFM, Badve SV, Wiggins KJ. Biocompatible dialysis fluids for peritoneal dialysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; 3: CD007554.
 - 43 Kumra R Bargman JM. A review of diuretic use in dialysis patients. *Adv Perit Dial*. 2014; 30: 115-9.
 - 44 Piraino B. Approaches to preventing peritonitis based on organism-specific rates. *Perit Dial Int*. 2011; 31: 636-8.
 - 45 Piraino B, Bernardini J. Catheter-related peritonitis. *Perit Dial Int*. 2013; 33: 592-5.

NOTA HISTÓRICA



Gac Med Bilbao. 2017;114(1):22-26

Hospital de Jesús. Desde 1524 en funcionamiento

Julen Ocharan-Corcuera, María del Carmen Natalia Espinosa-Furlong

OSI Araba. Hospital Universitario Araba. Santiago Apostol. UPV-EHU. Vitoria-Gasteiz. Euskadi. España. UE

Recibido el 17 de marzo de 2017; aceptado el 23 de marzo de 2017

PALABRAS CLAVE

Ciudad de México.
Hospital de Jesús.
1524.
Autopsia.
Enseñanza médica
americana.
Iglesia.
Pintura novohispánica.
Mural.
Hernán Cortés.

Resumen:

Hospital de Jesús de la Ciudad de México es el hospital más antiguo del continente americano, está en funcionamiento desde 1524 y está ubicado en el lugar del primer encuentro del capitán Hernán Cortés y Moctezuma II. Se desarrollan los datos más importantes de la medicina en México desde su inauguración, época virreinal, época mexicana, siglo XX y el momento actual con su forma de gobierno y administración. Asimismo, señalamos el interés artístico de su iglesia, salón del patronato con su techo mudéjar, diferentes retratos de Cortés y descendientes, una precisa inmaculada concepción y los dos murales en los dos patios del edificio.

© 2017 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

KEY WORDS

México City.
Hospital of Jesus.
1524.
Autopsy.
American medical teaching.
Church.
Newhispanic painting.
Mural.
Hernán Cortés.

Hospital of Jesus. Since 1524 in operation

Abstract:

Hospital de Jesús de la Ciudad de México is the oldest hospital on the American continent, it has been in operation since 1524 and is located in the place of the first meeting of Captain Hernán Cortés and Moctezuma II. It develops the most important data of medicine in Mexico from its inauguration, viceregal, nineteenth, twentieth and current times with its form of government and administration. Likewise, we note the artistic interest of his church, management room with its Mudejar ceiling, different portraits of Cortés and descendants, a precise immaculate conception and the two murals in the two courtyards of the building.

© 2017 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Jesusen Ospitalea. 1524tik funtzionamenduan

Laburpena:

Jesusen Ospitalea Mexiko Hiria 1524 urteaz geroztik Ameriketako ospitale zaharrena, eragiketa da, eta Captain Hernan Cortes eta Moctezuma II.a lehen bilera baten lekuan dago. Medikuntza datu garrantzitsuenak Mexikon Inauguratu aro kolonialean, XIX, XX mendeetan eta bere gobernu eta administrazioa forma present geroztik garatu da. Dugunez bere eliza nahi artistikoaren, gela kudeaketa bere mairu teiltua, Cortes eta ondorengoak, Sortzez Garbiaren zehatza erretratuak ezberdinetan eta bi eraikinaren patioak ere bi muralak.

© 2017 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

GILTZA-HITZAK

Mexiko Hiria.
Jesusen Ospitalea.
1524.
Autopsia.
American mediku hezkuntza.
Eliza.
Novohispánica Pintura.
Mural.
Hernán Cortés.

Introducción

En la Ciudad de México, el hospital de la Purísima Concepción y Jesús Nazareno (también llamado hospital de Jesús Nazareno o, simplemente, hospital de Jesús) es el hospital más antiguo del continente americano; está en funcionamiento desde 1524 y está ubicado en el lugar donde se supone que el capitán Hernán Cortés y Moctezuma II se encontraron por primera vez en 1519, que era entonces el camino que conducía a Iztapalapa.

Historia del hospital. Primer Encuentro

El 8 de noviembre de 1519, Moctezuma Xocoyotzin se encontró con Hernán Cortés en un paraje llamado Huitzilán —“lugar de colibríes”—, a las afueras de Tenochtitlan. Sucederían varias batallas antes de que los españoles derrotaran militarmente al Imperio Mexica, el 13 de agosto de 1521.

Como ordenara la Corona española, una de las primeras acciones de Hernán Cortés fue fundar un hospital. Cuando encargó la traza colonial de la Ciudad de México, Cortés instruyó a Alonso García Bravo para que ubicara el hospital en Huitzilán, en memoria de su encuentro con Moctezuma.

No está claro cuándo el Hospital empezó a funcionar, pero consta en actas del Cabildo que ya estaba activo en

1524, y ése es considerado su año de fundación. Originalmente se llamó De la Purísima Concepción; más tarde, Hospital del Marqués, y luego, del Nazareno. Su nombre oficial actual es Hospital de la Purísima Concepción y Jesús Nazareno¹.

Historia del hospital. Fundación

Hernán Cortés ordenó que el hospital fuera construido para atender a los soldados heridos en la lucha contra los aztecas, y nombró como primer director al mercedario fray Bartolomé de Olmedo¹, capellán de las huestes de Hernán Cortés y, desde su apertura contaba con el servicio de un cirujano que percibía un sueldo de 70 pesos anuales, de un médico, de un barbero-sangrador y de enfermeros.

Pedro López, primer médico graduado en llegar a Nueva España (en 1520), trazó el Hospital, inspirado en el De las Cinco Llagas, de su natal Sevilla.

El hospital de Jesús es uno de los edificios más antiguos en la ciudad. Está en funcionamiento desde 1524, lo inauguraron en la misma época, y los registros tienen diferentes fechas de la primera apertura²⁻³. Hernán Cortés lo construyó como una institución laica, lo que siglos después evitó que el hospital desapareciera, como otros, con las leyes de Reforma⁴. El hospital, con su iglesia, se



Figura 1. Escultura de Hernán Cortés hecha por Manuel Tolsá, colocada frente a la escalera principal del Hospital de Jesús.

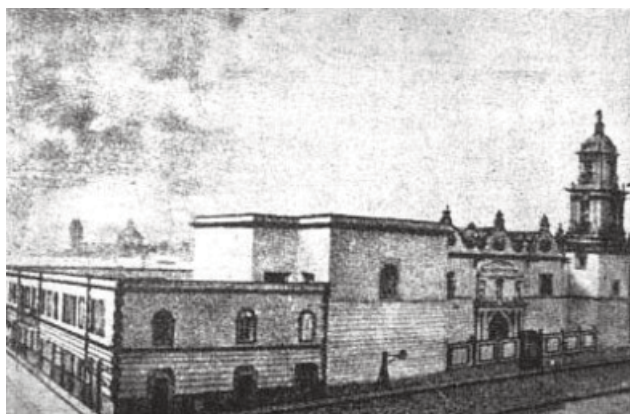


Figura 2. Dibujo del antiguo Hospital de Jesús.

llamaba originalmente "de la Purísima Concepción" o "de la Purísima Concepción de Nuestra Señora". Al comienzo de la época colonial, era conocido popularmente como el Hospital del Marqués⁵ y comenzó a llamarse "Hospital de Jesús" desde que el hospital ganó, en una rifa entre hospitales, la imagen de un Jesús crucificado, que se considera milagrosa⁶.

El hospital fue diseñado por Pedro Vázquez, y Hernán Cortés dejó varios campos de cultivo en su testamento para el beneficio de la institución. Cortés murió antes de que el edificio del hospital fuera terminado, y posteriormente el gobierno colonial contrató a Alonso Pérez de Castañeda que tras seis años y 43,000 pesos más tarde, aún no estaba terminado¹. Después de 130 años, Antonio de Calderón Benavides fue nombrado cabeza de la institución y trabajó para terminarla. En un grado u otro, más o menos todos los mejores arquitectos de la Nueva España participaron en este edificio, desde la construcción hasta el mantenimiento. La lista incluye algunos como Claudio de Arciniega, Diego de Aguilera, Sebastián Zamorano, Pedro de Arrieta, Miguel Custodio Durán y Francisco Antonio Guerrero y Torres^{2,8}.

De esta obra de Hernán Cortés resalta e impresiona que su edificación haya seguido la idea de un palacio y no la de una modesta, si no pobre o miserable, construcción de asistencia a los enfermos sobre la devastada Tenochtitlán y que su dedicación a la Inmaculada Concepción obedecía, como ha sido registrado ampliamente, a la exaltada cuanto excepcional vocación religiosa del conquistador. Esta imagen religiosa y su culto la introdujo el propio Cortés en Tenochtitlán puesto que la enarboló como estandarte o bandera que fue entregada, posteriormente, a sus aliados tlaxcaltecas.

Hernán Cortés determinó para el mantenimiento del hospital, entre otros, varias de sus rentas así como de los diezmos sobrantes del Estado y Marquesado del Valle de Oaxaca, en lo que concierne a sus iglesias, acorde con el derecho que le aseguraba la Bula de Clemente VII fechada el 16 de abril de 1526, en la que se le daba facultad para "pedir y recibir los diezmos y primicias de los habitantes de la misma tierra". Esta Bula, desde luego, fue objetada por el Emperador que con ello veía afectados sus intereses y en fin, tras varios litigios el sostenimiento del hospital quedó a cargo del gobernador del Estado y Marquesado del Valle, bajo la autoridad del juez

conservador de éste¹.

Diego Pedraza, cirujano y amigo de Hernán Cortés ofreció allí sus servicios, probablemente también lo hizo Francisco de Soto, cirujano-barbero o sangrador. Pedro López, el primero de este nombre en la Nueva España también asistió aquí atendiendo pacientes, y se estableció el primer departamento de cirugía del Nuevo Mundo en el continente.

Los hospitales de la época solían tener cuatro patios, alrededor de los cuales se disponían las dependencias. La hospitalización consistía en proporcionar al enfermo un ambiente saludable: luz, sol, sombra y aire limpio (de ahí los patios), agua potable, alimento y cobijo durante la noche (de ahí las grandes crujías para dormir; también se acogía a huérfanos y otros desamparados).

El de Jesús parece haber sido proyectado con el esquema de los cuatro patios, plan que en el camino se modificó, por lo que tiene sólo un par de patios gemelos. Serenos y verdes gracias a sus jardines, son de dos niveles. En el inferior, tienen arcos de medio punto sobre pilares; en el superior, arcos rebajados y columnas toscanas.

En medio de los patios hay una escalera doble claustral, de diseño avanzado, sorprende encontrar en América en fecha tan temprana^{1,9}.

Historia del hospital. Periodo Virreinal

En este hospital se realizó la primera anatomía (hoy autopsia) como refiere Cristóbal Méndez, médico español andaluz, nacido en la villa de Lepe, provincia de Huelva. En 1646, la primera autopsia realizada en el continente americano, llevada a cabo para enseñar Anatomía a los estudiantes de Medicina de la Real y Pontificia Universidad de México. En 1715, el hospital publicó la Regia Academia Mariana de Práctica Médica para promover más prácticas profesionales en el campo de la medicina en la Nueva España⁵.

Además de sus hitos arquitectónicos, el Hospital de Jesús es un cúmulo de hitos médicos e intelectuales.

Allí empezó la práctica de la medicina europea, bajo la supervisión de Pedro López, primer protomédico del continente. Miembros de su cuerpo médico marcaron la historia de esa profesión. Como el español Juan de la Fuente, quien en la segunda mitad del siglo XVII propuso la creación de la carrera de Medicina en la Real y Pontificia Universidad de México⁹.

Juan Correa realizó allí la primera disección anatómica con fines didácticos del continente, en 1646, que reproduce sus actividades en cinco años, muestra de cómo era la profesión: "realizó 1,252 sangrías, sacó 37 muelas, puso 92 pares de ventosas, (...) sanó a 28 atormentados, 27 azotados y 492 enfermos"¹.

En el Hospital de Jesús se estableció en 1715 la Regia Academia Mariana de Práctica Médica, que en los siglos XVIII y XIX complementó la enseñanza universitaria.

Historia del hospital. Época Mexicana¹⁰

Tras la Independencia, en 1833, el historiador y político José María Luis Mora se instaló e instaló allí el Instituto de Humanidades y Estudios Ideológicos. Parte de una re-

forma educativa laica y científica diseñada por Mora, el proyecto duraría poco más de un año.

Las vicisitudes del movimiento independentista de México enardecieron los ánimos contra lo español en la Cámara de Diputados y el 6 de mayo de 1822 se pidió desde tan alta tribuna, “que se quitaran los restos de Cortés y demás insignias de nuestros opresores del templo de Jesús”. Por ello, se procedió a sepultar en lugar seguro los huesos de Hernán Cortés, de forma provisional bajo la tarima del altar.

La decisión de Cortés le permitió al Hospital de Jesús conservar su vocación médico asistencial a lo largo de los siglos y sortear varias enajenaciones de bienes religiosos, la más importante, la impulsada por Benito Juárez.

Se comenzó a aplicar la vacuna contra la viruela en México, en 1804, y a mediados del siglo XIX inauguraron las operaciones de cataratas en el país y un siglo después fue escenario de la primera intervención quirúrgica a corazón abierto.

Historia del hospital. Época del siglo XX y XXI

Desde 1932, el Hospital se rige mediante un patronato mexicano, que ha modernizado las instalaciones y la práctica médica.

En los años 30 del siglo pasado, el Hospital fue mutilado para abrir las avenidas 20 de noviembre y Pino Suárez. La pérdida se compensó con la adición, en 1944, de un inmueble orientado a 20 de noviembre, que permitió instalar quirófanos, entre otras cosas. Fue diseñado por el arquitecto José Villagrán, padre de la arquitectura mé-



Figura 3. Fachada y anuncio del Hospital de Jesús.

dica moderna en México. La iglesia y el hospital permanecieron intactos hasta 1934 cuando, a causa de la ampliación del hospital se levantó un edificio de cinco pisos, aunque se conservaron los patios originales del hospital.

Como institución de asistencia privada, el Hospital de Jesús depende de sus propios ingresos, ya que el Gobierno federal le retiró su apoyo. Actualmente, allí se ofrecen cuatro mil consultas al mes, en 32 especialidades, por una cuota de acto médico; además, hay servicio de hospitalización y laboratorio. Aunque su situación es difícil, se inauguró un área recién remodelada que permitió ampliar las salas de ginecología y obstetricia, incubadoras y hospitalización^{1, 10-13}.

Gobierno o administración

Durante muchos años se financió a través de las rentas que para ello destinó Cortés, quien dispuso también en su testamento que sus herederos se encargarían de su mantenimiento; éstos así lo hicieron durante muchos años, y en 1932 el hospital quedó a cargo de un grupo de médicos⁷.

En la Iglesia de Jesús, pocos sospechan que en ese mismo lugar, detrás de la pared en la que está puesta la enorme e inadvertida placa, en una de las paredes del altar mayor de la iglesia, que indica la ubicación actual de la tumba, reposan los restos de Cortés¹.

El destino del Hospital de Jesús como institución asistencial quedó sellado cuando, en su testamento, Cortés dispuso que el Marquesado del Valle de Oaxaca sos-



Figura 4. Los Drs. Julián Gascón-Mercado y Julen Ocharan-Corcuera, detrás la pintura novohispana de la Inmaculada Concepción.

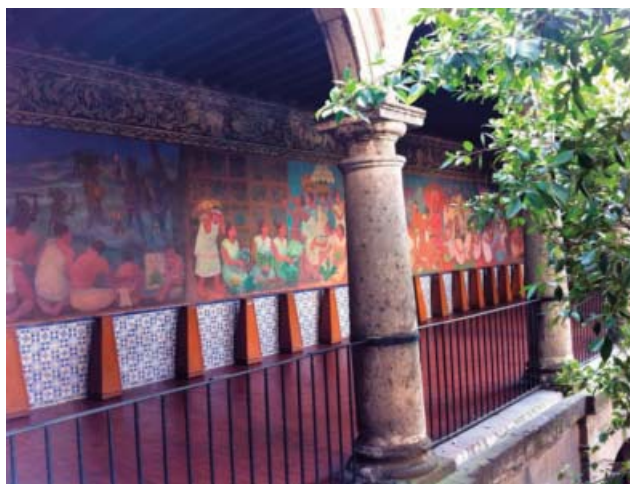


Figura 5. Patio y murales del Hospital de Jesús.

tuviera y administrara a la institución. Así, nunca ha pertenecido a corporación religiosa alguna.

Y más inusitado aún, el hospital que está situado junto a este templo, el Hospital de Jesús, el más antiguo en funcionamiento de América y el tercero del mundo, fue fundado por el propio Cortés en hace 493 años para brindar asistencia a los más necesitados, y gestionado por sus descendientes hasta el siglo XX. Por eso es la existencia en este lugar, el hospital de Jesús, el primer hospital del continente americano y hoy el tercer más antiguo del mundo en funcionamiento. Los otros, son el Hotel-Dieu de París (fundado en el año 651) y el Saint Bartholomew de Londres (1123).

Actualmente sigue como hospital de asistencia social, que se mantiene gracias a sus cuotas y al alquiler de algunas oficinas en la manzana en la que se encuentra. Con 70 médicos de distintas especialidades, cobra por consulta médica.

En el imponente Salón del Patronato, con un techo mudéjar con figuras de papel de oro, único en la Ciudad de México, el doctor Julián Gascón Mercado, tres veces patrono del Hospital, nos comenta que "Faltan 13 años para que este Hospital cumpla 500 años de trabajo ininterrumpido. No hay en el mundo cinco hospitales que hayan logrado sostenerse activos en el mismo lugar. Eso es un orgullo para la planta médica nacional y continental". Detrás de su mesa esta una pintura novohispánica de la Inmaculada Concepción y el salón está rodeado de retratos de Hernán Cortes y sus descendientes¹³⁻¹⁶.

Agradecimientos

Las figuras fotográficas se han realizado por Dra. M.^a del Carmen Natalia Espinosa. Agradecemos la información del Dr. J. Gascón-Mercado, para la realización de este trabajo.

Bibliografía

- 1 Gascón-Mercado, J. Breve historia del Hospital de Jesús, 5ª ed., Vertiente Editorial, distrito federal. México. 2006;
- 2 Humphrey, Chris (2005). Moon Handbooks Mexico City. Emeryville CA: Avalon Travel Publishing. p. 41.
- 3 Galindo C, Galindo M. (2002). Mexico City Historic Center. México, D. F.: Ediciones Nueva Guía. pp. 218-220.
- 4 Olvera Arce, Guillermo (13 de mayo de 2000). «Hospital de Jesús Nazareno». El Universal (México, D. F.). Consultado el 16 de octubre de 2016.
- 5 González Gamio, Á. (mayo 15, 2016). Tesoro escondido. La Jornada, p. 28, sección Capital. (Consultado 15 de octubre del 2016).
- 6 Artigas, J., et al. Arquitectura religiosa de la Ciudad de México. Siglos XVI al XX. Secretaría de Cultura del Distrito Federal. México, 2004.
- 7 Gascón-Mercado, J. 450 años del Hospital de Jesús. 2.ª ed., Editorial Summa Distrito Federal. México. 1984.
- 8 Junquera JJ. "El hospital de Jesús de México y Claudio de Arciniega", Junquera y Mato, Juan José: El hospital de Jesús de México y Claudio de Arciniega. Universidad Complutense de Madrid. España 1985 en www.revistas.ucm.es/ghi/02116111/articulos/QUCE8585220147A.PDF, consultado el 08/10/2016;
- 9 Chávez, Ignacio: México en la cultura médica. Instituto Nacional de Salud Pública/Fondo de Cultura Económica. México 1987
- 10 Gascón-Mercado J. Mi esfuerzo para el Hospital de Jesús. 1ª edición. Vertiente Editorial. Distrito Federal. México. 2002.
- 11 Gascón-Mercado J. Mi esfuerzo para el Hospital de Jesús I y II parte. 2ª edición. Grupo Litográfico y Editorial. Distrito federal. México. 2004.
- 12 Gascón-Mercado, J. Escuela de Enfermería del Hospital de Jesús. 1ª ed. Vertiente Editorial. Distrito Federal. México. 2005.
- 13 Vargaslugo-Rangel E. Imágenes de la Inmaculada Concepción en la Nueva España. Anuario de Historia de la Iglesia. año/vol. XIII. Universidad de Navarra Pamplona, España. 2004
- 14 Gascón-Mercado, J. Hospital de Jesús. Sus principales obras de arte, 2ª ed., impresos New Imagen, 2008;
- 15 Gascón-Mercado J. Hospital de Jesús. Sus principales obras de Arte. El más antiguo del Continente Americano y tercero del mundo. Impresos Perance. 2ª edición. Distrito Federal. México. 2014.
- 16 Gascón-Mercado J. Los dos murales del Hospital de Jesús. Impresos Perance. Distrito Federal. México. 2016.

ARTÍCULO ESPECIAL



Gac Med Bilbao. 2017;114(1):27-34

Relación de las actividades de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao en el curso 2015-2016

Redacción

Recibido el 2 de enero de 2017; aceptado el 9 de enero de 2017

PALABRAS CLAVE

Academia de Ciencias
Médicas de Bilbao.
Actividades.
Curso académico.

Resumen:

En el siguiente artículo se recoge la relación de las actividades, jornadas y cursos organizados por la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao durante el curso académico correspondiente a 2015-2016.

© 2017 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Academy of Medical
Sciences of Bilbao.
Activities.
Academic course.

List of activities of the Academy of Medical Sciences of Bilbao in 2015-2016

Abstract:

The following article shows the list of activities, days and courses organized by the Academy of Medical Sciences of Bilbao during the academic year 2015-2016.

© 2017 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

GILTZA_HITZAK

Medikuak Bilboko
Zientzia-Akademia.
Jarduerak.
Ikasturte akademikoa.

Medikuak 2015-2016 ikasturteko Bilboko Zientzia-Akademiaren jardueren erlazioa

Laburpena:

Hurrengo artikuluan jasotzen da jardueretako, jardunaldietako eta Medikuak Bilboko Zientzia-Akademiak 2015-2016ri buruzko ikasturte akademikoan zehar antolatutako ikasturteetako erlazioa.

© 2017 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

Tabla I
Relación de las actividades de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao durante el curso académico 2015-2016

Nº	FECHA	TIPO	SECCION	PONENTE	TEMA
1	10/09/2015	Jornada	Pediatría - Psicosomática	Dr. Jesus Rodriguez. Pediatra. Dra. Isabel Usobiaga Psicoanalista y Psicosomatóloga. Dra. Elsa Duña. Psicoanalista.	LA PUBERTAD
2	15/09/2015	Jornada	Alimentación	D. Rafael Anson. Real Academia Española de Gastronomía. D. Manuel Vitoria. Real Academia Medicina del País Vasco. D. Lluís Serra. Academia Española de Nutrición y Ciencias de la Alimentación. Prof. Dr. Ricardo Franco. Secretario Gral. ACMB. D. Gregorio Varela-Moreira. D. Carlos Falcó.	SESION EXTRAORDINARIA CONJUNTA SOBRE ALIMENTACION Y SALUD.
3	02/10/2015	Jornada	Odontología/SCOI	Dr. Francisco Vijande Diaz. Corcuera. Odontólogo. Dra. Cristina Salazar Cubero. Odontóloga. Dr. David Chavarri Prado. Odontólogo. Dr. Gorka Santamaria Arrieta. Odontólogo.	MEET UP DATE BILBAO. ODONTOLOGÍA IMPLANTOLÓGICA
4	07/10/2015	ES	Encuentros con la Salud	Dr. Iñaki Rodríguez. Responsable asistencial en Bilbao del Grupo Oftalmológico Tres Torres.	AVANCES EN DEGENERACIÓN MACULAR: CUANDO LOS OJOS ENVEJECEN
5	23/10/2015	Jornada	Neurofisiología	Dra. Carmen Bilbao. Neurofisióloga.	I REUNION ANUAL NEUROFISIOLOGIA
6	28/10/2015	Acto Inaugural	Institucional	Prof. Dr. Francisco Etxeberria Gabilondo. Médico especialista en Medicina Legal y Forense. Prof. Titular de Medicina Forense UPV/EHU	CERVANTES A LA LUZ
7	19 y 30/10/2015	Jornada	Institucional/ Osalan	"Patología más prevalente en población trabajadora que requiere tratamiento anticoagulante".	TRABAJADORES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE. PERSPECTIVA DESDE LA MEDICINA DEL TRABAJO.
				Dr. José Andrés Bodegas Cañas, Especialista en Cardiología y Arritmología del Hospital Universitario de Cruces-Barakaldo.	
				"El tratamiento anticoagulante, control, situaciones que alteran el mismo, alimentación, ejercicios, interacciones medicamentosas".	
				Dr. Juan José Sánchez Milla, Médico del Trabajo y colaborador de la consulta de anticoagulación de Laboratorios Axpe.	
				"La aptitud para el puesto de trabajo del trabajador anticoagulado". Dr. José Manuel de Vicente, Jefe médico del INSS de Gipuzkoa.	
8	03/11/2015	Jornada	Institucional/ Pacientes	D. Javier Leon Iglesias. Abogado. Prof. Dr. Ricardo Franco. Secretario Gral. ACMB	EL LIBRO VERDE DE LAS INCAPACIDADES LABORALES

9	06/11/2015	Jornada	Dolor y Psicósomática	Presentación: Dra. Isabel Usobiaga. Psiquiatra y Psicoanalista. Moderador: Dr. José María Erroteta. Psiquiatra y Psicoanalista. Ponentes: -Dra. Maria Luisa Franco. Anestesióloga y especialista en tratamiento del dolor. "Abordaje Multidisciplinar del paciente con dolor crónico". -Dr. Mikel Zubiri. Psicoanalista. "Una aproximación psicoanalítica a ciertos dolores físicos".	DOLOR CRONICO : SENSACIÓN Y SENTIMIENTO, NECESIDAD DE ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR
10	11/11/2015	ES	Encuentros con la Salud	Dr. Ricardo Fernández. Oncología Médica. Instituto Oncológico IMQ Bilbao	¿REALMENTE LA CARNE ROJA PROVOCA CANCER?
11	13/11/2015	Jornada	Dolor	Dr. Carlos Yarnoz. Jefe de servicio. Hospital Bidasoa. Dr. Alejandro Ortega. Clínica ASEPEYO. Madrid. Dr. Fermin Haro. Policlínica de Guipuzcoa. Dra. Maria Luisa Franco. Anestesióloga y especialista en tratamiento del dolor	CURSO DE ECOGRAFIA APLICADA AL MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO
12	13/11/2015	Jornada	Cirugía Plástica/Patología Mamaria	Dra. Maria del Mar Vivanco. Biología molecular CIC BIOGUNE Dr. Juan Antonio Mieza. Ginecología Oncológica. Hospital Cruces. Dr. Iñigo Davadillo Bilbao. Instituto Igin Bilbao. Dr. Juan Antonio López Ruiz. Radiodiagnóstico. Preteimagen. Dr. Ricardo Fernández Rodríguez. Oncología Médica. Clínica IMQ Zorrotzaurre. Dr. Javier Regalado Bilbao. Cirugía Plástica y Reparadora. Regalado y Bernal. Bilbao	APLICACIONES DE LA MEDICINA TRASLACIONAL EN PATOLOGÍA MAMARIA: DEL LABORATORIO A LA PRÁCTICA CLÍNICA
13	25/11/2015	Jornada	Cirugía Plástica	PRESENTACIÓN - Dr. Juan I. Goiria. Presidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao - Dr. Jesus Terrones. Jefe del servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario de Basurto. - Dr. Fco. Javier Garcia Bernal. Cirujano Plástico. Hospital Universitario de Basurto. Presidente de la Sección de Cirugía Plástica ACMB. HISTORIA DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA EN EL HOSPITAL DE BASURTO. - Dr. Jesus Terrones. Jefe del servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario de Basurto. PAPEL DE LA CIRUGIA PLASTICA EN ONCOLOGÍA. CANCER DE PIEL Y PARTES BLANDAS. - Dr. Carlos Jul Vazquez. Cirujano Plástico. Hospital Universitario de Basurto. PAPEL DE LA CIRUGIA PLASTICA EN ONCOLOGÍA. CANCER DE CABEZA Y CUELLO. - Dr. Carlos Valdés García. Cirujano Plástico. Hospital Universitario de Basurto.	APLICACIONES DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA Y ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA

14	02/12/2015	ES	Encuentros con la Salud	Dr. Alfredo Rodríguez-Antigüedad. Jefe de Neurología del Hospital Universitario de Basurto	ESCLEROSIS MÚLTIPLE: PASADO, PRESENTE Y FUTURO
15	10/12/2015	Jornada	Pediatría - Psicosomática	Dr. Jesus Rodríguez. Pediatra. Dra. Isabel Usobiaga Psicoanalista y Psicosomatóloga. Dra. Elsa Duña. Psicoanalista.	LA ADOLESCENCIA
16	17/12/2015	Jornada	Geriatría	Dra. Aida Cadenas. Médico Endocrino. Hospital de Galdakao.	TALLER SOBRE PIE DIABETICO
				Dr. Juan Carlos Caballero. Médico de Atención Primaria. Centro de Salud de Arangoiti.	
17	20/12/2015	Concierto Navidad	Institucional	Banda de Musica de Bilbao y Ainara Ortega	CONCIERTO DE NAVIDAD
18	14/01/2016	Jornada	Oncología	Dr. Guillermo Lopez Vivanco. Jefe de Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Cruces. Esteban Sinde Stompel. Director del Dpto. De Planificación Estratégica de Hifas Da Terra. Dr Pere Gascon MD. Ph. D. Director del Laboratory of Molecular & Translational Oncology- CELLEX Dr. Manuel Constela. Jefe de Servicio de Oncología del Complejo Universitario de Pontevedra. Dr. Ivan Simón Ph. D. Director de la línea Micosalud de Hifas Da Terra Dra. Ana Quiñones M.D. Directora de la Unidad de desarrollo de la línea Oncologica de Hifas Da Terra.- Dra. Onintza Sayar Beristain, Ph. D. CEO de PharmaModelling.-	SEMINARIO DE ONCOLOGIA INTEGRATIVA
19	22/01/2016	Jornada	Medicina Psicosomática	Dr. Rafael Cruz Roche. Psicoanalista Titular con Función Didáctica de la Asociación Psicoanalítica de Madrid. IPA .	EL PSICOANÁLISIS HOY
20	27/01/2016	ES	Encuentros con la Salud	Dra. Aurora Garre Contreras. Experta Médica CINFA	¿GRIPE O RESFRIADO?
21	04/02/2016	Jornada	Dolor	Dra. María Luisa Franco Gay. Unidad Dolor. Clínica Praxis. Bilbao Sección Tratamiento del Dolor. Academia Ciencias Médicas	TALLER IONTOFORESIS. PARA LA LIBERACIÓN TRÁNSDERMICA DE FARMACOS
22	04/02/2016	Jornada	Valoración del Daño Corporal	Dr. Fernado Loidi Yurrita. Máster en Valoración del Daño Corporal	CASO PRÁCTICO DEL NUEVO BAREMO: BAREMACIÓN EN DAÑO OCULAR, COMPARATIVA CON EL BAREMO ANTIGUO
	05/02/2016	Jornada	XVIII Reunión de la Sociedad Vasca de Hipertensión Arterial	Nombramiento de Socio de Honor al Dr. Angel Loma Osorio	Nombramiento
				Premio Dr. Milagos Corcuera 2016	Caso clínico
				Moderador: Dr. Adolfo R Solara Peché. Conferenciante: Dr. Sergio Cinza-Sanjurjo	Estudio IBERICAN
				Moderadora: Dra. Cristina De la Potilla-Sanchez. Conferenciante: Dr. Angel Loma Osorio.	Actualización en el manejo del Síndrome Coronario Agudo
				Moderadora: Dra. Itxaso De la Cruz Couto. Conferenciante: Dr. Alfonso Barquilla García.	Diabetes Mellitus.: Estudios más relevantes 2015
				Moderadora: Dra. Itxaso De la Cruz Couto. Conferenciante: Dr. Alfonso Barquilla García.	Presente y Futuro del Tratamiento Hipolipemiante
				Conferenciante: Dr. Julen Ocharan Corcuera.	Clausura de la Jornada

23	15/2/2016 a 18/2/2016	SH	Semana de Humanidades		
				Moderador: Dr. Víctor Echenagusia. Junta ACMB Ponente: D. José Luis Corcuera. Ex Ministro de Interior y Presidente Honorífico de la Fundación de Trabajadores de la Siderurgia Integral.	HISTORIA DE LAS COBERTURAS SOCIALES Y LA ASISTENCIA SANITARIA
				Moderador: Dra. Marisa Arteagoitia. Junta ACMB Ponente: D. José Luis Elexpuru. Director de Aseguramiento y Contratación Sanitaria. Departamento de Salud -Gobierno Vasco	EVOLUCIÓN DEL MODELO DE ASEGURAMIENTO VASCO. DE LA SEGURIDAD SOCIAL A LA UNIVERSALIZACIÓN
				Moderador: Prof. Dr. Ricardo Franco. Secretario Gral. ACMB	DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA AL SISTEMA VASCO DE SERVICIOS SOCIALES.
				Ponente: Dr. Francisco Dehesa. Director de Acción Social del Ayto. de Bilbao. Vicepresidente Veterinario ACMB.	
				Moderador: Dr. Juan I. Goiria. Presidente ACMB Ponente: Dr. José Manuel Vicente. Presidente de la Cátedra Internacional de Medicina Evaluadora y Pericial de la UCAM. Presidente de APROMESS. Jefe Médico del INSS en Gipuzkoa.	REFLEXIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS A LA REINCORPORACIÓN LABORAL TRAS INCAPACIDADES MÉDICAS LARGAS.
24	17/02/2016	ES	Encuentros con la Salud	Dr. Iñigo Corcostegui Crespo. Retina Vítrea y Segmento Posterior. Dra. Rebeca Atienza Molina. Cornea y Segmento anterior.	EL DESAFÍO DE AFRONTAR LA MADUREZ CON UNA BUENA VISIÓN
25	23/02/2016	Jornada	Neurología	Prof. Dr. Juan J. Zarranz Imirizaldu. Catedrático emérito del Dpto. de Neurociencias. Vocal Ex presidente ACMB	LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL ARTE
26	29/02/2016	Jornada	Educación Médica	Dr. Jesús Morán. Presidente de SEMDE Moderador: José Vicente Lafuente (Facultad de Medicina EHU/UPV. Leioa, Bizkaia)	¿Cómo AYUDAR A APRENDER?
				Profa. Consuelo López. Profesora de la Escuela Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Cádiz	APRENDER A ENSEÑAR: EL DESAFÍO DE EDUCAR A LAS NUEVAS GENERACIONES DE PROFESIONALES EN EL CAMPO DE LA SALUD.
				Prof. Dr. Enrique Hilario. Decano de la Universidad del País Vasco, EHU/UPV. Leioa. Bizkaia	EL PAPEL DE LOS ESPACIOS VIRTUALES EN LA EDUCACIÓN
				Emilio Cervera. Jefe del programa de Atención Familiar y Comunitaria. Madrid (Noroeste)	CÓMO APRENDER DURANTE LA RESIDENCIA: EXPERIENCIAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA
27	04/03/2016	Acto	PREMIOS CARRASCO AGUIRRE 2016	Dr. Pedro Acha Gandarias. Médico Investigador en el ámbito del diseño e innovación. Caritas Bizkaia. Entidad socio-sanitaria de atención a personas en situación o riesgo de exclusión en Bizkaia.	
28	08/03/2016	Jornada	Gastroenterología	Dres. David Coto Ugarte y Haritz Cortés Pérez. Hospital Universitario de Cruces.	SEDACIÓN EN ENDOSCOPIA
29	09/03/2016	ES	Encuentros con la Salud	Dr. Juan Carlos García Moncó. Jefe servicio Neurología. Hospital de Galdakao. Dr. Iñaki Lekuona. Jefe de Servicio de Cardiología Hospital de Galdakao. Dra. Ana Quintana. Especialista del Servicio Vascular. Hospital Quirón Bizkaia	ENFERMEDADES CON ROSTRO DE MUJER

30	17/03/2016	Jornada	Valoración del Daño Corporal	Dr. Andrés Sellart Nieto. Máster en Valoración del Daño corporal, Responsable Médico de Daños Personales de Seguros Lagun Aro. Prof. Asociado de Medicina Legal y Forense en la UPV/EHU.	2º CASO PRÁCTICO DEL NUEVO BAREMO: VALORACIÓN Y BAREMACIÓN DE LA HERNIA DISCAL CERVICAL, COMPARATIVA CON EL BAREMO ANTIGUO
31	18/03/2016	Jornada	Medicina Psicosomática	Dr. Juan Muro. Médico Psicoanalista miembro de la Asociación Psicoanalítica de Madrid. IPA y Psicosomatólogo del IPSO.	HACIA OTRA COMPRENSIÓN DEL ENFERMO Y LA ENFERMEDAD
32	14/02/2014	Jornada	Neurología	Prof. Dr. Juan J. Zarranz Imirizaldu. Catedrático emérito del Dpto. de Neurociencias. Vocal Ex presidente ACMB	EL SINDROME DE LA MANO AJENA Y EL PROBLEMA DE LOS ACTOS INVOLUNTARIOS
33	19/04/2016	Jornada	Farmacia	Dª. María José Alfonso. Farmacéutica. Vocal de Plantas Medicinales. COF de Barcelona	CURSO DE ONCOLOGÍA Y FITOTERAPIA
34	25/04/2016	Jornada	Alimentación	Moderadora: Carmen Pérez Rodrigo. Doctora en Medicina. Miembro Supernumerario de la RSBAP	MEDICOS ILUSTRES Y NUTRICIÓN COMUNITARIA EN LA HISTORIA DE LA VILLA DE BILBAO
				Begoña Madarieta Revilla	LA ALIMENTACIÓN INFANTIL EN LAS CANTINAS DE LAS COLONIAS DE VERANO
				Profesora de la Facultad de Medicina. UPV-EHU	
				Museo de Historia de la Medicina/Medikuntza Historiaren Museoa. UPV-EHU	
				Juan Gondra Rezola	MÉDICOS MUNICIPALES DEL HOSPITAL DE BASURTO (1890-1936)
				Médico e Historiador	"La transición entre el Dr. Carrasco y el Dr. Areilza"
				Cesar Estornes Ibarquien	RECUERDO HISTÓRICO DE LOS MÉDICOS DEL CLUB DEPORTIVO DE BILBAO
				Historiador. Presidente de la Sección de Montaña del Club Deportivo	
				Javier Aranceta Bartrina. Pte. Sección Alimentación ACMB	PASADO Y PRESENTE DE LA ALIMENTACIÓN EN LOS COMEDORES SOCIALES
				Doctor en Medicina y Nutrición. Amigo de Número de la RSBAP	DE BILBAO
				Ricardo Franco Vicario. Presidente ACMB	IÑAKI AZKUNA URRETA: SEMBLANZA DE UN MÉDICO ALCALDE DE BILBAO
				Profesor de la Facultad de Medicina. UPV-EHU. Amigo de Número de la RSBAP	
35	20/04/2016	ES	Encuentros con la Salud	Dra. Marian Martinez de Pancorbo. Catedrática de Biología Celular. UPV/EHU	AVANCE FRENTE A LAS ENFERMEDADES GENÉTICAS
36	28/04/2016	Jornada	Gastroenterología	Dr. Ángel Calderón. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario BASURTO	EVITANDO COMPLICACIONES EN LA ENDOSCOPIA
				Dra. Maite Bravo. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario BASURTO.	ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO MÉDICO Y ENDOSCÓPICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
37	05/05/2016	Jornada	Valoración del Daño Corporal	Dra. Carmen Ruiz Moreno. Máster en Valoración y Baremación del Daño Corporal.	3º Caso Práctico del Nuevo Baremo:
					"VALORACIÓN Y BAREMACIÓN ESTÉTICA, COMPARATIVA CON EL BAREMO ANTIGUO"

38	12/05/2016	Jornada	Biología	Moderadora: Oreina Orrantia. Msc. en Biología	FIBROMIALGIA
				Mónica Soria García. Fisioterapeuta.	BENEFICIOS DEL EJERCICIO EN FIBROMIALGIA
				Iñigo Murga Gandasegui. Odontólogo y Médico. Presidente EMAN ESKUA - Bizkaia.	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EN ENCEFALOMIELITIS MIÁLGICA
				Mari Luz Cañavate. Dra. en Farmacia. Dpto. Biología Celular. UPV-EHU. Leioa.	LA MITOCONDRIA, CENTRAL ENERGÉTICA CELULAR, SUS GENES, SU PAPEL EN LA FIBROMIALGIA Y EN OTRAS ENFERMEDADES HUMANAS
39	18/05/2016	ES	Encuentros con la Salud	Dra. Leonisa González. Servicio de Oftalmología y Cirugía. Hospital Quironsalud Bizkaia	LA VISTA: COMO EL LASER PUEDE ACABAR CON LAS DIOPTRIAS
40	25 y 26/05/2016	Jornada	Institucional	Representantes OSALAN-SDAD. VASCA MEDICINA LABORALY ACMB	TALLER TEORICO PRACTICO: EMBARAZO Y TRABAJO
				Dr. Alvaro Gorostiaga Ruiz-Garma.	POSIBLES EFECTOS DEL TRABAJO SOBRE EL EMBARAZO.
				Especialista en Ginecología y Obstetricia del Hospital de Basurto.	
				Presidente de la Sección de Ginecología de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.	
				Representante Mutuaia	PRESTACIÓN DE SREL EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
				Representante INSS	LA I.T. EN MUJERES EMBARAZADAS.
41	27/05/2016	Jornada	Medicina Psicosomática	Dra. Isabel Usobiaga.- Psicoanalista didáctica de la APM, Psicosomatóloga IPSO.	LA CLASIFICACIÓN PSICOSOMÁTICA CON UN CASO CLÍNICO
				Prof. Dr. Ricardo Franco.- Servicio de Medicina Interna Hospital Universitario de Basurto.	
				D. Rafael Cruz Roche.- Psicoanalista didacta de la APM, Ex vicepresidente de la IPA.	
42	30/05/2016	Jornada	Institucional	Enrique Ubieta Gómez, periodista cubano que viajó con los cooperantes médicos de Cuba enviados al África Occidental a través de Naciones Unidas.	PRESENTACION DEL LIBRO "ZONA ROJA, LA EXPERIENCIA CUBANA DEL EBOLA"
43	01/06/2016			Dr. Juan A. Arévalo Serna. Médico Adjunto Servicio Aparato Digestivo. Hospital Galdakao. Jefe de Servicio de Aparato Digestivo y Endoscopia hospital QUIRÓN Bizkaia	TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA COLITIS ULCEROSA
				Dr. Lago Rodríguez Lago. Médico Adjunto Servicio Aparato Digestivo. Hospital Galdakao.	INFLIXIMAB Y ADALIMUMAB. ¿TRATAMIENTO EN MONOTERAPIA O COMBINADO CON INMUNOSUPRESORES?"
				Dr. Juan A. Arévalo Serna. Médico Adjunto Servicio Aparato Digestivo. Hospital Galdakao. Jefe de Servicio de Aparato Digestivo y Endoscopia hospital QUIRÓN Bizkaia	GOLIMUMAB
				Dr. Antonio Bernal Martínez. Jefe de Sección del Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Galdakao	VEDOLIZUMAB
44	02/06/2016	Jornada	Geriatría	D. Alvaro Mosquera Lajas. Responsable del Servicio Psicosocial de Aspalduko y Centros Sociales de Portugalete. Psicopedagogo, Educador Social y Magister en Bioética	ETICA DEL CUIDADO EN LA ATENCIÓN A NUESTROS MAYORES

45	9 y 10/06/2016	Jornada	Vacunas	CALENDARIOS VACUNALES INFANTILES Modera: J. Korta Murua (Presidente SVNP) Calendario infantil de la CAPV Dra. Elisa Garrote Llanos Calendario Infantil de la AEP: esquema 2+1 Dr. Javier Aristegui Fernández LA LEGISLACIÓN Y LAS VACUNAS Modera: Dña. Mª J. García Etxaniz (Presidenta C.E.B.) ¿Obligatoriedad de las vacunas? Enfermería , ¿cómo interpretar el RD ? Responsabilidades vacunales, ¿a quién afecta? D. César Tolosa Triño (Magistrado de la Sala tercera del Tribunal Supremo) VACUNAS NO FINANCIADAS Modera: Dr. Javier Aristegui Fernández Meningo B Dra. Teresa Hernández Sampelayo Rotavirus Dr. Luis Ortigosa Castillo VPH en niños, nueva vacuna nonavalente Dra. Noelia López Malpartida VACUNACIÓN EN EL ADULTO Modera: Dra. Aránzazu Gonzalo García (Integración OSI BB) Objetivos y finalidad de la vacunación en adultos Dra. Lucila Madariaga Torres Calendario del adulto de la CAPV Sra. Rosa Sancho Martínez Calendario de adultos en casos especiales Dra. Ruth Figueroa Ceron VACUNAS PARA LOS ADULTOS Modera Dra. Miren Basaras Ibarzabal VPH, vacuna nonavalente, ¿ también en el adulto? Dr. Daniel Andía Ortiz Vacuna para el Herpes Zoster y neuralgia postherpética Dr. Ramón Cisterna Cancer Vacunación frente al neumococo Dr. José ignacio Villate Navarro Vacunación frente a la gripe, ¿seguimos vacunando? Dr. José Mª Arteagoitia CLAUSURA Dr. Ricardo Franco, Presidente Academia Ciencias Médicas de Bilbao	III FORO DE VACUNAS DEL PAIS VASCO
46	15/06/2016	Jornada	Psiquiatría	Fernando Marquinez. Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, presidente de la sección de psiquiatría. Presentación. Blanca Sarasua, poetisa Marian Moreno, psicóloga psicoterapeuta Florencio Moneo, médico psicoterapeuta	LA SALUD MENTAL, PSICOTERAPIA GRUPAL Y LA ESCRITURA LA POESÍA EN MUCHOS MOMENTOS LA PSICOTERAPIA ANALÍTICA COMO ESPACIO CREATIVO ESCRITURA Y PSICOTERAPIAS, TAMBIÉN LAS GRUPALES
47	15/06/2016	ES	Encuentros con la Salud	Dr. Iñigo Echaniz Urcelay. Jefe de Servicio de Pediatría y Neonatología. Hospital Quironsalud Bizkaia. Dr. Pablo Oliver Goicoelea. Coordinador de Urgencias Pediátricas.	ALIMENTACION EN LA INFANCIA
48	16/06/2016	ACTO	INSTITUCIONAL		CLAUSURA CURSO ACADEMICO 2015-2016
49	21/06/2016	Jornada	Neurología	Prof. Dr. Juan Jose Zarranz. Catedrático emérito del Dpto. de Neurociencias UPV/EHU. Dra. Garbiñe Urtusagasti Orue. Responsable de la Unidad del dolor de Euskaltel Dra. Maria Luisa Franco Gay, Anestesióloga y especialista en tratamiento del dolor.	BOURNEVILLE (el gran reformador), CHARCOT, LA HISTERIA Y EL ORIGEN DEL EPÓNIMO PRESENTACIÓN LIBRO DOLOR DE LA Sociedad Española del Dolor-SED
50	14/07/2016	Jornada	Dolor		

ARTÍCULO ESPECIAL

Gac Med Bilbao. 2017;114(1):35-37



Crónica de la III Jornada de Actualización en Patología Mamaria

José Antonio López-Ruiz

Presidente de la Sociedad Vasca de Patología Mamaria/Ugatz Patologiaren Euskal Elkarte (SVPM-UPEE)

Recibido el 2 de diciembre de 2016; aceptado el 23 de noviembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Patología mamaria.
Cáncer de mama.
País Vasco.

Resumen:

La Sociedad Vasca de Patología Mamaria – Ugatz Patologiaren Euskal Elkarte, la Fundación de Estudios Sanitarios y la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao celebraron el pasado 16 de diciembre en el Colegio de Médicos de Bizkaia la "III Jornada de Actualización en Patología Mamaria".

© 2017 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

KEY WORDS

Breast pathology.
Breast cancer.
Basque Country.

Chronicle of the Third Conference on Breast Pathology Update

Abstract:

The Basque Society of Mammary Pathology, the Foundation of Sanitary Studies and the Academy of Medical Sciences of Bilbao celebrated on December 16 at the College of Physicians of Bizkaia the "III Conference of Updating in Mammary Pathology".

© 2017 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

GILTZA-HITZAK

Ugatz-patologia.
Bularreko minbizia.
Euskadi.

Ugatz-Patologiako III. Gaurkotze Jardunaldiko Kronika

Laburpena:

Ugatz Patologiaren Euskal Elkarte, Osasun-Ikerketa Fundazioak eta Medikuek Bilboko Zientzia-Akademiak ospatu zuten joan den "Ugatz-Patologiako" "III." Gaurkotze-Jardunaldiko Bizkaia-ko Medikuen Elkargoko abenduaren 16a.

© 2017 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

Introducción

El pasado 16 de Diciembre, y con la inauguración por el Presidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, Ricardo Franco Vicario, se celebró la "III Jornada de Actualización en Patología Mamaria", en las Salas Landín I y II, del Colegio de Médicos de Bizkaia.

En dicha Jornada tuvieron lugar cinco Simposios, cinco comunicaciones orales y la conferencia de clausura.

Simposio 1

El Simposio 1, moderado por Ignacio Zabalza Estévez (Jefe del Servicio de Anatomía patológica del Hospital de Galdakao) estuvo dedicado a "Biomarcadores en cáncer de mama", y contó con la participación de Mikel Longa Peña (analista), Leire Andrés Álvarez (anatomopatóloga) y Miriam Rábano Azurmendi (bióloga).

Entre sus conclusiones más interesantes destacan:

- Los habituales marcadores séricos pueden tener valor, siempre que sus valores se acompañen de un contexto clínico compatible, en especial cuando se observa un incremento seriado de los mismos.
- El análisis anatomopatológico tisular, junto con las determinaciones inmunohistoquímicas, resultan fundamentales para evaluar las características pronósticas de los tumores mamarios, si bien se aprecia cierta variabilidad interobservador en la determinación de algunos biomarcadores, tales como el marcador de proliferación celular Ki67. Por ello se concede cada vez más valor a la información suministrada por las denominadas plataformas de expresión génica.
- El papel de las células madre puede justificar algunos casos de resistencia a la terapia, por lo que actualmente se encuentran avanzados diversos proyectos de investigación encaminados a detectar nuevos biomarcadores, como el SOX2.

Simposio 2

El Simposio 2, moderado por Javier Regalado Bilbao (Cirujano Plástico) estuvo dedicado a "Mamoplastia de aumento por motivos estéticos: complicaciones y efectos adversos", y contó con la participación de Emilio García Tutor (cirujano plástico) y el propio moderador, Javier Regalado Bilbao. Entre sus conclusiones más interesantes pueden destacarse:

- La mamoplastia por motivos estéticos es un procedimiento quirúrgico no exento de complicaciones, algo que muchas mujeres no tienen en cuenta a la hora de tomar la decisión de someterse a la intervención.
- Cada mujer ha de ser evaluada específicamente por su cirujano plástico, con objeto de seleccionar el tipo de intervención y material más apropiado.
- En los últimos años se ha venido comunicando la existencia de casos de Linfoma Anaplásico capsular/intracapsular, entre mujeres con antecedentes de mamoplastia de aumento. Si bien se trata de una complicación extremadamente rara, lo cierto es que los casos comunicados van en aumento cada año.

Simposio 3

En el Simposio 3, moderado por Juan Antonio Mieza Arama (Ginecólogo) estuvo dedicado al "Tratamiento quirúrgico del cáncer de mama", y contó con la participación de Fernando Martínez Regueira (cirujano) y el propio moderador, Juan Antonio Mieza Arana. Cabe destacar en este simposio que:

- Es importante conocer las implicaciones y posibles limitaciones de la reconstrucción mamaria oncológica, en especial de cara a la radioterapia, si bien no se contraindica la misma en pacientes reconstruidas.
- La linfadenectomía axilar, incluso en el caso de tener constancia de su afectación neoplásica, no tiene sentido, excepto ante casos de afectación prominentemente voluminosa (por motivos "higiénicos"). Bastaría la radioterapia, pues la morbilidad es mucho menor que la linfadenectomía, sin diferencias en supervivencia.

Simposio 4

El Simposio 4, moderado por Jaione Zulueta Madariaga (ginecóloga) estuvo dedicado a la "Información necesaria para una terapia personalizada del cáncer de mama", y contó con la participación de Arlette Elizalde Pérez (radióloga), M.^a José García Velloso (medicina nuclear) y Natalia Rodríguez-Spiteri Sagredo (cirujana). Las conclusiones más interesantes de este Simposio podrían ser:

- Para un correcto abordaje terapéutico es preciso realizar una adecuada estadificación locoregional (y sistémica, si procede), lo cual incluye la realización de resonancia magnética mamaria pre-terapéutica.
- En general, los protocolos de estudio inicial y seguimiento han de ser consensuados de manera multidisciplinar.

Simposio 5

En el quinto simposio, moderado por Ricardo Fernández Rodríguez (oncólogo médico de IMQ Zorrotzaurre), se abordó el "Tratamiento no quirúrgico del cáncer de mama", y contó con la participación de Clara Eito Valdovinos (oncóloga radioterápica) y Edgar Gerardo Urrego Torres (oncólogo médico). De este Simposio cabe destacar:

- El papel que juega la radioterapia, tanto mamaria como ganglionar regional, en el control de la enfermedad, con resultados prácticamente superponibles a las técnicas quirúrgicas más agresivas, con menor morbilidad.
- De manera creciente, y gracias al paradigma del tratamiento personalizado, surgen fármacos "diana-específicos", cada vez más adaptados al perfil biológico tumoral.

Comunicaciones

Se aceptaron para presentación, cinco comunicaciones orales, moderadas por Jaione Zulueta Madariaga:

- "Prevención del cáncer de mama en la empresa", presentada por Francisco Javier López Pérez (mé-

dico de empresa).

- “Seguimiento oncológico: implementando el valor de la RM mamaria”, presentada por Emilli Giménez Garai (ginecóloga).
- “Embarazo post-cáncer de mama”, presentada por Enrique M.^a Chacón (ginecólogo).
- “Medicina traslacional: del tratamiento anatómico al molecular”, presentada por Juan Antonio Mieza Arana (ginecólogo).
- “Valor diagnóstico de la biopsia asistida por vacío (BAV) en mesa estereotáxica digital prona: revisión de 2.078 procedimientos”, presentada por José Antonio López Ruiz (radiólogo). No presentada por falta de tiempo.

Conferencia de clausura

La Jornada se cerró con una conferencia de clausura ti-

tulada “Detección precoz del cáncer de mama: una labor que debe ser personalizada”, a cargo del radiólogo y presidente de la Sociedad Vasca de Patología Mamaria – Ugatz Patologiaren Euskal Elkarte (SVPM-UPPEE). En dicha conferencia se subrayó el hecho de que:

- Cada mujer presenta unas determinadas características (patrón mamográfico de fondo, factores de riesgo, etc.) que hacen necesaria una estrategia personalizada de detección precoz mediante métodos radiológicos.
- La mamografía no es suficiente en los casos de patrones “densos”.
- Los métodos radiológicos, como detección precoz (tanto en el cáncer de mama como en otros tumores frecuentes), tienen sus días contados, en aras de nuevas tecnologías basadas en nanobiosensores y avances genéticos.

ARTÍCULO ESPECIAL



Gac Med Bilbao. 2017;114(1):38-39

Vídeo-conferencia sobre hipertensión arterial en hemodiálisis

Ricardo Franco-Vicario^a, Julen Ocharan-Corcuera^a, Rosa Inés Muñoz-González^b

(a) *Academia de Ciencias Médicas de Bilbao*

(b) *Servicio de Nefrología. Hospital Galdakao-Usansolo. Osakidetza. Bizkaia. Euskadi. España*

Recibido el 8 de febrero de 2017; aceptado el 23 de febrero de 2017

PALABRAS CLAVE

Hipertensión arterial.
Hemodiálisis.
Videoconferencia.

Resumen:

La Academia de Ciencias Médicas de Bilbao (ACMB), por medio de la Sección de Nefrología e Hipertensión, celebró la video-conferencia con el título "Hipertensión Arterial en hemodiálisis", celebrada el día 17 de enero de 2017 en el Colegio de Médicos de Bizkaia. © 2017 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

KEY WORDS

Arterial hypertension.
Hemodialysis.
Videoconference.

Video-conference on arterial hypertension in hemodialysis

Abstract:

The Academy of Medical Sciences of Bilbao (ACMB), through the Section of Nephrology and Hypertension, held the video conference with the title "Arterial Hypertension in Hemodialysis", held on January 17, 2017 at the College of Physicians of Bizkaia. © 2017 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

GILTZA-HITZAK

Hipertentsio arteriala.
Hemodialisia.
Bideokonferentzia.

Hemodialisiko hipertentsio arterialaren gaineko bideo-konferentzia

Laburpena:

Medikuak Bilboko (ACMB-etako), Nefrologiako eta Hipertentsioko Sailaren bidez, Zientzia-Akademiak ospatu zuen bideo-konferentzia "Hemodialisiko Hipertentsio Arteriala" tituluarekin, Bizkaia-ko Medikuen Elkargoko 2017ko urtarrilaren 17an ospatuta. © 2017 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

La Academia de Ciencias Médicas de Bilbao (ACMB), por medio de la Sección de Nefrología e Hipertensión, tiene el gusto de comunicar la vídeo-conferencia con el título “Hipertensión arterial en hemodiálisis”, celebrada el día 17 de enero de 2017, martes, a las 19:00 horas, en el salón Landín del Colegio de Médicos de Bizkaia, (c/ Lersundi, 9 – 4.ª planta, Bilbao), encabezada por el presidente de la ACMB, Prof. Dr. Ricardo Franco-Vicario, de moderador el presidente de la Sección de Nefrología e Hipertensión de la ACMB, Dr. Julen Ocharan-Corcueru y de ponente, la Dra. Rosa Inés Muñoz-González, del servicio de Nefrología del Hospital Galdakao-Usansolo (OSI Barrualde-Galdakao), de Bizkaia (Euskadi).

En esta vídeo-conferencia se desarrolla —con una introducción— el tema (no está enfocado a los estudios epidemiológicos), la patogénesis, la sobrecarga de volumen y el peso seco (diagnóstico y tratamiento) con bioimpedancia, sistemas de control del volumen sanguíneo y otros, así como los apuntes sobre otros tratamientos y las conclusiones.

Asimismo, debemos señalar que más del 80% de los pacientes que inician hemodiálisis (HD) sufren hipertensión arterial (HTA). Entre el 50 y el 60% de los pacientes prevalentes en HD sufren HTA. Con respecto a la mortalidad cardiovascular por HTA: estudios de cohortes (menores registros de presión arterial (PA), mayor mortalidad (epidemiología inversa), metaanálisis de estudios aleatorizados, con menores cifras de PA, menor

mortalidad¹. Patogénesis y herramientas de diagnóstico y de tratamiento especiales².

Entre las conclusiones finales de esta conferencia, merece la pena destacar:

- La sobrecarga de volumen es la causa más frecuente de HTA en los pacientes en HD y alcanzar el peso seco es el primer tratamiento.
- Además de la clínica, nos tenemos que ayudar de herramientas, como la bioimpedancia y los sistemas de control de volumen sanguíneo.
- La corrección de la sobrecarga de volumen puede mejorar el pronóstico cardiovascular y vital de los pacientes.
- También, es necesario en el tratamiento de la HTA, el control del sodio con dieta baja de éste, ajuste en el baño y, en ocasiones con medicación antihipertensiva.

Bibliografía

- 1 Heerspink HJ, Ninomiva T, Zoungas S, de Zeeuw D, Grobbee DE, Jardine MJ et al: Effect of lowering blood pressure on cardiovascular events and mortality in patients on dialysis: a systematic review and metaanalysis of randomised controlled trials. *Lancet*. 2009; 373:: 1009-15.
- 2 Agarwal R, Flynn J, Poque V, Rahman M, Reisin E, Weir MR. Assessment and management of hypertension in patients on dialysis. *J Am Soc Nephrol*. 2014; 25: 1630-46.

CRÍTICA DE LIBROS



Gac Med Bilbao. 2017;114(1):40-41

Literatura y Medicina en la obra del profesor Luis Sánchez Granjel

Literature and Medicine in the work of Professor Luis Sánchez Granjel

Literatura eta Sendagaia Luis Sánchez Granjel irakaslearen lanean

Herrera Rodríguez, Francisco y Urkia Etxabe, José María. Literatura y Medicina en la obra del profesor Luis Sánchez Granjel. Zarautz, Itxaropena S.A. ISBN: 978-84-608-4378-8. 223 pp.

El interés por la literatura del profesor Granjel, amigo de honor y colaborador de la Bascongada, ha sido muy grande en todo su recorrido vital. Solo tenemos que recordar que en los años 50 del pasado siglo ya habían comenzado a publicar biografías de escritores y otras publicaciones literarias. Repasando la bibliografía de este volumen, el número de artículos y libros sobre temas literarios supera los 50. Entre las publicaciones de la Bascongada hay varias realizadas por este prolífico médico e historiador. Cabe destacar "Una vida de Historiador" (1988) y "Psicobiografía de Unamuno" (1999), habiendo estado estrechamente vinculado a la historia de la medicina vasca. Su fallecimiento se produjo el 29 de noviembre de 2014 a la edad de 94 años, en su ciudad de Salamanca, donde vivió y desarrolló su carrera profesional, aunque su lugar de nacimiento fue la villa guipuzcoana de Segura, donde su padre trabajaba como médico.

Llama la atención que un médico tenga una bibliografía tan extensa de temas literarios y eso tiene su explicación. En el homenaje que la Bascongada realizó a los hermanos Munoa, el Dr. Granjel asistió a la comida posterior, ya que contaba al Dr. Munoa entre sus amigos, y estando charlando allí de diversos temas alguien le dijo: "¿Usted como médico...?", y el Dr. Granjel le cortó. "Perdone. Yo no soy médico". Y, en la práctica, así es. Fue un doctor en Medicina que ejerció muy poco como médico, teniendo una dedicación inicial a la psiquiatría, pero que en seguida se dedicó a la Historia de la Medi-

cina y a las humanidades médicas, siendo discípulo de Laín y siendo un historiador y un profundo conocedor de la literatura española.

Así, el primero de los capítulos del libro se basa fundamentalmente en el referido libro "Una vida de historiador", en el que resume, de modo autobiográfico su trayectoria como historiador.

Volviendo al tema de la literatura y medicina, donde dio el paso a escribir sobre literatos y sobre médicos a realizar un trabajo más intenso y estructurado sobre la relación entre medicina y literatura fue en su publicación: "Literatura y Medicina" (cuaderno de trabajo) publicado por la Sociedad Vasca de Historia de la Medicina, con el patrocinio de la Bascongada, en 2001. El origen de ese texto fue un curso de doctorado de la Universidad del País Vasco, en el curso académico 1993-1994, que tuve la suerte de compartir con él. Yo, como el trabajo de mi tesis doctoral había sido sobre Martín-Santos, hablé de la enfermedad y el médico en la obra de Luis Martín-Santos, y también sobre la novela de Tolstoy "La muerte de Iván Illich". El trabajo del profesor Granjel fue más completo ya que, además de poner numerosos ejemplos de la visión de la enfermedad y de la figura del médico en numerosos autores de la literatura española, realizó las bases metodológicas del análisis de la relación entre medicina y literatura. Él mismo lo recuerda en ese volumen. Dice Granjel: "Este 'Cuaderno de trabajo' tuvo su primera versión en el curso 'Medicina y literatura' dictado en la Universidad del País Vasco".

El contenido de este libro ocupa el segundo capítulo del que estamos comentando. En él, justifica que la literatura es una fuente histórica para la Historia de la Medicina y analiza la figura del médico, la visión de la

enfermedad y el cuidado de los enfermos a través de la Historia de la Literatura.

Posteriormente, capítulo a capítulo, los autores van recogiendo las publicaciones de Granjel sobre los diversos periodos del pasado médico y literario.

Comienzan con la medicina y literatura en el antiguo régimen, de los siglos XVI al XVIII. Para ello utilizan dos artículos de la revista *Medicina e Historia*, uno sobre “La figura del médico en la literatura picaresca española” y otra sobre “Los médicos ante El Quijote”, a la que se suman dos libros, el titulado “La medicina y los médicos en las obras de Torres Villarroel” y algunos capítulos del libro “El ejercicio médico”. También estudió Granjel el médico del Barroco, destacando, dicen los autores del libro, a Quevedo como vitriólico escritor contra los médicos: “Lo primero”, decía Quevedo, “linda mula, sortijón de esmeralda en el pulgar, guantes doblados, ropilla larga y, en verano, sombrero de tafetán. Y teniendo esto, aunque no hayas visto un libro, curas y eres doctor”.

El siguiente capítulo está dedicado a Galdós. Sobre Galdós hay un capítulo “Personajes médicos de Galdós” en el libro que Granjel dedica a “Baroja y otras figuras del 98”. Asimismo, en Cuadernos Hispamoamericanos publicó un artículo titulado “Personajes médicos de Galdós”.

El citado “Baroja y otras figuras del 98” es comentado en el siguiente capítulo titulado “¿Generación del 98 o promoción literaria de la regencia?”. Un dato particular de este libro es que en él incluye a Ramón y Cajal dentro de dicha generación, contrariamente a lo que hacen otros autores. Granjel considera que a pesar de ser Ramón y Cajal anterior a los miembros de esta generación, sus ideas y preocupaciones, en este caso sobre la ciencia, son similares a las de los noventayochistas. Pero la producción de Granjel sobre los del 98 no quedó reducida a este libro, sino que hay que destacar también los volúmenes titulados: “Panorama de la generación del 98”, “La generación del 98” y “Maestros y amigos de la generación del 98”.

En San Sebastián, dentro de las actividades de la Asociación Artística de Guipúzcoa, bajo la dirección del Dr. Munoa, también contamos con una participación del Dr. Granjel, el 18 de junio de 1960, en un ciclo de conferencias dedicado al 98 y el título de la pronunciada por el profesor salmantino fue “Nuevo asalto al 98”. Completaron la participación en dicho ciclo Santiago Aizarna y Javier Bello Portu.

Seguidamente, Ganjel, va desgranando, uno a uno, a los miembros de dicha generación.

El siguiente capítulo se dedica a Unamuno, sobre el que publicó un profundo libro titulado “Psicobiografía de Unamuno” (1999). En él Granjel persigue al hombre interior, sin olvidarse del hombre público y se analizan sus dos crisis personales (su formación psiquiátrica y su conocimiento de la obra de Carl Jung, queda patente en este trabajo). Previamente, en 1957 había escrito un “Retrato de Unamuno” en el que lo describe de esta manera: “Era don Miguel de Unamuno, así lo recuerdo el último año de su vigorosa senectud, un hombre de talla más bien alta y de andar vacilante”.

A continuación, es Felipe Trigo el analizado. Este mé-

dico y literato extremeño es autor de “El médico rural”. Hay algún apunte sobre esta obra en el libro “Panorama de la generación del 98 (1959), pero el estudio más en profundidad lo realizó en el trabajo titulado “Felipe Trigo. Medicina y literatura” que fue presentado en la II Reunión de la Asociación de Médicos Escritores y Artistas (ASEMEYA) en 1975 y posteriormente se publicó en la revista “El médico”. Este texto es un documento histórico de la España de la Restauración, y según los autores de este libro que estamos comentando, sería muy interesante que los estudiantes de Medicina leyera esta novela de Felipe Trigo, porque es un documento impagable para reflexionar sobre la profesión médica.

El siguiente capítulo se dedica a la obra de Pío Baroja. Los conocimientos de Granjel sobre este escritor son enciclopédicos y prueba de ello es el buen número de libros dedicados al escritor donostiarra. Entre ellos, cabe destacar los siguientes: “Retrato de Pío Baroja” (1953), “Baroja y otras figuras del 98” (1960), “La personalidad médica de Pío Baroja” (1973) y “El último Baroja” (1992). Y recalcan los autores del libro: “Granjel no pasó de puntillas sobre la obra de Baroja sino que ha tratado más de explicar los hechos, como historiador y biógrafo, que emitir juicios de valor”.

Los médicos y los enfermos en la obra de Azorín no podían quedar al margen de este tratado. En 1958 publicó “Retrato de Azorín”, donde capta el carácter y la psicología del novelista y posteriormente, un análisis de la obra de Azorín “El médico” en el libro titulado “Una lectura médica de “El enfermo” de Azorín” (1988). En opinión de Granjel, este libro es un valioso testimonio para un conocimiento más humanizado de la enfermedad.

Los dos últimos capítulos son los dedicados a Ramón Gómez de la Serna y al doctor Marañón, del que a los pocos meses de su fallecimiento, en 1960, publicó el libro “Gregorio Marañón, su vida y su obra”. En este libro, como dice su prólogo, Granjel pretendía: “exponer el perfil del mundo ideológico del Dr. Marañón y un panorama de su dilatada labor de escritor en los campos científico, histórico y literario”.

A modo de epílogo, los autores relatan cómo el Ayuntamiento de Segura, lugar donde había nacido, le hizo un homenaje al profesor Granjel, en 2015, tras su fallecimiento, donde se le nombró hijo predilecto de la villa y se publicó un texto del profesor Granjel sobre la labor de su padre en dicha localidad guipuzcoana. Concretamente: “On Luis S. Granjel. Segurako seme Kuttuna (Sendagilearen semea. Hijo de médico)”.

Finalmente, los autores del libro son dos profesores de Historia, discípulos del Profesor Granjel, concretamente, Francisco Herrera Rodríguez, profesor de Historia de la Ciencia en la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Cádiz y José María Urkia Etxabe, profesor de Historia de la Medicina en la Universidad del País Vasco y miembro de la Bascongada en la que ha ocupado varios cargos de representación (presidente de Gipuzkoa y director, entre otros).

NOTA DE SEGURIDAD



Gac Med Bilbao. 2017;114(1):42-44

Antivirales de acción directa en el tratamiento de la hepatitis C: evaluación del riesgo de reactivación de hepatitis B y recurrencia de carcinoma hepatocelular

Direct-acting antiviral interferon-free regimens to treat chronic hepatitis C: risk of hepatitis B reactivation

Hepatitis C tratatzeko ekintza zuzena duten birus-kontrako medikamentuek: Hepatitis B birusaren errektibazioaren arriskua eta kartzinoma hepatozelular errekurrentziaren ebaluaketa

Fecha de publicación
5 de diciembre de 2016.

Categoría
Medicamentos de uso humano, seguridad.

Referencia
MUH (FV.) 17/2016.
https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2016/docs/NI-MUH_FV_17-antivirales.pdf.

Nota informativa
El Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia Europeo (PRAC) ha finalizado la evaluación del riesgo de reactivación de hepatitis B y de la aparición de recurrencia de carcinoma hepatocelular (CHC) en pacientes tratados con antivirales de acción directa (AAD)² para la hepatitis C.

Esta revisión se inició con motivo de casos de reactivación de hepatitis B recibidos por notificación espontánea y publicados en la literatura, así como por los resultados de un estudio¹ sobre recurrencia de CHC en pacientes tratados con AAD. Se han evaluado los datos de ensayos clínicos, de la literatura médica y de la notificación espontánea de sospechas de reacciones

adversas, así como la información proporcionada por un grupo de expertos.

Reactivación de hepatitis B
Teniendo en cuenta la mayor actividad de los AAD frente al virus de la hepatitis C (VHC) y su falta de actividad frente al VHB, el riesgo de reactivación del VHB puede ser mayor con éstos que los tratamientos disponibles previamente basados en interferón.

La información sobre reactivación de VHB procedente de ensayos clínicos con AAD es muy limitada dado que la presencia de hepatitis B se consideró un criterio de exclusión en los ensayos clínicos realizados previamente a la autorización de estos medicamentos, por lo que la serología o detección de DNA del VHB no se llevó a cabo de forma sistemática. Por lo tanto, los datos disponibles se basan en la experiencia poscomercialización.

Aunque se han descrito en la literatura algunos casos graves e incluso mortales, la información disponible indica que la reactivación de la replicación del VHB puede ser moderada y sin consecuencias clínicas. Actualmente no se puede establecer la influencia del tipo de hepatitis C (genotipo, carga viral y estado histopatológico) sobre este riesgo. No obstante, se puede asumir que aquellos pacientes con enfermedad hepática

tica más avanzada pueden tener más probabilidad de complicaciones clínicas.

Los datos disponibles muestran que la reactivación del VHB puede ocurrir en el contexto de cualquier tratamiento con AAD si el paciente está coinfectado con el VHB y VHC, aunque puede presentarse fundamentalmente en pacientes con antígeno de superficie detectable (HBsAg) y replicación viral detectada mediante el nivel de DNA del VHB. No obstante puede ocurrir también en pacientes con HBsAg negativo pero con anticuerpo antinuclear (HBc-Ac) positivo, de los cuales una pequeña proporción puede presentar replicación viral variable.

En general, en los casos notificados de reactivación del VHB, ésta ocurrió poco después de iniciarse el tratamiento con AAD, en relación con la rápida reducción de la carga viral del VHC característica del tratamiento con AAD.

El PRAC ha concluido que existen suficientes evidencias sobre el riesgo de reactivación del VHB en pacientes coinfectados, tratados con AAD. Por lo tanto, estos pacientes deben ser estrechamente monitorizados, recomendando la realización de cribado de VHB en todos los pacientes antes de iniciar el tratamiento con AAD. Aquellos pacientes coinfectados con VHB y VHC deben ser monitorizados y tratados de acuerdo a las guías de práctica clínica actuales².

Carcinoma hepatocelular

En cuanto al carcinoma hepatocelular, la necesidad de esta revisión surgió a partir de la publicación de un estudio¹ realizado en unidades de hepatología de 4 hospitales españoles en pacientes con hepatitis C crónica que habían sido ya diagnosticados y tratados de un CHC, sin evidencias ecográficas de presencia de tumor, y que recibieron posteriormente tratamiento antiviral. El estudio sugiere una incidencia de recurrencias tempranas de CHC más elevada de lo esperable en estos pacientes y llama la atención sobre la necesidad de obtener más datos sobre esta señal de farmacovigilancia. La hipótesis postulada por los autores es que la rápida reducción de la carga viral del VHC que se consigue con el tratamiento antiviral pudiera reducir determinadas respuestas inflamatorias en el organismo, lo que resultaría en una supresión de la respuesta inmune, favoreciendo así el crecimiento de clones tumorales. Algunos estudios posteriores han obtenido resultados similares³ mientras que otros no apoyan estos hallazgos⁴.

Tanto los ensayos clínicos como los datos de estudios que han registrado el uso de estos medicamentos en práctica clínica, no proporcionan información suficiente para confirmar o descartar la señal, ya que los pacientes con antecedentes de CHC fueron excluidos en casi la totalidad de los ensayos clínicos realizados.

Como consecuencia el PRAC ha concluido que son necesarios nuevos estudios para analizar el impacto del tratamiento con antivirales directos sobre la recurrencia de CHC, que deberán ser requeridos a los laboratorios titulares de la autorización de

comercialización de estos medicamentos. Además, y puesto que se carece también de datos sólidos sobre el impacto del tratamiento con antivirales directos sobre la incidencia y el patrón de aparición de CHC en pacientes cirróticos sin cáncer previo, se considera importante realizar un estudio prospectivo en estos pacientes.

La relevancia de dilucidar esta cuestión viene determinada por el importante impacto que la aparición de un CHC tiene en estos pacientes. De hecho, aunque el objetivo inmediato del tratamiento con antivirales es conseguir la erradicación del virus C, el objetivo a largo plazo del tratamiento es reducir las complicaciones de la enfermedad, entre las que se encuentran, además de la progresión a cirrosis descompensada y otras, la aparición de hepatocarcinoma.

Recomendaciones de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

En relación con la reactivación del VHB

- Realizar serología frente a VHB antes de iniciarse el tratamiento con AAD en todos los pacientes candidatos a este tratamiento.
- En pacientes actualmente en tratamiento con AAD debe realizarse también el cribado de VHB.
- En aquellos pacientes coinfectados con VHB y VHC seguir las pautas y recomendaciones de las guías de práctica clínica.

En relación con el carcinoma hepatocelular

En tanto en cuanto no se disponga de nuevos estudios que permitan valorar el impacto del tratamiento con AAD sobre el riesgo de CHC, se recomienda a los profesionales sanitarios:

- Los pacientes sin hepatocarcinoma previo, con fibrosis avanzada (F3) y cirrosis, con respuesta viral sostenida tras tratamiento antiviral con AAD, deben continuar siendo monitorizados ecográficamente cada 6 meses para vigilar la aparición de CHC, tal como recomienda la EASL (European Association for the Study of the Liver)(2).
- Como medidas de precaución, en los pacientes infectados por VHC con CHC que hayan alcanzado respuesta radiológica completa y sean candidatos a tratamiento con AAD para conseguir la erradicación del VHC, debe considerarse individualmente el beneficio frente a los riesgos potenciales, teniendo en cuenta la situación clínica del paciente.

Finalmente se recuerda la importancia de notificar todas las sospechas de reacciones adversas al Centro Autonómico de Farmacovigilancia correspondiente (http://www.aemps.gob.es/vigilancia/medicamentosUsoHumano/docs/dir_serfv.pdf) del SEFV-H, pudiéndose realizar a través del formulario electrónico disponible en la web <https://www.notificaram.es>.

Bibliografía

- 1 Reig, M., Mariño, Z., Perelló, C., et al. Unexpected early tumor recurrence in patients with hepatitis C virus -related hepatocellular carcinoma under-

- going interferon-free therapy: a note of caution, *Journal of Hepatology* (2016), doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2016.04.008>
- 2 European Association for Study of the Liver (EASL) [clinical guidelines](http://www.easl.eu). Disponibles en: www.easl.eu
 - 3 Conti F, Buonfiglioli F, Scuteri A, et al. Early occurrence and recurrence of hepatocellular carcinoma in HCV-related cirrhosis treated with direct-acting antivirals. *J Hepatol* 2016. doi: 10.1016/j.jhep.2016.06.015.
 - 4 Pol S. Lack of evidence of an effect of Direct Acting Antivirals on the recurrence of hepatocellular carcinoma. *Journal of Hepatology* 2016, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2016.05.045>

Notas

¹ Estas recomendaciones, deberán ser valoradas por el Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y posteriormente hacerse efectivas mediante la correspondiente Decisión de la Comisión Europea. La AEMPS emitirá una nueva nota informativa, en caso de que dicha Decisión difiera sustancialmente de las recomendaciones que acaban de exponerse.

² Esta revisión se ha llevado a cabo sobre los datos disponible de los siguientes AAD: Daklinza (daclatasvir), Exviera (dasabuvir), Harvoni (sofosbuvir / ledipasvir), Olysio (simeprevir), Sovaldi (sofosbuvir) and Viekirax (ombitasvir / paritaprevir / ritonavir). Después de iniciarse esta revisión se han autorizado otros dos AAD: Epclusa (sofosbuvir / velpatasvir) y Zepatier (elbasvir / grazoprevir).

NOTA DE SEGURIDAD



Gac Med Bilbao. 2017;114(1):45-46

Canagliflozina y riesgo de amputación no traumática en miembros inferiores

Canagliflozin and risk of lower extremity non-traumatic amputations

Kanagliflozina eta beheko kideengan ebakitze ez traumatikoaren arriskua

Fecha de publicación

10 de febrero de 2017.

Categoría

Medicamentos de uso humano, seguridad.

Referencia

MUH (FV,) 1/2017.

https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2017/docs/NI-MUH_FV_01-canagliflozina.pdf.

Nota informativa

La canagliflozina es un antidiabético de administración oral, perteneciente al grupo de los inhibidores reversibles del co-transportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT-2), que actúa reduciendo la reabsorción renal de glucosa y produciendo diuresis osmótica.

En mayo del pasado año, 2016, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) informó ([NI MUH \(FV\), 10/2016](#)) sobre el inicio de una revisión, con el objetivo de evaluar el incremento de riesgo de amputación no traumática en miembros inferiores asociado al uso de canagliflozina. Esta evaluación se inició tras conocerse los resultados preliminares de dos estudios (CANVAS y CANVAS-R) en pacientes diabéticos con riesgo elevado de presentar eventos cardiovasculares.

Posteriormente, se estimó conveniente incluir en esta revisión al resto de principios activos pertenecientes al grupo de los SGLT-2 (dapagliflozina y empagliflo-

zina) para valorar la posibilidad de que pudiese tratarse de un efecto de clase.

Una vez finalizada la evaluación, las conclusiones alcanzadas han sido las siguientes:

- En base a los datos procedentes de los estudios CANVAS y CANVAS-R se confirma que el tratamiento con canagliflozina podría incrementar el riesgo de amputación no traumática en miembros inferiores (fundamentalmente los dedos de los pies) en pacientes diabéticos. Hasta el momento no se ha podido dilucidar el mecanismo causal que explique esta circunstancia.
- Actualmente no puede descartarse que dapagliflozina y empagliflozina también puedan asociarse a un incremento de este riesgo. Si bien no ha llegado a constatarse que tal incremento de riesgo exista, la posibilidad de que pueda tratarse de un efecto de clase no ha podido excluirse dado que:
 - Los datos disponibles para dapagliflozina y empagliflozina sobre amputación no traumática en miembros inferiores, procedentes tanto de ensayos clínicos como de la experiencia post-comercialización, son limitados.
 - Todos los SGLT-2 comparten el mismo mecanismo de acción.
 - El potencial mecanismo que conduce al aumento del riesgo de amputación no se conoce.
 - No se ha identificado ninguna causa subyacente específica que pueda explicar que este aumento de riesgo es únicamente atribuible a canagliflozina.

En base a estas conclusiones y mientras se obtiene información adicional de otros estudios actualmente en curso con los SGLT-2, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios recomienda a los profesionales sanitarios:

Con respecto a canagliflozina:

- Considerar la posibilidad de interrumpir el tratamiento en aquellos pacientes que desarrollen complicaciones importantes en los pies (p.ej., ulceraciones o infecciones).

Con respecto al grupo terapéutico (canagliflozina, dapagliflozina, empagliflozina):

- Vigilar a los pacientes al objeto de detectar signos y síntomas provocados por la depleción de agua y sales corporales.
- Asimismo, deberán ser cuidadosamente monitorizados aquellos pacientes que presenten factores de riesgo para amputación, como amputaciones previas, enfermedad vascular periférica o neuropatía preexistente.
- Se deberá iniciar tratamiento precoz de los problemas clínicos que surjan en los pies: ulceración, infección, dolor de nueva aparición o sensibilidad,

entre otros.

- Se deberá recordar a los pacientes la importancia de:
 - Seguir las pautas estándar para el cuidado rutinario preventivo del pie diabético.
 - Mantener una buena hidratación.
 - Informar al médico si se desarrollan úlceras, decoloración de la piel, dolor de nueva aparición o sensibilidad en extremidades inferiores.

Actualmente en España, canagliflozina se comercializa bajo los nombres comerciales de ▼ Invokana (canagliflozina) y ▼ Vokanamet (canagliflozina/metformina). Dapagliflozina como ▼ Ebymect (dapagliflozina/metformina); ▼ Edistride (dapagliflozina); ▼ Forxiga (dapagliflozina) y ▼ Xigduo (dapagliflozina/metformina). Empagliflozina como ▼ Jardiance (empagliflozina) y ▼ Synjardy (empagliflozina/metformina).

Finalmente se recuerda la importancia de notificar todas las sospechas de reacciones adversas al Centro Autonómico de Farmacovigilancia correspondiente (http://www.aemps.gob.es/vigilancia/medicamentosUsoHumano/docs/dir_serfv.pdf) del SEFV-H, pudiéndose realizar a través del formulario electrónico disponible en la web <https://www.notificaram.es>.

NOTA DE SEGURIDAD



Gac Med Bilbao. 2017;114(1):47-48

Riesgo de formación de depósitos cerebrales asociado a la administración de agentes de contraste con gadolinio

Risk of brain deposits associated with the administration of gadolinium contrast agents

Gordailu zerebraleko eraketaren gadolinioarekiko kontraste agente administrazioarekin lotutako arriskua

Fecha de publicación

13 de marzo de 2017.

Categoría

Medicamentos de uso humano, seguridad.

Referencia

MUH (FV) 2/2017.

https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2017/docs/NI-MUH_FV_02-gadolinio.pdf.

Nota informativa

Recientemente, el Comité europeo para la evaluación de riesgos en farmacovigilancia (PRAC) ha finalizado la revisión que venía llevando a cabo acerca de la acumulación de gadolinio en ciertas áreas cerebrales tras exposición a contrastes que contienen este metal.

Estos contrastes, utilizados para mejorar la calidad de las imágenes obtenidas a través de resonancia magnética (RM), pueden clasificarse en dos grandes grupos: lineales (ácido gadobénico, gadodiamida, ácido gadopentético, gadoversetamida y ácido gadoxético) y macrocíclicos (gadobutrol, ácido gadotérico y gadoteridol)¹.

Durante el proceso de evaluación realizada se ha puesto de manifiesto:

- La utilización de estos agentes de contraste puede

provocar la aparición de depósitos cerebrales de gadolinio. Este hecho ha podido constatarse tanto indirectamente, a través de estudios que han mostrado áreas con un incremento de la intensidad de la señal en resonancia magnética, como de un modo directo, a través de la medición de los niveles de gadolinio en el cerebro, observados meses después de la última administración del contraste.

- Los datos sobre estabilidad, así como los estudios in vitro y no clínicos disponibles, sugieren que los agentes lineales liberan gadolinio en mayor medida que los agentes macrocíclicos de tal modo que los primeros pueden producir depósitos cerebrales durante periodos incluso superiores a un año, mientras que los últimos suelen tener un carácter transitorio.
- Aunque hasta el momento no se han identificado daños en los pacientes asociados a estos depósitos cerebrales, el Comité europeo para la evaluación de riesgos en farmacovigilancia recomienda adoptar las medidas de precaución que se exponen a continuación. El depósito de gadolinio en otros órganos y tejidos se ha asociado con efectos secundarios poco frecuentes, como es el caso de formación de placas cutáneas o el desarrollo de fibrosis sistémica nefrogénica (ver nota informativa de la AEMPS 2009/12).

Las conclusiones y recomendaciones del PRAC han sido las siguientes:

- Se considera que el beneficio de la administración intravenosa de los siguientes agentes de contraste lineales no supera a sus riesgos: ácido gadobénico, gadodiamida, ácido gadopentético y gadoversetamida y recomienda su suspensión de comercialización. Estos agentes presentan una estructura que les confiere una mayor probabilidad de liberar gadolinio.
- El balance beneficio-riesgo de los dos agentes de contraste lineales indicados a continuación, se considera favorable y se recomienda que se mantengan disponibles debiendo utilizarse a la menor dosis posible y en caso de que otras pruebas diagnósticas no se consideren adecuadas:
 - Ácido gadoxético: por tratarse de un producto con especificidad hepática que cumple con una importante necesidad diagnóstica en pacientes con lesiones en hígado poco vascularizadas.
 - Ácido gadopentético de administración intraarticular: por presentar una concentración de gadolinio muy baja, alrededor de 200 veces inferior a la de los productos intravenosos.
- El balance beneficio-riesgo de los agentes de contraste macrocíclicos (gadobutrol, ácido gadotérico y gadoteridol) se considera favorable, siempre y cuando se utilicen a la menor dosis posible y cuando otras pruebas diagnósticas no se consideren adecuadas.

Estas recomendaciones deberán ser valoradas por el Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y posteriormente hacerse efectivas mediante la correspondiente Decisión de la Comisión Europea. La AEMPS emitirá una nueva nota informativa, en caso de que dicha Decisión difiera sustancialmente de las recomendaciones que acaban de exponerse.

Mientras se adopta una decisión final, la AEMPS recomienda a los profesionales sanitarios como medida de precaución, respetar las recomendaciones del PRAC siempre que sea posible.

Finalmente se recuerda la importancia de notificar todas las sospechas de reacciones adversas al Centro Autonómico de Farmacovigilancia correspondiente (http://www.aemps.gob.es/vigilancia/medicamentosUsoHumano/docs/dir_serfv.pdf) del SEFV-H, pudiéndose realizar a través del formulario electrónico disponible en la web <https://www.notificaram.es>.

Notas

¹ En España se encuentran comercializados actualmente los siguientes agentes de contraste con gadolinio:

- Con ácido gadobénico: Multihance
- Con gadodiamida: Omniscan
- Con ácido gadoxético: Primovist
- Con gadobutrol: Gadovist
- Con ácido gadotérico: Dotarem
- Con gadoteridol: Prohance

El Museo Vasco de Historia de la Medicina ya tiene presencia en Internet



Información general, exposición permanente, exposiciones virtuales, publicaciones del Museo, enlaces de museología médica, etc.

Visítalo en:

<http://www.bizkaia.ehu.es/p209-shmhmhm/es/>

Museo Vasco de Historia de la Medicina. UPV/EHU. Campus de Leioa (Bizkaia).
Tel.: (34) 946 012 790 / (34) 946 012 270. Correo electrónico: museomed@ehu.es
Visitas: de lunes a viernes, de 8:00 a 14:00 h en periodo lectivo (visitas concertadas).

¿Quieres ser académico?

AHORA TE PUEDES INSCRIBIR EN LÍNEA A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

WWW.ACMBILBAO.ORG



The image shows a screenshot of the website www.acmbilbao.org. The header includes the website name and a search bar. A navigation menu contains links like 'La Academia', 'Gaceta Médica de Bilbao', 'Noticias y Agenda', 'Formación', 'Secciones y Sociedades', 'Pacientes', and 'Documentación'. The main content area features a large image of a clipboard with the academy's logo and a 'LET'S KEEP IN TOUCH' form. To the right, there are two buttons: 'REGISTRATE' (if you are already an academic) and 'INSCRÍBETE' (if you want to be an academic). Below these, a red starburst graphic contains the text 'CUOTA REDUCIDA DEL 50% PARA ESTUDIANTES'. A large pixelated hand cursor is pointing towards the registration area. The footer includes logos for IMQ, EUSKO JAURLARITZA GOBIERNO VASCO, and Bilbao, along with a contact form.

Entérate antes que nadie y participa de sus actividades, secciones, cursos y conferencias, tanto de Medicina, como de otras Ciencias de la Salud

La Academia de Ciencias Médicas de Bilbao se fundó en 1895.