

Gaceta Médica de Bilbao

Revista Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Volumen 111. Número 2.
Abril-Junio 2014

Publicación incluida en:

el BIRENE, BN, BNCS, CCPP,
CIBCHACHO (Argentina),
CINDOC, Excep, Med,
IMBIOMED (México), IME/Ín-
dice Médico Español, Inguma/
Euskaltzaindia, Latindex,
NIWI, U.S LC, U.S. NLM
(NLMUID 7505493), U.S.
UnR, SCOPUS, Scirus y
SCIENCE DIRECT

www.acmbilbao.org

Decana de las revistas
médicas de España

Fundada en 1894



Euskaraz dagoen lehen aldizkari zientifiko biomedikoa

¿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 browser's address bar shows the URL. The website header includes the logo of the Academia de Ciencias Médicas de Bilbao and navigation links: La Academia, Gaceta Médica de Bilbao, Noticias y Agenda, Formación, Secciones y Sociedades, Pacientes, and Documentación. A search bar is also present. The main content area features a large image of a clipboard with the academy's logo and a registration form. To the right of the main image, there are two buttons: 'REGISTRATE' (if you are already an academic) and 'INSCRÍBETE' (if you want to be an academic). A large red starburst graphic is overlaid on the right side of the page, containing the text 'CUOTA REDUCIDA DEL 50% PARA ESTUDIANTES'. A large pixelated hand cursor is pointing towards the registration area.

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Identificate
Contactar | Mapa web
Escriba las palabras clave ...
Buscar

La Academia » Gaceta Médica de Bilbao » Noticias y Agenda » Formación » Secciones y Sociedades » Pacientes » Documentación

Si ya eres académico
REGISTRATE

Si quieres ser académico
INSCRÍBETE

COMUNICADOS Y NOTICIAS

Concierto de navidad a beneficio de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao
dic 09, 2013

Memorial. Albert Jovell
2013

2013 Acto Institucional ACMB. Inicio Curso
Académico
dic 22, 2013

Ver todas

Patrocinada por:

IMQ
EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
Departamento de Salud
Bilbao

Contacto
Nombre

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 es la decana de las academias de ciencias de la salud de todo el Estado.

GACETA MÉDICA DE BILBAO



Revista Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Director

Juan Ignacio Goiria

Jefe de redacción

Julen Ocharan Corcuera

Secretaria de redacción

María Elena Suárez González

Consejo de redacción

Carmelo Aguirre
Ignacio Antépara
Julián de Castro
Juan José Díaz Franco
Isidoro García Sánchez
Juan Carlos Ibáñez de Maeztu
Nerea Leal
Gabriel Martínez Compadre
Gregorio Mediavilla Tris
Guillermo Quindós Andrés
Alfredo Rodríguez Antigüedad
Elena Sánchez Chamorro

Felisa Aizpurua
Ángel Barturen
Carmen de la Hoz
Santiago Eguiraun
Juan Gervás
Itziar Ibarra
M.^a José López de Goikoetxea
M.^a José Martínez Bengoechea
Rosa Inés Muñoz González
Vicente Piñeiro
Alfonso Rodríguez Fernández
Juan José Zarranz Imirizaldu

Luis Alciturri
Antonio Celada Cotarelo
Carlos de la Riva
M.^a Carmen N. Espinosa Furlong
Fco. Javier Goldaracena
Jesús Iturralde
Arsenio Martínez Álvarez
Juan Carlos Maté
Julen Ocharan Corcuera
Lorenzo Rodríguez González
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)

Académicos Jóvenes

Daniel Zarranz Sarobe

Biología

Çinta Altés

Cirugía General y Laparoscopia

Carlos Pérez

Comunicación Médica

Alvaro Ortega Altuna

Educación Médica

Jesús Morán Barrios

Estudiantes de Medicina

Gillen Oarbeascoa Royuela

Geriatría

Arantza Pérez Rodrigo

Hematología

José M.^a Beltrán

Medicina Deportiva

José Antonio Lekue

Médico Taurina

José Luis Martínez Bourio

Neurofisiología

Carmen Bilbao

Oftalmología

Juan Durán

OVAL

Juan Ignacio Goiria

Psicosomática

Isabel Usobiaga

Rehabilitación

Luis Arsuaga

Salud Laboral

Alfonso Apellaniz

Traumatología

Antonio Arrien

Vacunas

Lucila Madariaga

Análisis Clínicos

Mikel Longa

Cardiología

Andrés Bodegas

Cirugía Plástica

Francisco J. García Bernal

Cuidados Paliativos

Jacinto Bátiz

Educación para la salud

Amado Cuadrado

Farmacía

Juan del Arco

Gestión Sanitaria

Jon Darpón

Homeopatía

María Luz Ramos

Medicina Familiar

José Antonio Estévez

Nefrología-Hipertensión

Julen Ocharan Corcuera

Neurología

Juan José Zarranz Imirizaldu

Oncología Médica

Guillermo López Vivanco

Pacientes

Francisco Villar

Psiquiatría

Fernando Marquín Bascones

Relaciones exteriores

Juan José Sánchez Milla

Salud Pública

Isabel Izarzugaza

Urgencias

Gabriel Gutiérrez

Valoración del daño corporal

Alberto Pascual Izaola

Anestesia y Reanimación

Antón Arizaga

Ciencias de la Alimentación

Javier Aranceta

Cirugía Vascular y Angiología

Ángel Barba

Dolor (Tratamiento del)

María Luisa Franco

Endocrinología

Begoña Quintana

Gastroenterología

Juan Antonio Arévalo

Ginecología y Obstetricia

Álvaro Gorostiaga

Medicina del Trabajo

Juan José Díaz Franco

Medicina Interna

Ricardo Villanueva

Neumología

Luis Alberto Ruiz Iturriaga

Odontología

Alberto Anta

Otorrinolaringología

Iñaki Riaño

Pediatría

Jesús Rodríguez Ortiz

Radiología

Arsenio Martínez Álvarez

Reumatología

Eduardo Úcar

Toxicomanías

Javier Ogando

Urología

Ander Astobieta

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
Normas de publicación en Gaceta Médica de Bilbao: <http://www.acmbilbao.org/gaceta-medica-de-bilbao/>

SUMARIO CONTENTS AURKIBIDEA

Gaceta Médica de Bilbao



Volumen 111. Número 2. Abril-Junio 2014
Volume 111. Number 2. April-June 2014
111. liburukia. 2. Zenbakia. 2014ko Apirila-Ekaina

Editorial / Editorial / Editoriala

- Enfermería: desde siempre, hasta hoy** 29
Nursing: from the begining to this day
Erizaintza: Betidanik, gaur arte
María Teresa Feito

Original / Original article / Originala

- Percepción, riesgo de infección y realización de serología para VIH en atención primaria.** 32
Estudio GIB-RISK
Perception, risk of infection and HIV serology performing in Primary Care. GIB-RISK study
GIBaren infekziorako pertzepzioa, arriskua eta serologiaren burutzea lehen mailako arretan. GIB-RISK estudioa
Mikel Baza-Bueno, Aitor Odiaga-Andikoetxea, Eneritz Gómez de Segura-Echevarría, Iker López-García-rena, June Garay-Landa, Enrique García-López, Iñaki Mendibil-Crespo

Notas clínicas / Clinical notes / Ohar klinikoa

- Tumor de células granulares multifocal con afectación del tubo digestivo** 38
Multifocal granular cell tumor with digestive tract affectation
Zelula granularreko tumore multifokala digestio hodiaren eraginarekin
Jessenia Alva, Ángel Barturen, Laura Gómez, Ana Belén Fernández, Emma Martínez
- Síndrome hemofagocítico: a propósito de un caso** 42
Hemophagocitic syndrome: a case and review
Hemofagozitiko sindromea: Kasu baten kontura
Carla de la Guerra Acebal, Idoia Madariaga Ordeñana, Arantzazu Maiz Egaña, Ana Moreno Rodrigo, Esperanza Montero Aparicio
- Traumatismo craneal penetrante por arma blanca. Consideraciones sobre su manejo** 45
Knife inflicted penetrating head injury. Management considerations
Buruko lesio sarkorra labanarekin. Lesioak lantzeko gogoetak
José Undabeitia, Cristina Barrena, Mikel Armendariz, Nicolás Samprón, Mariano Arrazola, Enrique Úrculo

Diacereína: restricciones de uso tras la reexaminación de la información 48
Diacerein: use restrictions after the examination of the information
Diazereína: erabileraren murrizketak informazioaren berrazterketaren ondoren
Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

Domperidona y riesgo cardiaco: restricciones en las condiciones de autorización 49
Domperidone and cardiac risk: restrictions on licensing conditions
Domperidona eta arrisku kardiakoa: murrizketak autorizazio baldintzetan
Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

Zolpidem: riesgo de somnolencia al día siguiente 51
Zolpidem: risk of drowsiness the next day
Zolpidem: logure arriskua hurrengo egunean
Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

In Memoriam

El Dr. Iñaki Azkuna y la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao 53
Dr. Iñaki Azkuna and the Academy of Medical Sciences of Bilbao
Iñaki Azkuna Dr. eta Bilboko Medikuntza Zientzien Akademia
Ricardo Franco Vicario



Nota de prensa multimedia

inicio

quienes somos

servicios

clientes

trabaja con nosotros

nota 2.0

contacto

Comunicación Sanitaria

Especialistas

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

más información

Comunicación
Sanitaria

amplia especialización

Comunicación
en Congresos

más de 100 gestionados

Comunicación
de Crisis

peutas de gestión

Formación
de Portavoces

expertos en comunicar

Gabinete
de Prensa

gestión de medios

Creación
de Líderes

de opinión / referentes

Consultoría
Estratégica

de comunicación

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: www.docorcomunicacion.com

Bilbao | Madrid | Vitoria-Gasteiz | México | Brasil

Enfermería: desde siempre, hasta hoy

Nursing: from the beginning to this day

Erizaintza: betidanik, gaur arte

La profesión enfermera está definida como la más antigua de las artes y la más joven de las ciencias. La ayuda a los demás está presente desde el comienzo de la civilización, aunque no está claro que lo que denominamos cuidado de enfermería aparezca con el hombre.

En este primer momento existen diversas formas de cuidar entremezcladas entre sí y que con el paso del tiempo van a dar lugar a diferentes disciplinas. Enfermería tiene historia, ya que existe, como dice Hegel, un estudio y relación de los hechos que han sucedido (*rerum gestarum*) y a partir de aquí, se construye la ciencia, según el pensamiento positivista de Aróstegui (1995).

Este fundamento histórico presenta un qué, un quién, un dónde, un cómo y un cuándo:

- Qué: aquellos cuidados que se realizan.
- Quién: persona que los aplica.
- Dónde: lugar en el que se llevan a cabo dichos cuidados.
- Cómo: diferentes métodos.
- Cuándo: durante XIX siglos, el concepto de cuidado aparece ligado exclusivamente a la enfermedad, a partir de ese momento el concepto cambia.

Este pequeño recorrido histórico de la profesión enfermera, está cargado de avances y retrocesos, de luces y de sombras, que sin embargo no nos han parado, sino todo lo contrario.

En el S. XIX, en el Reino Unido aparece la figura de Florence Nightingale y con ella, la profesionalización de la enfermería, funda la primera escuela (1860) y da carácter oficial a unos estudios reglados a lo largo de 3 años y a un título oficial.

A partir de este momento las enfermeras, incluyo en este genérico a los profesionales masculinos, pueden-



M.ª Teresa Feito, presidenta de la Academia de Ciencias de Enfermería de Bizkaia.

participar en la Administración de las instituciones sanitarias, su labor se centra tanto en los cuidados relacionados con la enfermedad como en la prevención de la misma y en el fomento de la salud. El hecho de que enfermería fuera reconocida como profesión, significaba que su labor debía ser remunerada.

En España estos avances se producen de manera más lenta. Hasta mediados del S. XX, no existen programas de formación unificados, siendo diferentes para hombres y para mujeres.

En el año 1857, se promulga la Ley de Instrucción Pública por la que se regulan los títulos de Enfermera, Practicante y Matrona. Cabe destacar que el primer título de enfermera en nuestro país es expedido en el año 1915. Para obtener dichos títulos se debía realizar un examen ante un tribunal perteneciente a una Facultad de Medicina. La primera Escuela de Enfermería en España fue fundada por Federico Rubio Gali en el año 1895 y estuvo funcionando hasta la década de los 30 del S. XX.

Las matronas cursaban estudios en Escuelas propias adscritas a hospitales maternales y los practicantes, realizaban sus estudios dentro de las Facultades de Medicina.

Hasta 1940, cada preparación seguía criterios diferentes, a pesar de presentar requisitos y programas de estudios similares, se requería poseer estudios primarios y el Plan de Estudios se componía de 60 temas para las enfermeras y 68 para los practicantes. En este mismo año aparece una Orden Ministerial de Competencias Enfermeras en la que se regula el ámbito de desarrollo profesional.

En 1945, otra orden establece que las enfermeras en posesión del título oficial pueden llevar a cabo su profesión en Instituciones oficiales y en el domicilio del enfermo. Es reconocida como ayudante del médico en las intervenciones quirúrgicas y en las curas.

No obstante y a pesar de esta evolución tan lenta, los estudios de enfermería no se estancan sino evolucionan de forma progresiva conforme avanza la legislación. En 1953, mediante el Decreto de 4 de diciembre de este mismo año, se unifican los títulos de practicantes, enfermeras y matronas en el de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS). Los estudios todavía no tenían el rango de universitarios. Más tarde se extinguen las escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios dependientes de las facultades de Medicina.

A continuación, aparecen las especialidades de Enfermería:

- Radiología y Electrología
- Análisis clínicos
- Neurología
- Urología y Nefrología
- Psiquiatría
- Matrona y Puericultura (solo mujeres hasta 1978)
- Fisioterapia y Podología

El RD 2128/77 posibilitó que dichas Escuelas fuesen integradas en la Universidad y que el diseño de sus planes de estudios se orientase a una formación que aporte a Enfermería conocimientos que integren la reflexión crítica, la toma de decisiones y la capacidad de actuar de forma competente y autónoma en el seno de un equipo pluridisciplinar.

La convergencia del sistema universitario español en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), antes del 2010, debido a la Declaración de Bolonia firmada en junio de 1999 por los ministros de educación de 21 países europeos y que fue precedida por la firmada en la Sorbona, así como los posteriores comunicados de las reuniones de Salamanca, Praga, Barcelona y Berlín, y tal

como prevé el título XII de la Ley Orgánica de Universidades, supone la introducción de una serie de cambios tanto en la estructura como en el funcionamiento de las actuales enseñanzas universitarias.

En el Real Decreto 1093/2010 se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el sistema Nacional de Salud. Y en este conjunto mínimo de datos se exige la inclusión del informe de cuidados de enfermería. En relación ello y mucho antes de la publicación de este Real Decreto los contenidos de los estudios de enfermería ya incluían, y siguen incluyendo, el llamado Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como el modelo a seguir para aplicar el cuidado de forma científica mediante la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de toda persona afectada por un problema de salud.

Este protocolo en la administración del cuidado garantiza, en mayor medida, los resultados terapéuticos del cuidado en beneficio de los pacientes. El PAE es el resultado de la práctica enfermera que estas facultativas realizan de forma automática. El documento registrado en el conjunto mínimo de datos será comprensible a todos los componentes del equipo multidisciplinar si se utiliza de forma estandarizada el lenguaje del PAE. Este lenguaje consiste la terminología NANDA (diagnóstico), NOC (resultados esperados), NIC (intervenciones clínicas).

La entrada de enfermería en el EEES ha supuesto un hito importante tanto en el ámbito académico como en el profesional. Conseguir que la titulación pase de diplomatura a grado supone que el camino hacia el segundo y tercer ciclo quede abierto sin obstáculos y, por lo tanto, los enfermeros que así lo deseen pueden alcanzar el grado de Doctor en su propia disciplina, cosa que para muchos de nosotros, no fue posible en tiempos anteriores y nos vimos obligados a cursar segundos ciclos en otras titulaciones ajenas a la nuestra.

La profesión enfermera ha experimentado profundos cambios en los últimos veinticinco años y la justificación de la propuesta del título de Grado en Enfermería se contempla como una exigencia formal a la que hubo que hacer frente al inicio de la redacción del Plan de estudios. El cuerpo de conocimientos específico de Enfermería está históricamente consolidado y apoyado en una amplia y creciente labor investigadora, generando teorías y modelos transferibles a la praxis y a la evolución de los cuidados, tal y como consta en la justificación de dicho Plan de Estudios.

No quiero finalizar sin hacer referencia a la Academia de Ciencias de Enfermería de Bizkaia, de la que tengo el honor de presidir. Es la primera academia de estas características del Estado español, que se constituye al amparo de la Ley Orgánica 1/2002 de 22 de marzo de 2007; se pone en marcha el 26 de marzo del mismo año, tras una serie de avatares que retrasaron su inauguración prevista para primeros de año.

Esta iniciativa nace con vocación de enriquecer los conocimientos de la profesión enfermera y convertirse en un punto de encuentro para los profesionales de enfermería, tratando de aunar la precisión científica y el

trato humano. Sus objetivos se centran en la formación continuada y el intercambio de conocimientos a través de la gestión y la transmisión de los mismos a la sociedad, para lo cual se llevan sesiones científicas, de investigación y docencia, a cargo de las diferentes secciones, a través de las jornadas mensuales denominadas los Jueves de la Academia.

La actividad científica está abierta a cualquier profesional de enfermería que quiera aportar todas aquellas novedades que enriquezcan nuestra profesión.

Contamos con una revista científica on-line denominada Enfermería/Nursing of Science en la que se puede publicar en castellano, euskera e inglés. Está bajo licen-

cia de Creative Commons.

Desde sus inicios la Academia tiene un convenio con la Universidad de País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, cuya colaboración es esencial para nosotros, ya que podemos disponer de las Aulas de la Experiencia para las sesiones científicas, así como de un espacio en la página web para alojar nuestra revista.

Dra. M.^a Teresa Feito Fedez-Capalleja
*Presidenta de la Academia
de Ciencias de Enfermería de Bizkaia*

ORIGINAL BREVE



Gaceta Médica de Bilbao. 2014;111(2):32-37

Percepción, riesgo de infección y realización de serología para VIH en atención primaria. Estudio GIB-RISK.

Mikel Baza-Bueno^{a, d, e}, Aitor Odiaga-Andikoetxea^{b, d, e}, Eneritz Gómez de Segura-Echevarría^{c, d, e}, Iker López-Garciarena^{a, d, e}, June Garay-Landa^{b, d, e}, Enrique García-López^{a, d, e}, Iñaki Mendibil-Crespo^{d, e}.

(a) Centro de salud (CS) Kareaga-C. San Miguel. Basauri. Bizkaia

(b) Centro de salud Otxarkoaga. Bilbao, Bizkaia

(c) Centro de salud San Ignacio. Bilbao, Bizkaia

(d) Unidad Docente de Medicina de Familiar y Comunitaria de Bizkaia

(e) Osakidetza-Servicio Vasco de Salud

Recibido el 20 de enero de 2014; aceptado el 14 de abril de 2014

PALABRAS CLAVE

Infecciones por VIH.
Percepción.
Riesgo.
Atención primaria de salud.
Serología.
Serodiagnóstico de sida.

Resumen: *Objetivos:* El objetivo ha sido conocer la percepción de riesgo y la aceptación de la serología de VIH en Atención Primaria. *Métodos:* Se trata de un estudio descriptivo. Encuesta sobre prácticas y percepción de riesgo para VIH. Se ofreció serología a quien estaba en riesgo, midiendo su aceptación y realización. *Resultados:* 175 participantes. El 79,4% no tenía ninguna percepción de riesgo. El 44,6% tenía una serología previa. Se encontraban en situación de riesgo el 44,6% (IC95%: 36,9-52,2), a los que se les ofreció la serología. La aceptación verbal fue del 73,1% y la aceptación real del 56,4% (IC95%: 44,8-68,1). *Conclusiones:* La percepción de riesgo y la aceptación de la prueba en la población general son bajas. No parece que la valoración aislada del riesgo sea una estrategia suficientemente eficaz para aumentar la aceptación y realización de la serología en atención primaria. Ofertarla de forma rutinaria a quien se vaya a realizar una analítica por otro motivo podría contribuir a una mayor aceptación.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

HIV infections.
Perception.
Risk.
Primary Health Care.
Serology.
AIDS Serodiagnosis.

Perception, risk of infection and HIV serology performing in Primary Care. GIB-RISK study

Abstract: *Subjects:* To determine the risk perception and acceptance of serology for HIV in primary care. *Methods:* Descriptive study. Inquest about risk perception and practices for HIV. Serology was offered to those at risk, measuring its acceptance and implementation. *Results:* 175 participants. 79,4% had no perception of risk. 44,6% had a previous serology. 44,6% were at risk (95% CI: 36,9 to 52,2), which were offered serology. Verbal acceptance was 73,1% and the actual acceptance 56,4%

(95% CI 44,8 to 68,1). *Conclusions:* The risk perception and the acceptance of the serology in the general population are low. It seems that the assessment of risk on its own is not a sufficiently effective strategy to increase the acceptance and implementation of HIV serology in primary care. Routinely offering serology to those who are going to make a blood test for other reason, could contribute to greater acceptance. © 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

GIBaren infekzioarako pertzepzioa, arriskua eta serologiaren burutzea lehen mailako arretan. GIB-RISK estudioa

Laburpena: *Helburuak:* GIBarentzako (Giza Immunoeskasiaren Birusa) arrisku-pertzepzioa eta horren serologia burutzeko onarpenaren ezagutza lehen mailako arretan. *Metodoak:* Zeharkako estudio deskribatzailea. Parte-hartzaileei galdeketa egin zitzaizen GIBaren gaineko ezagueren, praktiken eta arrisku pertzepzioaren gainean. Serologia eskaini zitzaizen arriskuan zeudenei, eta horren onarpena eta errealizazioa neurtu ziren. *Emaitzak:* 175 parte-hartzaile izan ziren. %79,4k ez zuen inongo arrisku-pertzepziorik. %44,6k aurreko serologia zuen. Arrisku-egoeran zeuden %44,6ari (%95 Konfiantza Tarte edo KT: 36,9-52,2) serologia eskaini zitzaizen. Ahozko onarpena % 73,1ekoa izan zen eta onarpen erreala % 56,4koa (%95 KT: 44,8-68,1). *Ondorioak:* GIBarentzako arrisku-pertzepzioa eta serologia burutzeak baxuak dira populazio orokorrean. Ez dirudi arriskuaren balorazio isolatua GIBarentzako serologien errealizazio eta onarpen maila handitzeko estrategia eraginkorra denik lehen mailako arretan. Serologia errutinazko eran eskaintzeak, analisi bat beste arrazoi bategatik egiten duenari, onarpen handiagoa izaten lagundu dezake.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

GILTZA-HITZAK

GIBak eragindako infekzioa.
Pertzepzioa.
Arriskua.
Lehen Mailako Arreta.
Serologia.
HIESaren serodiagnos-tikoa.

Introducción

Desde que se diagnosticaran los primeros casos de sida en 1981¹ se han producido grandes avances, especialmente en lo terapéutico, habiendo contribuido al aumento de la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes infectados^{2,3}. En nuestro medio, todavía queda una asignatura pendiente: el diagnóstico precoz^{2,3}. En el año 2011 en España se diagnosticaron 2.763 nuevas infecciones, de las cuales el 46% fueron diagnósticos tardíos^{3,4}. Se estima que hay 110.000-150.000 personas infectadas por el VIH³, de las cuales el 30% desconoce su estado serológico⁴, siendo las responsables de la mayoría de las nuevas infecciones^{4,5}. El diagnóstico precoz mejora el pronóstico de la persona infectada, disminuye la transmisión y por lo tanto la tasa de nuevas infecciones^{2,4}. Por cada nuevo diagnóstico precoz se evitarían tres nuevas infecciones de VIH³.

En los últimos años se han propuesto cambios para dejar a un lado el excepcionalismo con que se había abordado la epidemia desde un principio⁶. En el año 2006 los CDC (Centers for Disease Control and Prevention) de Estados Unidos proponen la estrategia del "opt-out", que consiste en ofrecer la prueba al paciente y realizarla salvo que éste se oponga de manera expresa². Esta estrategia puede resultar coste-efectiva incluso cuando la prevalencia es inferior al 0,1%⁷. Se acepta que la atención primaria ocupa una posición estratégica para hacer frente a este reto^{2,5,8}. Aun así, en España sólo el 30% de las serologías para VIH se realizan en este ámbito⁵ y fue el lugar donde se diagnosticaron el 19% de las nuevas infecciones en el año 2010⁵. Debido a que mu-

chos de estos pacientes pasan por las consultas de atención primaria, nos encontramos ante oportunidades perdidas^{9,10} para diagnosticar y tratar a pacientes potencialmente infectados⁵.

Para el desarrollo de estrategias que puedan aumentar el diagnóstico precoz desde atención primaria, es necesario conocer las creencias, actitudes y prácticas de la población general respecto a la infección por VIH y su despistaje. Con este propósito se desarrolló el estudio GIB-RISK, con el objetivo de describir los conocimientos, la percepción de riesgo, las serologías previas realizadas y la aceptación de la prueba para la infección del VIH en usuarios de atención primaria.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo transversal. La población a estudio incluyó a todos los usuarios entre 16 y 64 años de 6 cupos médicos de 3 Unidades de Atención Primaria de Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) que corresponden a una población de 7.000 personas principalmente urbana. Se calculó el tamaño muestral para una precisión del 7% y un error alfa del 5%, siendo el resultado de 191 usuarios, entendiendo como tal a cualquier persona que acudió a la consulta. El muestreo fue aleatorio estratificado por cupo médico, sexo y grupos de edad (16-29 años; 30-49 años; 50-64 años). Se capturaron de forma sistemática según acudían a la consulta, teniendo cada usuario una única oportunidad de participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron tener un diagnóstico previo de infección por VIH o no ser competente para la toma de decisiones.

La recogida de datos se desarrolló entre enero y abril de 2012, en un periodo variable para cada investigador. Se realizó en la consulta habitual mediante un cuestionario de preguntas cerradas, establecido por el equipo investigador. Como requisito previo a todos los participantes se les informó sobre las características del estudio, la naturaleza del cuestionario y se recogió su consentimiento informado. Mediante el cuestionario se obtuvo la información relativa a todas las variables del estudio (Tabla 1): percepción de riesgo; conocimiento sobre el VIH; serología previa y motivo (dando a elegir entre opciones no excluyentes entre sí); riesgo de infección; alto riesgo (según CDC⁸); indicación, aceptación y realización de la prueba; y lo que les sugería la palabra sida. El riesgo de infección fue definido como: 1) haber mantenido relaciones sexuales sin preservativo con una persona que desconoce su estado serológico para el VIH, independientemente de si se trataba de su pareja habitual y/o 2) haber compartido material de venopunción. Considerándose susceptibles a quienes habían estado en riesgo y no tenían serología posterior realizada, se les indicó la misma, valorando su aceptación y realización. El método de detección consistió en la serología convencional mediante la técnica ELISA, por lo que a los considerados susceptibles se les entregó un volante para que se realizaran la analítica. Fueron consideradas como no realizadas las pruebas que no se habían llevado a cabo en un mes tras su aceptación verbal y entrega del volante. La percepción de riesgo se evaluó mediante la pregunta "¿Cuál cree que es su probabilidad de estar infectado por el virus del sida?"¹¹. El conocimiento sobre el VIH se estudió mediante doce preguntas sobre vías de transmisión validadas en un trabajo previo¹¹. Al concluir la entrevista se entregó al paciente una hoja de información sobre la infección de VIH.

El análisis de datos se realizó mediante estimación de medias y proporciones, así como comparación de medias y de proporciones. La comparación de medias fue mediante ANOVA y para la comparación de proporciones se empleó chi cuadrado. El programa estadístico utilizado fue SPSS vs19 y EPIDAT 3.1 para el cálculo del tamaño muestral y los intervalos de confianza.

Resultados

Se encuestaron 175 usuarios con una edad media de 42 años (DE 12,7), de los cuales el 50,4% eran mujeres. Un usuario no aceptó participar, otro falleció y otro se anuló por embriaguez. En uno de los cupos faltaron 13 personas para alcanzar el tamaño muestral. No se sustituyeron las pérdidas ni las no respuestas (Figura 1). El 44,6% (IC 95%: 36,9-52,2) tenía una serología previa (78 personas). Los motivos más frecuentes para su realización fueron: por screening el 38,5% (30 personas), si bien 4 de éstas también se lo realizaron por otro motivo; por haber tenido prácticas sexuales de riesgo un 19,2% (15 personas), 4 de ellas se lo realizó también por otro motivo; y por ser donante de sangre un 15,4% (12 personas), de éstas 2 también por otro motivo.

El 79,4 % de los participantes no tenía ninguna percepción de estar en riesgo y para el otro 20,6% la posi-

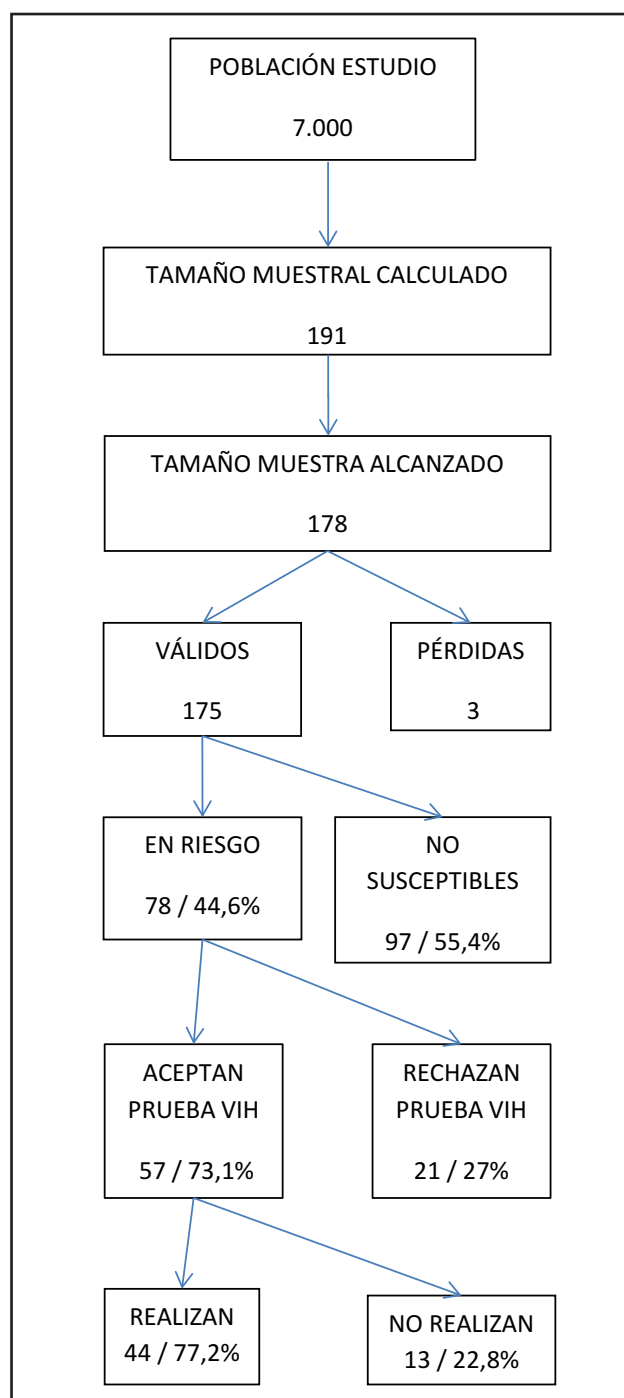


Figura 1. Esquema del estudio.

bilidad de estar infectado por el VIH era baja. Nadie tuvo una percepción alta o muy alta. El 17,7% de los encuestados respondió correctamente a las 12 preguntas sobre conocimientos de la transmisión, y el 46,8% tuvo 1 o 2 respuestas erróneas. Las preguntas con peores resultados fueron las de transmisión por mosquito con 61,7% aciertos y la transmisión por besar en la boca con 62,3%. Las preguntas con mayores aciertos fueron uso correcto de preservativo con 99,4% y recibir transfusión controlada 97,7% (Figura 2). En respuesta a la pregunta sobre lo que les sugería la palabra "sida", la respuesta más frecuente fue "enfermedad" (55 personas) seguido de "muerte" (24 personas). En cuanto a las conductas consideradas de alto riesgo en los últimos 12 meses, un

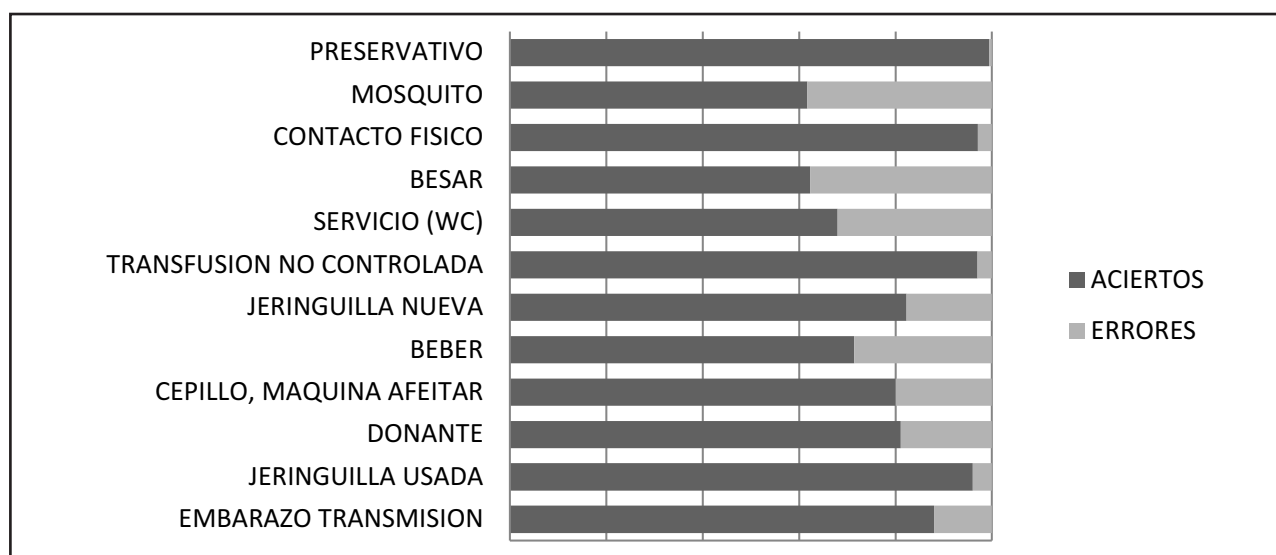


Figura 2. Conocimientos sobre vías de transmisión.

9,5% (15 personas) había tenido relaciones sexuales con una pareja que no fuese la habitual, no usando el preservativo el 60% de éstas. No se encontró riesgo por parejas con VIH o que fueran consumidoras de drogas por vía intravenosa. En nuestra muestra el 3,4% había presentado una infección de transmisión sexual (ITS) previa y el 2,3% refirió que su pareja había tenido una ITS.

El 44,6% (78 personas; IC 95% 36,9-52,2) de pacientes se encontraban en situación de riesgo y para todos ellos el tipo de riesgo fue sexual, no encontrándose riesgo por compartir material de venopunción. De éstos, el 24,4% presentaban una serología previa y el 76,9% no tenía ninguna percepción de riesgo. La aceptación verbal para realizar la prueba fue del 73,1% (IC 95%: 62,6-83,6). La realización de la serología fue del 77,2% (IC 95%: 65,4-89) en quienes aceptaron realizarla. El resultado de las 44 pruebas fue negativo. Por lo tanto, la aceptación real fue de 56,4% (IC 95%: 44,8- 68,1). Es decir, de las 78 personas que se encontraban en riesgo, 44 realizaron la serología siendo todas ellas negativas (Figura 1).

En el análisis de subgrupos se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los considerados susceptibles de realizar la serología y los no susceptibles en cuanto a la edad (p 0,029) y la serología previa (p 0,001) (Tabla 2). Por otro lado, la serología previa en el grupo de mujeres 30-49 años fue superior a los otros dos grupos etarios y a los hombres (p <0,001).

Discusión

La percepción de riesgo de la población estudiada es muy baja a pesar de que muchos de los encuestados presentaban prácticas sexuales de riesgo. Casi la mitad de las personas a las que se les recomendó la serología finalmente no se la realizaron. Es probable que la escasa percepción de riesgo observada esté relacionada con el ámbito en el que se desarrolló el estudio, ya que se trataba de población general donde se detectaron pocas conductas de alto riesgo. Consideramos que la baja percepción no es atribuible a la falta de conocimientos

sobre la transmisión. Por ello, resulta llamativo que casi la mitad de las personas eran susceptibles de realizarse la serología según los criterios del estudio.

La aceptación (73,1%) y la realización (56,4%) de la prueba fueron bajas en contraste con lo observado en otros estudios. En uno realizado en atención primaria, donde a todos los pacientes que se les realizaba analítica sanguínea por otro motivo se les ofrecía la serología tras una breve anamnesis sexual, el 93% de los participantes reconoció la posibilidad de estar en riesgo y sólo un 1,5% rechazó la realización de la serología¹². Otro estudio similar desarrollado en una urgencia hospitalaria y en el que se ofrecía serología de VIH a todos los pacientes que se les realizaba analítica sanguínea la aceptación fue superior al 80%¹³. Tras la revisión de estos estudios en los que el punto de partida para solicitar la serología es una analítica, la aceptación observada en la población general es mayor. Por tanto, según la aceptación y realización obtenidas en el estudio GIB-RISK, no parece que la valoración del riesgo de forma aislada sea una estrategia que aumente el número de pruebas en atención primaria.

En cuanto a las debilidades del estudio, conviene reconocer que se trata de un estudio limitado a un pequeño grupo de médicos y que se desarrolló en un tiempo recortado. No se dispuso de grupo comparador, para poder identificar aquella estrategia más eficaz en la implementación de la prueba. Cabe destacar que la realización diferida de la prueba podría haber influido en la baja aceptación y realización de la serología en nuestro estudio. Con las pruebas rápidas de detección de VIH¹⁴ se habría eliminado esta barrera, pudiendo incrementarse la realización de las pruebas en un 16,7%.

En nuestro estudio las mujeres en edad fértil fueron aquellas que más serologías se habían realizado previamente, y es probable que esto se deba a los cribados que se desarrollan durante el embarazo. Esto explicaría las diferencias observadas en el análisis de subgrupos donde la edad media era menor en los no susceptibles, debido a que el grupo de mujeres de 30-49 años es el que más serologías previas tenía, no considerándose a

éstas susceptibles de realizar la prueba. Este hecho junto con lo observado en los estudios citados, podría significar que la realización de la serología como rutinaria o protocolizada tenga una mayor aceptación, tal y como sucede durante el embarazo y en los bancos de sangre. Éste es uno de los principales argumentos que esgrimen los partidarios del opt-out⁸. Además promocionar de forma activa el conocimiento del propio seroestado desde las consultas de atención primaria podría ser una práctica eficaz y factible, al mismo tiempo que coste-efectiva¹⁵. Aun así son necesarios más estudios para esclarecer que estrategias son las más adecuadas para implementar el diagnóstico precoz.

Finalmente, no se puede pasar por alto la actual política sanitaria, la pérdida de la universalidad del acceso a la sanidad y sus posibles consecuencias en la infección por VIH. Nos encontramos ante un gran problema de salud pública y más aún si no se asegura el tratamiento adecuado a todas las personas infectadas.

En conclusión, no parece que la valoración aislada del riesgo sea una estrategia suficientemente eficaz para aumentar la aceptación y realización de serología para VIH en atención primaria. El ofertar la serología de forma rutinaria a quien se le vaya a realizar una analítica por otro motivo podría contribuir a una mayor aceptación.

Bibliografía

- 1 Masur M, Michelis MA, Greene JB. An outbreak of community-acquired *Pneumocystis carinii* pneumoniae. *N Engl J Med*. 1981;305:1431-8.
- 2 García L, Busto MJ, Bermúdez E. El problema del retraso en el diagnóstico de la infección por el VIH en España. ¿Podemos hacer un mejor abordaje de la epidemia desde atención primaria? *Aten Primaria*. 2009;41(4):213-5.
- 3 Vigilancia epidemiológica del VIH/Sida en España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid; 30 de Junio de 2012. Disponible en http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Informe-VIHsida_Junio2012.pdf
- 4 Briongos LS, Bachiller P, Eiros JM, Palacios T. Papel del médico de familia en el manejo de la infección por VIH. *An Med Interna*. 2007; 24(8):399-403.
- 5 Coscollar C. VIH - Atención Primaria. Volver a empezar. Actualización en Medicina de Familia. 2011;7(9):539-40.
- 6 Gatell JM, Moreno S, del Romero J (Comité Ejecutivo). Documento de Conclusiones de la Reunión VIH en España 2012. Plataforma VIH España; Madrid; 29 de Mayo de 2012. Disponible en http://www.porunageneracionsinvih.com/imagenes/pdf/documento_conclusiones_vih2012_web2.pdf
- 7 Bayer R, Fairchild AI. Changing the Paradigm for HIV Testing – The End of Exceptionalism. *N. Engl. J. Med*. 2006;355(7): 647-9.
- 8 Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Hopkins R, Owens DK. Screening for HIV in Health Care Settings: A Guidance Statement From the American College of Physicians and HIV Medicine Association. *Ann Intern Med*. 2009;150(2):125-31.
- 9 Agustí A, Mascort J, Ricard R, Casabona J. Detección precoz de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en el contexto de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2012;44(12):689-90.
- 10 Chocarro A, González A, García I, Aleixos M. Utilidad de la serología rutinaria para el diagnóstico de la infección VIH. Cartas al director. *An Med Interna*. 2008;25(3):155.
- 11 Chocarro A, Alonso O, García M, Alonso S, Delgado MJ, Merino SM et al. Evolución de los conocimientos, actitudes y hábitos de la población general sobre la infección por el VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2008;26(6):330-7.
- 12 Martín-Cabo R, Losa-García JE, Iglesias-Franco H, Iglesias-González R, Fajardo-Alcántara A, Jiménez-Moreno A. Promoción de la detección del virus de la inmunodeficiencia humana en atención primaria. *Gac Sanit*. 2012;26(2):116-22.
- 13 Fabra S, Pérez S, Conde E, Berbardino de la Serna JI, Montero D, del Amo J, et al. Estudio de aceptación de la prueba de VIH y prevalencia de la infección en pacientes que acuden a un servicio de urgencias. Póster Oral 22. I Congreso Nacional GESIDA. Madrid, 21-24 de octubre de 2009.
- 14 Oliva G, Almazán C, Guillén M. Prueba de detección rápida de la infección por VIH. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2007/03. Disponible en http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/detec_rapida_vih_aatrm-pcsns-07.pdf
- 15 Sanders GD, Anaya HD, Asch S, Hoang T, Golden JF, Ahmed M et al. Owens. Cost-Effectiveness of Strategies to Improve HIV Testing and Receipt of Results: economic Analysis of a Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med*. 2010; 25(6):556-63.

Tabla I.
Variables del estudio

FILIACIÓN	SEROLOGÍA
-Edad -Sexo -Percepción del riesgo: NINGUNA BAJA ALTA MUY ALTA	-Realización previa -Motivo: • Riesgo sexual • Riesgo por venopunción • Donación de sangre • Accidente biológico • Screening • Otros • No sabe-No contesta
CONOCIMIENTOS VÍAS DE TRANSMISIÓN VIH	RIESGO DE INFECCIÓN
- Sexo con preservativo - Picadura de mosquito - Contacto físico habitual - Besar en la boca - Utilizar un mismo WC - Transfusión de sangre no controlada - Inyección droga con jeringa nueva - Beber del mismo vaso - Compartir cepillo de dientes, maquinilla - Donar sangre. - Compartir jeringa usada - Transmisión en el embarazo	-Riesgo Sexual -Riesgo venopunción -Riesgo desde última serología -Alto riesgo • Consumo de drogas por vía intravenosa (también pareja) • Pareja sexual con VIH • Intercambio sexo por dinero o droga • En los últimos 12 meses relaciones sexuales con penetración con persona no habitual • Uso del preservativo -ITS previa -Pareja con ITS
INDICACIÓN Y REALIZACIÓN SEROLOGÍA	
-Susceptible de serología -Aceptación de serología -Realización de serología -Resultado serología	

Tabla II.
Diferencias entre susceptibles y no susceptibles de realizar serología

		SUSCEPTIBLES	NO SUSCEPTIBLES	p
Edad		44,35	40,14	0,029
Sexo	Hombres	46%	46,40%	0,2
	Mujeres	53,80%	53,60%	0,2
Conocimiento		9,6	10	0,34
Percepción	Ninguna	76,90%	81,40%	0,291
	Baja	23,10%	18,60%	0,291
	Alta/muy alta	0%	0%	0,291
Serología previa		24,40%	60,80%	0,001

NOTA CLÍNICA



Gaceta Médica de Bilbao. 2014;111(2):38-41

Tumor de células granulares multifocal con afectación del tubo digestivo

Jessenia Alva^a, Ángel Barturen^a, Laura Gómez^a, Ana Belén Fernández^a y Emma Martínez^a

(a) Departamento de Gastroenterología y Hepatología. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, Bizkaia

Recibido el: 20 de enero de 2014; aceptado el 27 de mayo de 2014

PALABRAS CLAVE

Tumor de células granulares.
Multifocal.
Tubo digestivo.

Resumen: El tumor de células granulares es poco frecuente y se encuentra ampliamente distribuido en el cuerpo humano. Puede ocurrir a cualquier edad pero es más común en la cuarta y quinta década. Existe un ligero predominio en el sexo femenino⁴. Su aparición en el tubo digestivo es rara, conformando aproximadamente un 8% de todos los tumores, dentro de los cuales el esófago es la localización más frecuente y la localización gástrica muy infrecuente. El comportamiento suele ser benigno aunque se han descrito casos de malignización con metástasis a distancia o asociados a otras neoplasias primarias. Histológicamente, consisten en células poligonales y fusiformes en forma de nidos compactos que muestran positividad para la proteína S-100 lo que sustenta su origen a partir de las células de Schwann. La realización de un correcto diagnóstico preoperatorio de las lesiones submucosas gástricas sólo se puede realizar en un 50% de los pacientes en base a ultrasonografía endoscópica y biopsias siendo la resección quirúrgica laparoscópica o convencional el tratamiento de elección. El presente caso describe a una mujer de 45 años de edad con tumor de células granulares multifocal que compromete vulva, mama, esófago y estómago simultáneamente con una actitud conservadora respecto al esófago y que requirió resección gástrica para llegar a la confirmación histológica.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Granular cell tumor.
Multifocal.
Digestive tract.

Multifocal granular cell tumor with digestive tract affection

Abstract: Granular cell tumors are uncommon and greatly distributed throughout the human organism. It can occur at any age but is most common in the fourth and fifth decades. There is a slight female predominance⁴. Its occurrence in the gastrointestinal tract is rare, accounting approximately for 8% of all tumors, among which the most common site is the esophagus, whereas gastric localization is very rare. Its behavior is usually benign, but cases of malignization have been described with distant metastasis or asso-

ciated with other primary tumors. Histologically, these tumors consist of polygonal and fusiform cells disposed in compact "nests" and immunohistochemical staining for S-100 protein supports the proposed derivation from Schwann cells. A correct preoperative diagnosis of this tumor can only be made in 50% of all patients and it is always based on endoscopic ultrasonography and biopsy. Laparoscopic or conventional wedge resection represents the treatment of choice. We present the case of a patient with a multifocal GCT that compromises the vulva, breast, esophagus and stomach simultaneously, with a conservative stance with respect to the esophagus and a gastric resection was necessary to obtain histological confirmation.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Zelula granularreko tumore multifokala digestio hodiaren eraginarekin

Laburpena: Zelula granularreko tumorea ez da oso arrunta eta giza gorputzaren zehar zabal banatuta dago. Edozein adinetan gerta daiteke, baina laugarren eta bostgarren hamarkadan maizago gertatzen da. Nagusitasun arina sexu femeninoan dago⁴. Bere agerpena digestio hodian arraroa da, tumor guztien 8%a delarik, haietan esofagoa kokapen ohikoena eta urdaila oso ezohizkoa izanda. Joera, onbera izaten da, nahiz eta gaiztotze kasuak deskribatu badira, urrutiko metastasiekin, edo beste neoplasiekin elkartuta. Histologi aldetik zelula poligonal edo fusiformez kabi trinko eran osatuta daude, S-100 proteinarako positibitateaz, Schwann zeluleetatiko jatorria eusten duelarik. Urdail lesio submukosoan diagnosi preoperatorio egokia bakarrik gaixoen 50%tan burutu daiteke ultrasonografia endoskopiko eta biopsien oinarrituta, ebakuntza laparoskopikoa edo konbentzionala aukerako tratamendua delarik. Honako kasu honek 45 urteko emakumea deskribatzen du, bulba, ditia, esofagoa eta urdailari batera dagokien zelula granularreko tumore multifokalaz, jarrera kontserbadorea esofagoari buruz, eta urdail erresekzioa behar zuela diagnosi histologikora iritsi ahal izateko.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

GILTZA-HITZAK

Zelula granularreko tumorea.
Multifokala.
Digestio hodia.

Introducción

El tumor de células granulares (TCG) es poco frecuente y se encuentra ampliamente distribuido en el cuerpo humano. La afectación gastrointestinal es una de las menos frecuentes y puede verse afectado cualquier tramo del tubo digestivo. El comportamiento suele ser benigno aunque se han descrito casos de malignización con metástasis a distancia o asociados a otras neoplasias primarias¹.

Caso clínico

Mujer de 45 años fumadora, hipertensa, diagnosticada de TCG en vulva y mama derecha. Consulta por pirosis de un año de evolución. Se solicita gastroscopia en la que se observan en esófago 6 lesiones de aproximadamente 10 mm. de diámetro, de color amarillo y aspecto nodular, de consistencia aumentada (Figura 1) de las que se toman biopsias (Figura 2). Éstas son informadas como positivas para S100 y compatibles con TCG. En estómago se observan 5 lesiones de aspecto submucoso: 3 en fundus y 2 en antro de entre 15-35mm cubiertas con mucosa de aspecto normal (Figura 3) cuyas biopsias se describen como cambios de gastritis crónica. Tomografía de estadiaje que descarta lesiones metastásicas o afectación de ganglios linfáticos regionales y que describe 2 lesiones submucosas en ciego. Ultrasonografía endoscópica que localiza las lesiones gástricas predominantemente entre la tercera y cuarta capa sugiriendo el



Figura 1. Imagen endoscópica de un tumor de células granulares en esófago. Se observa una lesión de color amarillo y aspecto nodular, de consistencia aumentada a la toma de biopsias.

diagnóstico de tumor GIST; se toman biopsias mediante punción y aspiración con aguja fina (Figura 4) siendo informadas como fragmentos de tejido fibroso escasamente celular, los núcleos son fusiformes y

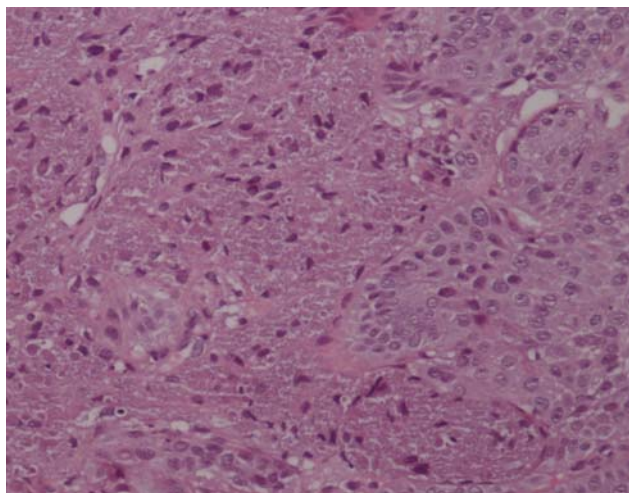


Figura 2. Biopsia de las lesiones esofágicas donde se observan nidos sólidos de células de apariencia regular de núcleos ovoides y citoplasmas amplios granulares y eosinófilos.

ocasionalmente redondeados; C-KIT con positividad ocasional en células redondeadas, aisladas. Ante estos hallazgos se realiza gastrectomía total con reconstrucción según técnica Billroth III (Figura 5) siendo, la anatomía patológica de la pieza quirúrgica, descrita como múltiples TCG desde mucosa hasta serosa con positividad para S-100 (Figura 6). Pendiente realización de colonoscopia para confirmar la presencia de TCG en ciego.

Discusión

Según Patti y asociados, hasta el año 2006, sólo se habían reportado 29 casos en estómago y todos ellos habían sido tratados quirúrgicamente²; en un caso descrito por David y asociados se vieron comprometidos el esófago y el estómago simultáneamente³.

La ultrasonografía endoscópica y la biopsia pueden permitir el diagnóstico aunque la localización submu-

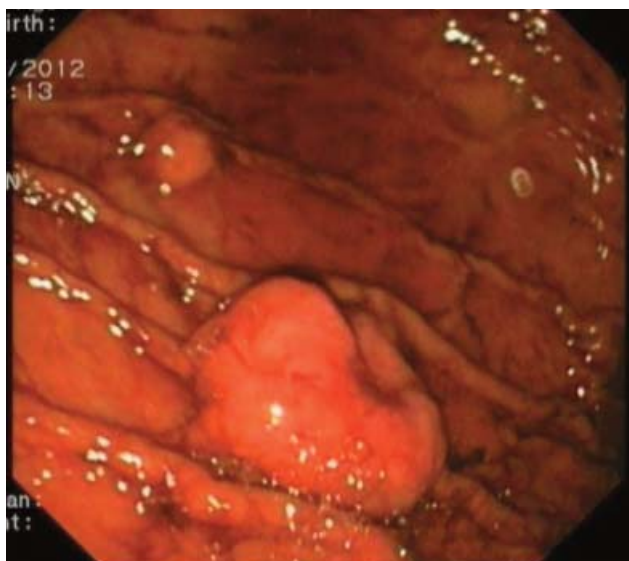


Figura 3. Imagen endoscópica de un tumor de células granulares en estómago. Se observa una lesión redondeada umbilicada cubierta con mucosa de aspecto normal.

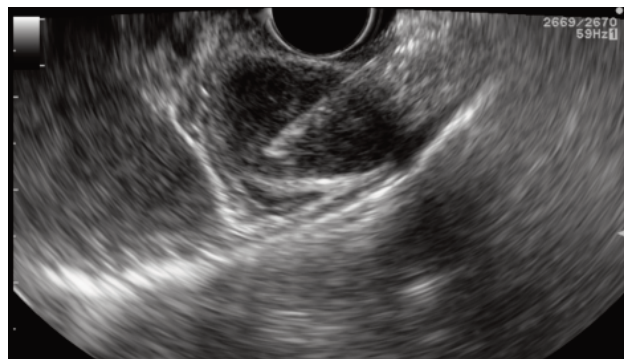


Figura 4. Ultrasonografía endoscópica; toma de biopsia mediante punción aspiración con aguja fina de una de las lesiones gástricas.

cosa hace que, en la mitad de los casos, solo se realice un diagnóstico definitivo con la resección de la lesión.

El caso descrito muestra una paciente con TCG multifocal que compromete vulva, mama, esófago y estómago simultáneamente con una actitud conservadora respecto al esófago ya que, cuando el tumor es <1 cm y el paciente está asintomático, la mayoría de los autores recomiendan seguimiento endoscópico semestral o anual⁴. Sin embargo fue necesaria la resección gástrica para llegar a la confirmación histológica por lo que creemos importante considerar al TCG dentro del diagnóstico diferencial de las lesiones submucosas esofágicas y gástricas.

Declaración de autoría

Todos los autores que figuran en este trabajo han participado en su planificación, diseño y ejecución. Asimismo, revisaron críticamente el trabajo, aprobaron su versión final y están de acuerdo con su publicación.

Conflicto de intereses

No existe vínculo comercial, financiero o particular con personas o instituciones que pudieran tener intereses relacionados con el trabajo propuesto.

Agradecimientos

Un agradecimiento sincero y de gran aprecio al Dr. Enri-

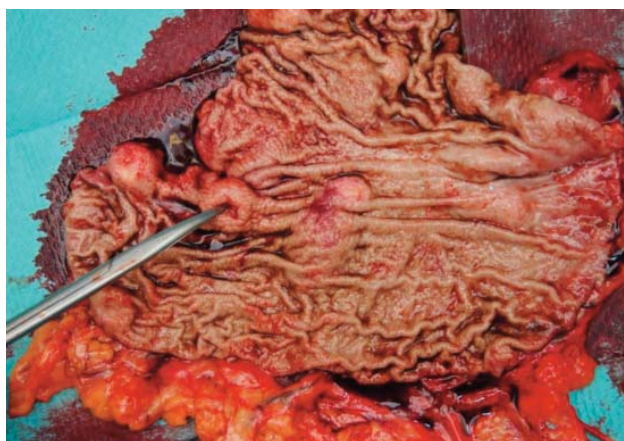


Figura 5. Pieza quirúrgica tras gastrectomía total con reconstrucción según técnica Billroth III.

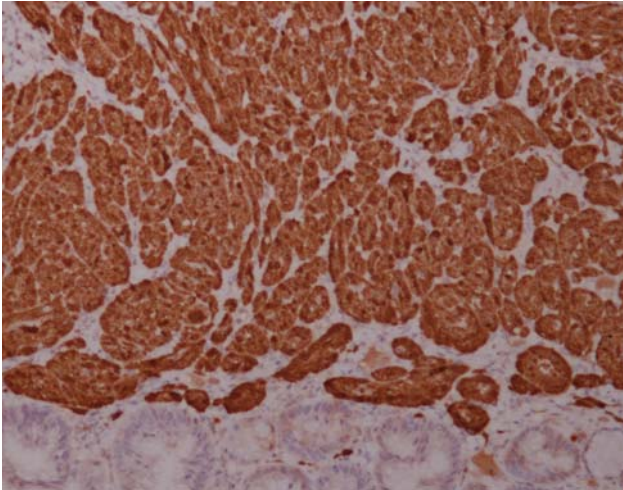


Figura 6. Positividad para S100 de las lesiones gástricas de la pieza quirúrgica.

que Ojembarrena por su colaboración con la traducción del presente artículo.

Bibliografía

- 1 Díaz-Sánchez A, Soto S, Pontferrada A. Tumor esofágico de células granulares: descripción de un tumor benigno poco frecuente. *Gastroenterol Hepatol.* 2011;34(7):454—459
- 2 Patti R, Almasio PL, Di Vita G. Granular cell tumor of stomach: a case report and review of literature. *World J Gastroenterol.* 2006;12:3442–3445
- 3 David O, Jakate S. Multifocal granular cell tumor of the esophagus and proximal stomach with infiltrative pattern: a case report and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med.* 1999;123:967–973
- 4 De Rezende, L., Lucendo, A.J., and Alvarez-Arguelles, H. Granular cell tumors of the esophagus: report of five cases and review of diagnostic and therapeutic techniques. *Dis Esophagus.* 2007; 20: 436–443.

NOTA CLÍNICA



Gaceta Médica de Bilbao. 2014;111(2):42-44

Síndrome hemofagocítico: a propósito de un caso

Carla de la Guerra Acebal^b, Idoia Madariaga Ordeñana^a, Arantzazu Maiz Egaña^b, Ana Moreno Rodrigo^b, Esperanza Montero Aparicio^b

(a) Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Basurto. Bilbao, Bizkaia

(b) Servicio de Medicina Interna. Hospital Mendak. Mendak, Gipuzkoa

Recibido el 5 de febrero de 2014; aceptado el 20 de marzo de 2014.

PALABRAS CLAVE

Síndrome hemofagocítico.
Fiebre de origen desconocido.

Resumen: Presentamos el caso de una mujer 50 años, con antecedente de TBC ganglionar correctamente tratada a los 15 años de edad, que ingresa en nuestro servicio por cuadro febril y alteración analítica, siendo diagnosticada de síndrome hemofagocítico de origen no filiado. Se realiza a continuación una revisión del tema por lo poco frecuente de la entidad y la importancia de un rápido diagnóstico para evitar un fatal desenlace.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Hemophagocytic syndrome.
Fever of unknown origin.

Hemophagocitic syndrome: a case and review

Abstract: We present the case of a 50 years old woman, with a history of nodal tuberculosis properly treated at 15 years old. She was admitted to our Service with fever and laboratory abnormality, being diagnosed with hemophagocytic syndrome of unknown origin. We review the subject according to its rare entity and the importance of prompt diagnosis to avoid a fatal outcome.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

GILTZA-HITZAK

Síndrome hemofagocítico.
Jatorri ezezaguneko sukarra.

Hemofagozitiko sindromea: Kasu baten kontura

Laburpena: 50 urteko emakume baten kasua aurkeztuko dugu, gure ospitalean sukarrekin ingresatu zena eta jatorri jakinik gabeko síndrome hemofagozitikoa diagnostikatu zitzaiona. Entitate hau oso arraroa denez, heriotza ekiditeko diagnostiko azkarra oso garrantzitsua da, baina zaila. Horregatik, gai honen azterketa egin dugu.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

Introducción

El síndrome hemofagocítico es una rara entidad clínica, especialmente en adultos, caracterizada por una proliferación generalizada, no maligna, de histiocitos, con gran actividad hemofagocítica. Este síndrome forma parte del grupo de enfermedades linfohistocíticas hemofagocíticas, y clásicamente se divide en la forma primaria o familiar y en la forma secundaria o adquirida; aunque en ausencia de pruebas genéticas confirmatorias puede ser difícil hacer la diferenciación entre ambas formas de presentación. El cuadro clínico se caracteriza por fiebre sin claro origen, hepatoesplenomegalia y alteraciones analíticas características como citopenias, elevación de ferritina, LDH y enzimas hepáticas, así como coagulopatía. Desde el punto de vista histopatológico, la existencia de hemofagocitosis en la médula ósea, el bazo o los ganglios linfáticos, la falta de hallazgos malignos y un 2% de células con actividad hemofagocítica ayudan en el diagnóstico, aunque no son imprescindibles. La mortalidad es alta, por lo que es necesario un alto índice de sospecha e iniciar lo más precozmente posible el tratamiento.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 50 años, con antecedente destacable de tuberculosis correctamente tratada hace más de 20 años y sin ningún antecedente familiar de interés, que ingresa en nuestro servicio por cuadro clínico de unos días de evolución de fiebre elevada y quebrantamiento del estado general, sin otra clínica infecciosa organotópica asociada. En la exploración física destaca fiebre elevada de 39.2 °C junto con rash eritematoso de predominio en zona superior de tronco, sin signos meníngeos asociados. No se palparon adenopatías en territorios accesibles así como tampoco megalias abdominales, y el resto de la exploración también resultó anodina. En la analítica llamaba la atención elevación de enzimas hepáticas (GPT 316 U/L, GOT 268 U/L, GGT 81 U/L, fosfatasa alcalina 131 U/L) junto con elevación de reactantes de fase aguda (LDH de 1329 mg/L, ferritina de 40000 ng/mL, PCR 176 mg/L, procalcitonina 2.81 ng/mL), triglicéridos de 332 mg/dl, alteración de la coagulación con índice de protrombina 68% e INR 1.4 y leucocitosis de 9.500 con 95% neutrófilos y 2% de cayados y bicitopenia con hemoglobina de 11 g/dl y 69.000 plaquetas. Los cultivos de sangre y orina realizados resultaron negativos así como las serologías de VIH, VHB, VHC, CMV, VEB, toxoplasma, treponema pallidum, parvovirus B19, virus herpes 6 y virus influenza. La ecografía mostró una esplenomegalia de 152 cm y la radiografía de tórax no demostró ningún foco neumónico.

Ante la sospecha de síndrome hemofagocítico se realizó biopsia de médula ósea en la que se observó una médula ligeramente hiper celular, con aumento de macrófagos, hemofagocitosis significativa y serie mieloide con refuerzo de la granulocitosis.

Desde el servicio de Urgencias, ante la fiebre y los datos analíticos elevados de infección se instauró tratamiento con ceftriaxona que mantuvimos por la defervescencia y la mejoría subjetiva de la paciente. Con el

diagnóstico realizado, aunque sin claro origen etiológico, se trasladó al hospital terciario de referencia, dada la gravedad del caso, para optimizar el tratamiento y llevar a cabo el control evolutivo que resultó exitoso con el tratamiento antibiótico y corticoideo, sin necesidad de añadir quimioterápicos. Continúa con controles en consultas externas de hematología en la actualidad.

Discusión

El síndrome hemofagocítico o linfohistiocitosis hemofagocítica fue descrito por primera vez en 1939 como una rara enfermedad caracterizada por fiebre, adenopatías, pancitopenia y proliferación histiocítica en la médula ósea¹. Esta entidad clínica es resultado de una alteración en la regulación de la activación macrofágica, resultado de la disfunción de las células *natural killer*, que lleva a sobreestimulación, proliferación y migración ectópica de células T, así como a una liberación de citosinas inflamatorias que pueden condicionar un daño tisular irreversible y mortal. La incidencia se estima en 1,2 casos/millón de individuos/año, aunque probablemente es una cifra subestimada ya que en muchas ocasiones es una entidad que no se sospecha².

Existen dos formas de presentación: la primaria y la secundaria. La forma hereditaria o primaria sigue un patrón autosómico recesivo y se presenta generalmente en la infancia, típicamente entre el primer y sexto mes de vida, aunque se han reportado algunos casos tardíos³. Se han identificado ya varias mutaciones genéticas y pueden asociarse a otros síndromes de inmunodeficiencia como el síndrome de Griscelli, el síndrome Chediak-Higashi o la enfermedad linfoproliferativa ligada a X. El síndrome hemofagocítico adquirido se asocia a casusas infecciosas, neoplásicas, enfermedades autoinmunes, algunos fármacos o algunas enfermedades metabólicas⁴, y también existen casos descritos tras transplante de hígado y riñón⁵. Las infecciones virales son las principalmente asociadas, especialmente el virus de Epstein Barr; sin embargo también puede ser desencadenado por otros virus (CMV, VHA, VHB, virus herpes, VIH) así como también están descritos casos secundarios a infección bacteriana o fúngica⁶. Puede asociarse asimismo a neoplasias, principalmente de origen linfoproliferativo, o a enfermedades reumatológicas como la artritis reumática idiopática juvenil o el lupus eritematoso sistémico. Cuando el síndrome se vincula a enfermedad autoinmune se denomina síndrome de activación de macrófagos.

Clínicamente puede presentarse en forma de fiebre de origen desconocido, hepatitis o encefalitis en los casos más graves, pudiendo existir también afectación cutánea con diversas formas de presentación así como afectación respiratoria o cardíaca, disfunción renal con hiponatremia probablemente secundaria a mecanismo SIADH y sangrado en distintos territorios por coagulopatía y disfunción hepática. La fiebre y la hepatoesplenomegalia son los síntomas más frecuentes, estando presentes en el 75% de los casos. Los hallazgos analíticos más frecuentes son alteración de enzimas hepáticas (GOT, GPT, fosfatasa alcalina, GGT, albúmina, bilirrubina

total), elevación de LDH, ferritina por encima de 500, coagulopatía con elevación de dímero-D e hipofibrinogenemia y pancitopenia, principalmente trombopenia y anemia. Si existe clínica neurológica ha de realizarse también una resonancia magnética cerebral así como un análisis del líquido cefalorraquídeo en el que habitualmente existe pleocitosis y proteinorraquia. La prevalencia de hemofagocitosis va desde el 25 al 100% por lo que un estudio negativo de médula ósea no excluye el diagnóstico⁷, que podremos apoyar si se cumplen 5 de los siguientes criterios establecidos por la Histiocyte Society en 1994^{8,9}:

Criterios clínicos

- Fiebre (>7 días $\geq 38,5$ °C)
- Esplenomegalia (≥ 3 cm)

Criterios de laboratorio

- Bicitopenia
 - Hemoglobina <9 g/l
 - Plaquetas < 100.000/ μ l
 - Neutrófilos < 1.000/ μ l
- Hipertrigliceridemia (> 3 mmol/l en ayunas)
- y/o hipofibrinogenemia (<1,5 g/l)
- Ferritina > 500 μ g/l
- Actividad NK disminuida o ausente
- CD25 soluble > 2.400 IU/ml

Criterio histológico

- Hemofagocitosis en médula ósea, bazo o ganglio linfático

En los pacientes con formas secundarias el tratamiento etiológico y de soporte es el de elección, reservándose el tratamiento con corticoides, quimioterápicos e inmunosupresores para los casos más graves y refractarios. El pronóstico ha mejorado con los años, con la introducción del primer protocolo internacional desarrollado por la Histiocyte Society en 1994 y recientemente modificado en 2004, en el que se emplea dexametasona, etopósido y metotrexato intratecal, principalmente; no obstante los resultados no son los esperados, probablemente porque ambos esquema de tratamiento se basan en estudios realizados en menores de 18 años^{8,9}. En los casos de más gravedad y sin respuesta a ningún tipo de tratamiento se puede intentar la realización de un trasplante alogénico de células progenitoras hematopoyéticas,

cas, con resultados muy dispares en las formas secundarias y algo más esperanzadores en las primarias¹⁰.

Conflicto de intereses

Todas las autoras declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

Nuestro trabajo de revisión no ha contado con ningún tipo de financiación.

Bibliografía

- 1 Scott R, Robb-Smith A. Histiocytic medullary reticulosis. *Lancet* 1939;2:194-8.
- 2 Henter J, Elinder G, Soder O, Ost A. Incidence in Sweden and clinical features of familial hemophagocytic lymphohistiocytosis. *Acta Paediatr Scand*. 1991;80:42-35.
- 3 Allen M, De Fusco C, LEgrand F et al. Familial hemophagocytic lymphohistiocytosis: how late can the onset be? *Haematologica* 2001;86:499-503.
- 4 Janka GE, Imashuku S, Elinder G et al. Infection and malignancy-associated hemophagocytic syndromes. Secondary hemophagocytic lymphohistiocytosis. *Hematol Oncol Clin North Am* 1998;12: 435-44.
- 5 Karras A, Thervet E, Legendre C. Hemophagocytic syndrome in renal transplant recipients: report of 17 cases and review of literature. *Transplantation* 2004;77:238-43.
- 6 Fisman DN. Hemophagocytic syndromes and infection. *Emerg Infect Dis* 2000;6:601-8.
- 7 Espinosa K. Síndrome hemofagocítico: conceptos actuales. *Gac Med Mex* 2013;149:431-7.
- 8 Henter J, Elinder G, Ost A. Diagnostic guidelines for hemophagocytic lymphohistiocytosis. The FHL Study group of the Histiocyte society. *Semin Oncology* 1991;18:29-33.
- 9 Henter J, Horne A, Arico M et al. HLH-2004: diagnostic and therapeutic guidelines for hemophagocytic lymphohistiocytosis. *Pediatric Blood Cancer* 2007;48:124-31.
- 10 Metha R, Smith R. Hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH): a review of literature. *Med Oncol* 2013;30:740-47.

NOTA CLÍNICA



Gaceta Médica de Bilbao. 2014;111(2):45-47

Traumatismo craneal penetrante por arma blanca. Consideraciones sobre su manejo

José Undabeitia^a, Cristina Barrena^a, Mikel Armendariz^a, Nicolás Samprón^a, Mariano Arrazola^{a, b}, Enrique Úrculo^{a, b}

(a) Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Donostia. Donostia, Gipuzkoa

(b) Departamento de Cirugía y Radiología y Medicina Física. Facultad de Medicina. Donostia, Gipuzkoa

Recibido el 8 de marzo de 2014; aceptado el 8 de abril de 2014

PALABRAS CLAVE

Lesión cerebral traumática.
Traumatismo craneal penetrante.
Neurocirugía

Resumen: Los traumatismos craneales penetrantes son un evento infrecuente y se asocian a una elevada mortalidad. Pueden deberse a la entrada de objetos proyectados o proyectiles u objetos introducidos localmente. Dentro de este último grupo, el agente más habitual son los cuchillos. Presentamos el caso de un varón que sufre un traumatismo craneal penetrante en contexto de una agresión. El trayecto transcurre a través de la mastoide, contactando con el seno sigmoide. Se procede a la extracción del cuerpo extraño en quirófano sin complicaciones. Describimos las características diferenciales en el manejo de este tipo de traumatismos.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Traumatic brain injury.
Penetrating cranial trauma.
Neurosurgery.

Knife inflicted penetrating head injury. Management considerations

Abstract: Penetrating brain trauma is an infrequent event and is associated to high mortality rates. The may be caused by projectiles or locally introduced objects. Among the latest, the most frequent agents are blades. We report the case of a male that suffered a penetrating traumatic injury in the context of an aggression. The trajectory ran through the mastoid with the distal portion resting over the sigmoid sinus. The foreign body was surgically extracted with no further complications. We describe the differential characteristics in the management of these injuries.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

GILTZA-HITZAK

Buruko lesio traumatikoa.
Buruko lesio sarkorra.
Neurkirurgia.

Buruko lesio sarkorra labanarekin. Lesioak lantzeko gogoetak

Laburpena: Buruko lesio sarkorra, heriotza tasa haundiko, ezohizko gertaera da. Objektu proiektatuen edo lekuan bertan sartutako objektuen ondorioz izan daiteke. Azken talde honen barruan, agente ohikoena labana da. Agresio baten ondorioz buruan lesio sarkor bat duean gizon baten kasua aurkezten dugu. Labanak buruan egindako bidea, mastoidearen zehar seno sigmoiderainokoa da. Gorputz arrotza ebakuntza-gelan konplikaziorik gabe kanporatzen da. Mota hontako zauriak lantzeko ezaugarri diferentzialak deskribatzen ditugu.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.



Figura 1. Entrada del arma blanca a través del pabellón auditivo izquierdo.

Introducción

Entendemos como traumatismos craneales penetrantes (TCP) aquellos que únicamente presentan un orificio de entrada, a diferencia de los traumatismos craneales perforantes o transfixiantes, que presentan un orificio de entrada y de salida¹. Los TCP suponen un pequeño porcentaje del total de traumatismos craneoencefálicos y

se asocian a una elevada mortalidad²⁻⁸. Pueden estar producidos por objetos proyectados o lanzados a distancia (proyectiles) o por elementos introducidos localmente. Entre estos últimos, el agente más frecuente es el cuchillo, que posee, como características diferenciales, una baja velocidad en relación a los objetos proyectados y una pequeña superficie de entrada^{1,4,8}.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón que, en el contexto de una agresión, sufrió un TCP por arma blanca. El paciente fue trasladado al servicio de Urgencias de nuestro hospital. En la exploración física el paciente se encontraba hemodinámicamente estable, consciente y orientado en tiempo y espacio y sin focalidad neurológica aparente. Se objetivó la entrada del filo de una navaja multiusos a través del pabellón auditivo izquierdo que quedaba impactada en la mastoides (Figura 1).

No se apreció la salida de sangre o líquido cefalorraquídeo a través del orificio de entrada. Se obtuvo un TAC cerebral con reconstrucción vascular en el que se demostró la entrada del cuerpo extraño a través de las celdillas mastoideas con su porción más profunda en contacto con el seno sigmoide (Figura 2).

Ante estos hallazgos se intervino al paciente de urgencia. En un primer paso realizamos un abordaje retrosigmoideo para obtener un control sobre el seno transversal

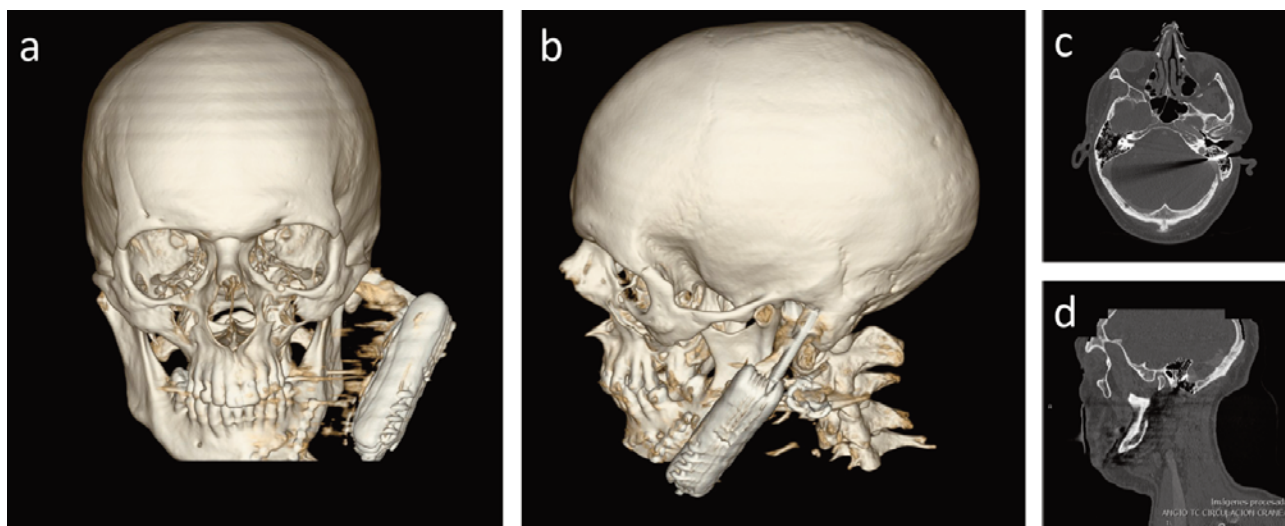


Figura 2. (a,b) Reconstrucción 3D del TAC cerebral, donde se aprecia la navaja impactada en la región mastoidea izquierda. Corte axial (c) y sagital (d), donde se aprecia el contacto del filo de la navaja con el seno sigmoide pero sin extravasación de contraste.

en caso de sangrado durante el procedimiento. Una vez el seno fue expuesto procedimos a la extracción del objeto penetrante sin que se apreciara sangrado u otra complicación, por lo que concluimos el procedimiento. El paciente se mantuvo hemodinámicamente estable durante toda la intervención, tras lo que ingresó en planta para vigilancia clínica. Se administró tratamiento antibiótico profiláctico de amplio espectro durante una semana. Durante su estancia en el hospital no se detectaron complicaciones, sin alteraciones en la movilidad facial, en la audición o signo alguno de infección. El paciente fue dado de alta a domicilio en el octavo día postquirúrgico.

Discusión

Los TCP son más frecuentes en adultos. Las causas más habituales incluyen las agresiones, accidentes e intentos autolíticos. Se han descrito TCP por multitud de objetos, incluyendo destornilladores, clavos, arpones, etc.³. En los casos de apuñalamiento, como el nuestro, son más frecuentes en el lado izquierdo, en probable relación a la mano empleada para la agresión en pacientes diestros. La región de entrada más frecuente es la frontoparietal. La localización a nivel temporal se asocia a un mayor riesgo de afectación neurológica, debido al menor espesor del hueso temporal y la pequeña distancia a estructuras neurovasculares de vital importancia^{2,4,5,8}. En nuestro caso, el arma blanca penetró a través de la mastoides, evitando el nervio facial, el oído interno y respetando, en su porción más profunda, la integridad del seno sigmoide.

El mecanismo de lesión de los tejidos difiere en relación a la energía cinética ($1/2 \times \text{masa} \times \text{velocidad}^2$) aplicada sobre los tejidos. En los traumatismos de baja velocidad (inferior a 300 m/s) la lesión se produce por laceración y disrupción directa, mientras que en los casos de alta velocidad la cavitación y la distorsión elástica son los principales responsables del daño tisular y de su mal pronóstico^{3-5,7,8}.

El *gold standard* en el diagnóstico radiológico es la tomografía axial computarizada (TAC), que permite confirmar la presencia del cuerpo extraño a nivel intracraneal, estudiar su recorrido y detectar la presencia de hemorragias, lesiones a nivel de parénquima cerebral o el compromiso de estructuras vasculares. La resonancia magnética, en cambio, está contraindicada debido a la posible presencia de objetos ferromagnéticos intracraneales. Cuando se sospecha la presencia de una lesión vascular es necesario obtener un estudio vascular, bien mediante angiografía, bien mediante angio-TAC, como fue nuestro caso^{1-5,7,8}. El tratamiento de estos pacientes comienza las medidas generales de reanimación, cuando son necesarias, la estabilización hemodinámica y el control de la hipertensión intracraneal cuando se encuentra presente¹. Aquellos pacientes en los que el cuerpo extraño se encuentra aún impactado en el momento de la intervención presentan una menor mortalidad que aquellos en los que ha sido extraído con anterioridad a la llegada del centro hospitalario. El objeto penetrante debe ser siempre retirado en quirófano y en el momento en el que el cirujano y el anestesista estén preparados para las posibles complicaciones^{2-5,7,8}.

La infección postoperatoria (en forma de infección de herida quirúrgica, meningitis, absceso cerebral, etc.) es una complicación grave que compromete el pronóstico de estos pacientes. Según las series, su frecuencia puede alcanzar hasta un 64% de los casos^{6,7}. El germen más frecuentemente aislado es el *Staphylococcus sp*. Se considera obligatoria la administración de tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro⁵⁻⁸. No existe consenso con respecto al antibiótico de elección, si bien el uso de cefalosporinas está generalmente aceptado. Se recomienda su inicio lo antes posible hasta completar 7-14 días de tratamiento^{3,5-7}. En nuestro caso, optamos por la ceftriaxona intravenosa durante siete días.

Financiación

No se contó con fuentes de financiación para su elaboración.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Autoría

Los autores J. Undabeitia, C. Barrena y M. Armendariz recogieron los datos clínicos y la bibliografía. Todos los autores revisaron la bibliografía y diseñaron la discusión. El artículo fue redactado por J. Undabeitia y C. Barrena. Todos los autores dieron el visto bueno de la versión final del manuscrito.

Consentimiento

Se contó con el consentimiento informado del paciente para la difusión de la iconografía presentada de forma anónima con propósitos científicos.

Bibliografía

- 1 Zazpe I, Vazquez A, Beaumont C, Bardon A, Azcona J, Gallo-Ruiz A, et al. Multiple penetrating brain injuries caused by a nail gun: a case report. *Neurocirugía (Astur)* 2006;17:544-9.
- 2 Kieck CF, de Villiers JC. Vascular lesions due to transcranial stab wounds. *J Neurosurg* 1984;60:42-6.
- 3 Izci Y, Kayali H, Daneyemez M, Koksel T, Cerrahoglu K. The clinical, radiological and surgical characteristics of supratentorial penetrating craniocerebral injuries: a retrospective clinical study. *Tohoku J Exp Med* 2003;201:39-46.
- 4 Kataria R, Singh D, Chopra S, Sinha VD. Low velocity penetrating head injury with impacted foreign bodies in situ. *Asian J Neurosurg* 2011;6:39-44.
- 5 Sweeney JM, Lebovitz JJ, Eller JL, Coppens JR, Bucholz RD, Abdulrauf SI. Management of nonmissile penetrating brain injuries: a description of three cases and review of the literature. *Skull base rep* 2011;1:39-46.
- 6 Antibiotic prophylaxis for penetrating brain injury. *J Trauma* 2001;51:34-40.
- 7 Kazim SF, Shamim MS, Tahir MZ, Enam SA, Waheed S. Management of penetrating brain injury. *J Emerg Trauma Shock* 2011;4:395-402.
- 8 Van Dellen JR, Lipschitz R. Stab wounds of the skull. *Surg Neurol* 1978;10:110-4.

ALERTA DE SEGURIDAD



Gac Med Bilbao. 2014;111(2):48

Diacereína: restricciones de uso tras la reexaminación de la información

Diacerein: use restrictions after the examination of the information

Diazereina: Erabileraren murrizketak informazioaren berrazterketaren ondoren

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) informa en la [nota informativa MUH \(FV\) 03/2014](#) a los profesionales sanitarios sobre las restricciones de uso de la diacereína tras la reexaminación de la información.

En noviembre de 2013, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios informaba a los profesionales sanitarios sobre la conclusión del Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia (PRAC) de que, en base a la revisión de los datos disponibles, diacereína tendría un balance beneficio-riesgo desfavorable y recomendó la suspensión de la autorización de comercialización de los medicamentos con diacereína en la UE.

Esta revisión se inició como consecuencia del análisis de datos de farmacovigilancia en relación con el riesgo de diarrea y alteraciones hepáticas (ver [Nota Informativa de la AEMPS MUH \(FV\) 30/2013](#)).

Con posterioridad a esa recomendación del PRAC, los laboratorios titulares de estos medicamentos ejercieron su derecho de reexaminación, proponiendo nuevas medidas de prevención o minimización de los riesgos anteriormente mencionados, que han sido ahora valoradas por el PRAC.

El PRAC ha considerado que el balance beneficio-riesgo puede mantenerse favorable si se establecen determinadas restricciones y condiciones de uso de diacereína, concretamente:

- Debido al riesgo de diarrea severa y las complicaciones que pueden presentarse:
 - No se recomienda el uso de diacereína a partir de los 65 años de edad.

- El tratamiento debe iniciarse con 50 mg/día durante las primeras 2-4 semanas de tratamiento, valorando la tolerancia del tratamiento por el paciente. Posteriormente, se debe incrementar a la dosis recomendada de mantenimiento de 100 mg/día.
- El tratamiento debe suspenderse en el momento en que el paciente presente diarrea.
- Además, diacereína no debe utilizarse en pacientes con enfermedad hepática, y debe vigilarse la aparición de signos y síntomas de alteración hepática a lo largo del tratamiento.
- Diacereína únicamente debe indicarse para el tratamiento sintomático de la artrosis de rodilla y cadera y por médicos con experiencia en el manejo de esta patología.

Estas recomendaciones del PRAC deberán ser ratificadas por el Grupo Europeo de Coordinación (CMDh), del que forman parte todas las Agencias de Medicamentos europeas y, eventualmente, por la Comisión Europea, que concluirán con una decisión final y vinculante para toda la UE.

Mientras tanto, la AEMPS recomienda a los profesionales sanitarios aplicar estrictamente estas recomendaciones, valorando cuidadosamente el balance beneficio-riesgo del uso de diacereína en cada paciente.

La AEMPS comunicará cualquier nueva información relevante en relación con este asunto.

Se recuerda la importancia de notificar todas las sospechas de reacciones adversas al [Centro Autonómico de Farmacovigilancia correspondiente](#), pudiéndose realizar a través de la web <https://www.notificaram.es>.

ALERTA DE SEGURIDAD



Gac Med Bilbao. 2014;111(2):49-50

Domperidona y riesgo cardiaco: restricciones en las condiciones de autorización

Domperidone and cardiac risk: restrictions on licensing conditions

Domperidona eta arrisku kardiakoa: murrizketak autorizazio baldintzetan

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) informa en la [nota informativa MUH \(FV\) 04/2014](#) a los profesionales sanitarios sobre las restricciones en las condiciones de autorización de la domperidona.

La domperidona es un antagonista dopaminérgico actualmente autorizado para el alivio de los síntomas de náuseas y vómitos (tanto en adultos como en niños) así como para el tratamiento de la sensación de plenitud epigástrica, malestar abdominal alto y regurgitación del contenido gástrico (indicación reservada exclusivamente a población adulta).

El Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia europeo (PRAC) acaba de finalizar la reevaluación del balance beneficio-riesgo de los medicamentos que contienen domperidona, motivada por las reacciones adversas a nivel cardiaco. Estas reacciones adversas, (arritmias ventriculares debidas a la prolongación del intervalo QT del electrocardiograma que pueden tener desenlace fatal), están descritas en la ficha técnica y motivaron hace unos años la retirada de las presentaciones de administración parenteral (ver también [nota informativa de la AEMPS MUH \(FV\) 24/2011](#)). No obstante, se han seguido notificando casos, por lo que se solicitó al PRAC que evaluase de nuevo la relación beneficio-riesgo de este medicamento para sus indicaciones autorizadas.

Como resultado de dicha evaluación, el PRAC ha concluido lo siguiente:

- El riesgo conocido de aparición de trastornos del ritmo cardiaco aumenta en pacientes mayores de 60 años, en aquellos a los que se les administran altas dosis del medicamento y en los que toman simultá-

neamente otros medicamentos susceptibles de prolongar el intervalo QT.

- Estas reacciones cardiacas graves pueden minimizarse si domperidona se administra a dosis bajas, se limita la duración de los tratamientos y se evita su utilización en pacientes de alto riesgo para el desarrollo de patologías cardiacas y en aquellos que tomen al mismo tiempo medicamentos susceptibles de prolongar el intervalo QT o que sean inhibidores potentes del CYP3A4.
- Las formulaciones para administración por vía rectal no permiten ajustar las dosis de domperidona en función del peso corporal del paciente, por lo que existe el riesgo de exponer a la población pediátrica a dosis superiores a las recomendadas.
- Los datos disponibles avalan una relación beneficio-riesgo favorable únicamente para el alivio de los síntomas de náuseas y vómitos, y siempre que se respeten las condiciones de uso anteriormente indicadas.
- Los datos de eficacia de domperidona en población pediátrica, así como los referentes a la farmacocinética de la administración rectal son limitados, por lo que se exigirán estudios adicionales sobre estos aspectos.

Estas recomendaciones del PRAC deberán ser ratificadas por el Grupo Europeo de Coordinación (CMDh), del que forman parte todas las Agencias de Medicamentos europeas y, eventualmente, por la Comisión Europea, que concluirán con una decisión final y vinculante para toda la UE.

Mientras tanto, y como medida de precaución, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanita-

rios ha efectuado la siguiente recomendación pública a este respecto:

- Utilizar domperidona únicamente para el tratamiento sintomático de náuseas y vómitos, durante el menor tiempo posible y sin sobrepasar una dosis de 10 mg tres veces al día por vía oral para adultos y adolescentes de 35 Kg de peso o más. Para estos mismos pacientes se pueden utilizar supositorios de 30 mg/dosis, dos veces al día.
- En niños y adolescentes de menos de 35 Kg de peso se debe administrar por vía oral a dosis de 0,25 mg/Kg de peso corporal, hasta tres veces al día.
- No utilizar supositorios en niños.
- No utilizar domperidona si el paciente:
 - Está recibiendo otros medicamentos que puedan prolongar el intervalo QT del electrocar-

diograma o que sean inhibidores potentes del citocromo CYP3A4

- Presenta alteraciones de la conducción o el ritmo cardíaco, o condiciones subyacentes de riesgo para la aparición de estas patologías.
- Presenta insuficiencia hepática moderada o severa.

La AEMPS comunicará cualquier nueva información relevante en relación con este asunto a través de los canales habituales.

Finalmente se recuerda la importancia de notificar todas las sospechas de reacciones adversas al [Centro Autonómico de Farmacovigilancia correspondiente](#) del SEFV-H, pudiéndose notificar también a través del formulario electrónico disponibles en la web www.notificaram.es.

ALERTA DE SEGURIDAD



Gac Med Bilbao. 2014;111(2):51-52

Zolpidem: riesgo de somnolencia al día siguiente

Zolpidem: risk of drowsiness the next day

Zolpidem: logure arriskua hurrengo egunean

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) informa en la [nota informativa MUH \(FV\) 05/2014](#) a los profesionales sanitarios sobre el riesgo de somnolencia al día siguiente de zolpidem.

Zolpidem es un agente hipnótico similar a las benzodiazepinas que actúa sobre los receptores GABA-omega del sistema nervioso central, autorizado en España desde 1990 para el tratamiento a corto plazo del insomnio. El tratamiento no debe exceder en general de las cuatro semanas incluyendo el periodo de retirada del medicamento ([ver ficha técnica de medicamentos con zolpidem](#)).

El Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia europeo (PRAC) ha finalizado la revisión de los datos de eficacia y seguridad de zolpidem. El motivo de esta revisión ha sido la notificación de numerosos casos de alteraciones en la capacidad de atención y concentración, incluyendo parasomnias (sonambulismo) y de efectos sobre la atención en la conducción de vehículos, incluyendo accidentes de tráfico, en la mañana siguiente de la toma del medicamento.

Aunque estos riesgos son conocidos para los medicamentos hipnóticos, y así se indica en la ficha técnica y prospecto de zolpidem, se ha considerado necesario valorar si se deben modificar las condiciones de uso de este medicamento con objeto de minimizar estos riesgos, y en particular su dosificación.

Las conclusiones y recomendaciones derivadas de esta revisión han sido las siguientes:

- La dosis recomendada de zolpidem en adultos se mantiene en 10 mg/día, no debiéndose exceder esta dosis. En algunos pacientes, la dosis de 5 mg puede resultar efectiva.
- En pacientes de edad avanzada y en aquellos con insuficiencia hepática la dosis recomendada es de 5 mg/día.

- Zolpidem debe administrarse en una única dosis en el momento en que el paciente vaya a dormir y no debe tomarse ninguna dosis adicional durante la noche.
- Dado que el efecto de zolpidem puede durar al menos 8 horas, se recomienda no conducir o realizar actividades que requieran atención y puedan ser peligrosas por una disminución del estado de alerta, hasta transcurrido este plazo de tiempo desde la toma del medicamento.
- Zolpidem no se debe utilizar simultáneamente con otros medicamentos, alcohol u otras sustancias con efectos sobre el sistema nervioso central.

Tomando como base estas conclusiones, el PRAC ha recomendado actualizar las fichas técnicas y prospectos de los medicamentos que contienen zolpidem con objeto de reforzar las recomendaciones respecto al riesgo de sonambulismo, conducción y realizar actividades peligrosas durante el tratamiento con estos medicamentos.

Estas recomendaciones del PRAC deberán ser ratificadas por el Grupo Europeo de Coordinación (CMDh), del que forman parte todas las Agencias de Medicamentos europeas y, eventualmente, por la Comisión Europea, que concluirán con una decisión final y vinculante para toda la UE. Respecto al uso de zolpidem y otros hipnóticos en España, los datos de que dispone la AEMPS indican lo siguiente:

- Los datos procedentes de la utilización de hipnóticos en el Sistema Nacional de Salud (SNS) muestran un incremento en los últimos años, siendo zolpidem el segundo principio activo más utilizado, el cual ha duplicado su uso desde el año 2000 al 2012 ([ver informe sobre ansiolíticos e hipnóticos de enero de 2014 en el Observatorio del uso de medicamentos](#)

en la página web de la AEMPS).

- Datos procedentes de la base de datos BIFAP, indican que el uso global de benzodiacepinas en España es muy superior al de otros países europeos con bases de datos farmacoepidemiológicas comparables¹, fundamentalmente a expensas de las consideradas ansiolíticas. Además, se confirma el uso de zolpidem como el segundo hipnótico con mayor prevalencia de uso, siendo ésta superior en mujeres y en pacientes de edad avanzada¹.

Teniendo en cuenta las conclusiones de esta revisión y la información disponible sobre el uso de zolpidem en España, la AEMPS recomienda a los profesionales sanitarios:

- En cuanto al uso de medicamentos hipnóticos en general:
 - Utilizar los medicamentos para el insomnio en general, solamente cuando sea absolutamente imprescindible y durante el menor tiempo posible.
 - Evitar la prolongación del tratamiento con hipnóticos debido al riesgo de dependencia y su asociación con otros riesgos importantes. Se recomienda revisar de forma periódica la necesidad de mantener el tratamiento.

- Respecto al uso de zolpidem:

- Seguir estrictamente las condiciones de uso autorizadas y la posología recomendada, informando al paciente del riesgo de sonambulismo y somnolencia a la mañana siguiente con el consiguiente riesgo si conduce o realiza actividades en las que una falta de atención puede entrañar peligro.

Finalmente se recuerda la importancia de notificar todas las sospechas de reacciones adversas al [Centro Autonómico de Farmacovigilancia correspondiente](#) del SEFV-H, pudiéndose notificar también a través del formulario electrónico disponibles en la web <https://www.notificar.es>.

Bibliografía

1. Huerta C et col. Prevalence of Use of Benzodiazepines and Related Drugs in Seven European Databases: A Cross-National Descriptive Study from the PROTECT-EU Project. En: Abstracts of the 29th International Conference on Pharmacoepidemiology & Therapeutic Risk Management, August 25–28, 2013, Montréal, Canada. Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 2013; 22, s1: p472. (Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pds.3512/abstract>).

IN MEMORIAM



Gaceta Médica de Bilbao. 2014;111(2):53-56

El Dr. Iñaki Azkuna y la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Dr. Iñaki Azkuna and the Academy of Medical Sciences of Bilbao

Iñaki Azkuna Dr. eta Bilboko Medikuntza Zientzien Akademia

La ciudad fundada por Sancho IV de Navarra en 1180, conocida antaño como Villanueva de Tabira, hoy Durango, vio nacer un día de San Valentín —14 de febrero—, de 1943, al que con el tiempo se convertiría en uno de sus hijos más ilustres: Iñaki Azkuna Urreta.

En ese año de 1943, ocurrieron cosas que aquel recién nacido, de haber sido consciente de ellas, hubiese esbozado una tierna sonrisa, o al menos un “ajooooo”: el Athletic de Bilbao fue vencedor de la liga y de la copa del Generalísimo, al ganar al Real Madrid por 1-0; el nacimiento de Catherine Deneuve, actriz francesa y el estreno de Galileo Galilei de Bertolt Brecht.

No sabemos si es por casualidad, pero da la impresión de que al niño de Durango alguien le sopló al oído alguno de los versos del poeta de los Bosques Negros. Si uno los repasa, intuye en ellos ciertas premoniciones de lo que ha sido su devenir vital.

Verdaderamente vivo en tiempos sombríos//...¿qué tiempos éstos en que hablar sobre árboles es casi un crimen, porque supone callar sobre tanto sufrimientos!//... me gustaría ser sabio también// los viejos libros explican la sabiduría:// apartarse de las luchas del mundo y transcurrir// sin inquietudes nuestro breve tiempo.// librarse de la violencia, dar bien por mal, no satisfacer los deseos y hasta// olvidarlos: tal es la sabiduría.// Pero yo no puedo hacer nada de esto: verdaderamente, vivo en tiempos sombríos (“A los hombre futuros”. Bertolt Brecht).

Su infancia, como la de tantos niños de su generación, se pierde en la nebulosa feliz de la inocencia y en la idealización de la nostalgia. Pero, sin lugar a dudas, nació en tiempos sombríos.



El doctor Iñaki Azkuna falleció en Bilbao el 20 de marzo de 2014.

Sus *aitas*, su familia y los padres jesuitas de Durango y de Tudela, completaron la educación del ya joven Iñaki a quien, por su afición a la bicicleta, sus compañeros le llamaban “Anque”, apodo que hacía alu-

sión a Jacques Anquetil, el corredor ciclista francés que consiguió, entre 1957 y 1964, cinco victorias en el Tour de Francia; un gran ídolo para la chavalería de entonces.

Todo el mundo reconoce que la Medicina es una profesión que está en el rango de las actividades que exigen una vocación de superior categoría; que, incluso, algunos comparan con el amor, ya que requieren una atracción intransferible hacia su objeto, un espíritu de sacrificio y unas aptitudes específicas (Gregorio Marañón en “Vocación y ética y otros ensayos”).

No sabemos si Iñaki Azkuna, con tan sólo 18 años, menor de edad, vio con claridad y firmeza que quería ser médico y ninguna otra cosa; si tenía la divina ilusión de convertir el dolor en goce, la enfermedad en salud y la muerte en vida; reflexiones muy sofisticadas para elaborarlas un púber.

Lo que nos cabe ninguna duda es de que sí aspiraba a servir, y que sus múltiples aptitudes fueron progresivamente revelándose.

Zaragoza y Salamanca dieron cobijo a su formación médica, y en la ciudad del Tormes descubrió muchísimas cosas, entre ellas, al vasco más universal —si exceptuamos a Ignacio de Loyola—: Miguel de Unamuno. D. Miguel, un adelantado que amplió con su lucha los muros que cercaban la mentalidad española, y fue precisamente esa lucha uno de los rasgos más definitorios de la personalidad del filósofo; su constante “armar guerra” para despertar las conciencias adormecidas, su talante polémico e inconformista que llevó a María Zambrano a compararlo con un rebelde comunero de Castilla enfrentado a la Corte.



Iñaki Azkuna, tras la imposición de la insignia de oro de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Azkuna maduró en la década de los 60. Una época de acelerados cambios culturales y sociopolíticos.

En el terreno musical sonaban los Beatles, los Rolling Stones, Jhonny Hallyday, Serrat, “La nova canço”, Elvis Presley, Gilbert Becaud, Bob Dylan, Donovan, Joan

Báez, Atahualpa Yupanqui, y en lo nuestro el grupo Ez dok amairu etc. En el plano filosófico Wilhelm Reich, freudomarxista, autor de “La revolución sexual”; Herbert Marcuse —“El hombre unidimensional—; Louis Althusser, el filósofo marxista; Erich Fromm —“El arte de amar”—, etc.

En la poesía, la de la generación del 98, el 27 y todos los de la posguerra civil, especialmente Blas de Otero, así como los hispanoamericanos: Nicolás Guillén, Alfonsina Storni y muchos más.

Justo cuando recibió el título de licenciado en Medicina y Cirugía —el 30 de mayo de 1968—, estalló el denominado ‘mayo francés’, una cadena de sucesos que se dieron en Francia, especialmente en París, durante los meses de mayo y junio de 1968, a consecuencia de la convergencia de protestas entre sectores de estudiantes universitarios y secundarios y el movimiento obrero. Sucesos que se extendieron como la pólvora por la República Federal Alemana, España, México, Uruguay, Estados Unidos o Checoslovaquia.

Era la época del triunfo de la revolución cubana, el auge de movimientos guerrilleros izquierdistas en Latinoamérica, la Guerra de Vietnam y las corrientes antiimperialistas, antiyanquis.

Con el ambiente calentito, sociopolíticamente hablando, consigue una beca de la facultad de Medicina de Bilbao e inicia sus estudios de Radiología Cardiovascular en varios hospitales de París, realizando posteriormente cortas estancias en importantes centros médicos de Europa y México.

El 30 de diciembre de 1970, defiende su tesis doctoral, obteniendo la máxima calificación. Inmediatamente después —1974, 1976—, alcanza los títulos de especialista en Electrorradiología y Aparato Circulatorio, desarrollando su vida profesional en el Hospital de Cruces y en la Universidad del País Vasco —cátedra de Medicina Física y Radiología— en calidad de profesor asociado.

Fue precisamente en París donde coincidió con el que se convertiría en inseparable amigo: el llorado profesor Juan Negueruela, fraguando una férrea amistad, comparable a la de Ramón Sijé con el poeta Miguel Hernández. Fue también en la ciudad de la luz donde conoció a su esposa, Dña. Anabella, bellísima e inteligente mujer mexicana (fallecida en 2012); la única persona que posiblemente le conoció *comme il faut*.

Fue el Dr. Negueruela quien le contestó en el acto de recepción pública como académico electo de la Real Academia de Medicina del País Vasco, el 15 de abril de 1996, con un discurso titulado “Sanidad y Estado de bienestar”. En su epílogo concluía que para el Dr. Azkuna el futuro consiste en corregir y avanzar en medio de la austeridad, haciendo una llamada a la acción por encima de la duda. Vivir es actuar —señalaba D. Iñaki—, y quien renuncie al temor y a la esperanza dé por pasada su vida.

Todos los que hemos conocido su actividad médica hospitalaria hemos apreciado su sólida formación, sus certeros juicios diagnósticos, y una extraordinaria capacidad de trabajo. Su vida era el Hospital de Cruces, *full-time*.



En la imagen, de izquierda a derecha, los siguientes doctores: Ricardo Franco Vicario, secretario general de la ACMB; Álvaro Net, presidente de la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y Baleares; Iñaki Azkuna, entonces alcalde de Bilbao; Juan Goiria, presidente de la ACMB; y Pedro Ensunza, presidente de Grupo IMQ.

El destino le puso en la tesitura de elegir y, por tanto, de renunciar. Eligió lo más incómodo, lo más ingrato, lo más cruel a veces: la política.

Su dedicación a la gestión —en palabras suyas—, no fue algo premeditado ni casual, sino parte del devenir de su historia personal y de sus inquietudes, que ya se exteriorizaban desde los tiempos universitarios en Salamanca.

El primer paso adelante lo dio en 1979, cuando fue nombrado presidente electo de la sección de Médicos de Hospitales del Colegio Oficial de Médicos de Bizkaia, cargo que se prolongó hasta 1981.

Fueron épocas convulsas en las que los jóvenes médicos de entonces soñábamos con un horizonte sanitario donde el bienestar colectivo fuese una realidad, fruto de una conquista social, y no una mera quimera o utopía.

A partir de aquí la vida política del Dr. Azkuna, la conocen todos ustedes: director de Hospitales del departamento de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco (1982); director general de Osakidetza (1983); consejero-secretario de la Presidencia del Gobierno Vasco (1989); consejero de Sanidad (1991), y desde 1999 hasta la fecha, alcalde de Bilbao.

Con motivo de una conferencia titulada: “Una mirada a la historia de Bilbao desde la Academia de Ciencias Médicas”. (24/1/2008), impartida en la Sociedad Bilbaina, señalé, al repasar los alcaldes que había tenido Bilbao en los últimos 113 años, que el médico durangués, Iñaki Azkuna, ocupa desde 1999 la alcaldía de Bilbao. Cuando llegó a tan distinguido cargo, el escenario para la regeneración del Bilbao metropolitano estaba ya diseñado. A él le ha tocado completar esta ingente tarea. Hombre liberal, claro, diáfano, se ha enfrentado, con valentía, a problemas de convivencia

entre los ciudadanos, manejando las situaciones conflictivas con una gran capacidad de diálogo y conciliación.

Su amigo Juan María Atutxa Mendiola, presidente de la Fundación Sabino Arana, dijo de Iñaki Azkuna: voz autorizada, reconocida, respetada; voz franca, voz libre, voz nacionalista; y, por encima de todo ello, para todos nosotros, voz querida, voz amiga.

Pasará a la historia como un tribuno de excepción, obsesionado por enriquecer culturalmente a su pueblo



Iñaki Azkuna, junto a Juan Goiria, tras recibir el premio Dr. José Carrasco - D. Máximo de Aguirre, otorgado por la ACMB y la Sociedad Bilbaina, en 2010.

con ingredientes que satisfagan a todas las sensibilidades democráticas, pero implacable con los torticeros, malmandados y maleantes de cualquier ralea.

Estamos seguros que, como Jean-Jacques Rousseau, Azkuna siempre asumió la más antigua lección de la sabiduría y el civismo; la de que: “No hay paz ni felicidad para los hombres si rechazan la moderación de los deseos y el respeto a la ley”.

El 5 de marzo de 2010, la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao y la Sociedad Bilbaina le concedió el premio Dr. José Carrasco - D. Máximo de Aguirre y el 7 de noviembre de 2012, le distinguió con la insignia de oro de la Institución, en reconocimiento a su extraordinaria labor de conexión y cohesión entre la comunidad científica y la sociedad civil, desde los diferentes cargos públicos que ha ostentado a lo largo de su ca-

rrera profesional y política.

La muerte de cualquier persona nos lleva a reflexionar que la vida del hombre, como señalaba el filósofo Wittgenstein, es un conjunto de significados a los que hay que dar sentido: “el sentido de la vida”, que nos obliga a tomar una determinada postura ante ella.

El Dr. Azkuna llenó su vida siempre al servicio del prójimo, como médico y como político. Y esta herencia suya es a la vez orgullo y consuelo. Bilbao es lo que es porque él fue lo que fue, y esto es imposible olvidarlo.

Eskerrik asko. Goian bego, Alkate Jauna.

Ricardo Franco Vicario
Secretario General de la
Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

BILBAOPRAXIS

Una fórmula para el éxito

BILBAOPRAXIS

Preparación magistral a partir de la experiencia de la revitalización de Bilbao

Cada dosis del preparado contiene todos los principios activos necesarios para realizar, con un alto grado de satisfacción, cualquier tipo de congreso, jornada o encuentro profesional en vivo del Sector de las Ciencias de la Salud.

Bilbaopraxis está compuesto por

Bilbao Convention Bureau

Bilbao Turismo

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Qué es Bilbaopraxis y cuándo debe utilizarse

Es una organización y una oferta de servicios en la que confluyen las experiencias, capacidades y voluntades de la **Academia de Ciencias Médicas de Bilbao**, y de las instituciones y organismos que representan a **la ciudad de Bilbao**.

El objetivo es completar una propuesta muy atractiva para que Bilbao sea la respuesta a su necesidad de un proyecto integral y de una sede para su congreso profesional en cualquiera de las áreas o sectores de las Ciencias de la Salud (medicina, farmacia, biología, veterinaria, bioquímica, enfermería, investigación...)

Antes de tomar Bilbaopraxis

Si usted es un profesional de la salud, o miembro responsable de una organización sanitaria, científica, docente, académica o colegio profesional, si representa al sector privado o al público y está pensando en proponer o dinamizar un encuentro profesional especializado, sea cual sea su dimensión, antes de tomar otro compuesto alternativo piense en la composición y en las ventajas únicas de Bilbaopraxis.

Bilbao ya es, desde hace tiempo un modelo de regeneración urbana, una ciudad de servicios con una amplia y atractiva oferta congresual, organizativa y profesional, de ocio, cultural, gastronómica, comercial, paisajística, humana...

Ahora también, gracias al apoyo de la **Academia de Ciencias Médicas de Bilbao**, la ciudad se convierte en un centro de atracción especializado para congresos y encuentros profesionales sectoriales específicos.

La Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, como socio estratégico de Bilbaopraxis aporta prestigio, experiencia y conocimiento. El bagaje de prestigiosos profesionales implicados no solo en el ejercicio de la profesión, sino también en la investigación y difusión de conocimientos, descubrimientos, técnicas de vanguardia, lo último en tratamientos y praxis profesional, deontología...

La implicación y decidido compromiso de la Ciudad

A través de Bilbao Turismo y Bilbao Convention Bureau permite aglutinar una serie de servicios complementarios (hasta llegar al proyecto "llave en mano") y poner a su disposición una serie de opciones mejoradas y ventajosas en ocio y disfrute de la ciudad.

Bilbaopraxis puede recomendarle un completo equipo de profesionales cualificados y homologados para que den forma a su proyecto, desde un encuentro de trabajo para un pequeño grupo de médicos o científicos, una presentación de un fármaco, una notificación de interés..., hasta un gran congreso nacional o internacional. Las mejores sedes, las más originales, los mejores profesionales del sector de organización de congresos y eventos, los mejores hoteles y estancias, una eficaz comunicación, una gran imagen, un completo y atractivo entorno cultural y de ocio.

No tome Bilbaopraxis sin antes estar convencido de su eficacia.

Póngase en contacto con nosotros y vea cómo podemos ayudarle de manera individualizada, ofreciéndole una propuesta a la medida de sus necesidades y expectativas.

Posibles efectos secundarios

En algunos casos se han descrito estados de euforia que se van desapareciendo con el tiempo. No hay casuística que indique que una utilización continuada de Bilbaopraxis esté desaconsejada.



TRIENIO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD
OSASUNAREN ZIENTZEN HIRURTEKOA
HEALTH SCIENCES TRIENNIAL



Academia de Ciencias
Médicas de Bilbao

euskaraz bai sano!

e ikurrak Osakidetza profesional eta zerbitzu elebidunak identifikatzen ditu.

Ikusten duzunean, hartu arnasa, zabaldu ahoa eta egin euskaraz sano!

e es el símbolo que identifica a los profesionales y a los servicios bilingües de Osakidetza.

Donde lo veas podrás ser atendido en euskera sin consulta previa.

