

Gaceta Médica de Bilbao

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

Vol. 118, No. 4. Octubre-Diciembre 2021
118. Libur. 4. Zenb. 2019ko Urria-Abendua
Vol. 118, No. 4. October-December 2021

Publicación incluida en:
SCOPUS, Scimago Journal &
Country Rank (SJR), NLM
(NLMUID 7505493), Excerpta
Medica Data Base (EMBASE),
Google Scholar, DIALNET,
Latindex, Inguma

Euskaraz dagoen lehen
aldizkari zientifiko biomedikoa

Decana de las revistas
médicas de España.
Fundada en 1894



125 urte / años
1895-2020

BILBOKO
MEDIKU ZIENTZIEN
AKADEMIA
ACADEMIA DE
CIENCIAS MÉDICAS
DE BILBAO



COMPROMISOS IMQ

Compromiso #3 Ponértelo fácil con soluciones digitales



Vídeo consulta



Oficina online



Chat médico



Tarjeta IMQ en el móvil

y muchos más en la APP de IMQ.



> Queremos comprometernos contigo.
Descubre cómo.

Contrátalo en imq.es, en el 900 81 81 50 o en nuestra red de oficinas:

BIZKAIA

Máximo Aguirre, 18 bis, 48011
Bilbao

GIPUZKOA

Plaza de Euskadi, 1, 20002
Donostia

ARABA

Av. Gasteiz, 39, 01008
Vitoria-Gasteiz

Ver condiciones generales de la póliza. RPS 122/20.


Cuidamos de ti

GACETA MÉDICA DE BILBAO



125^{urte} / años
1895-2020

BILBOKO
MEDIKU ZIENTZIEN
AKADEMIA
ACADEMIA DE
CIENCIAS MÉDICAS
DE BILBAO

Revista Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Director

Ricardo Franco Vicario

Jefe de redacción

Julen Ocharan Corcuera

Secretaria de redacción

María Elena Suárez González

Consejo de redacción

Carmelo Aguirre
Antonio del Barrio Linares
Ángel Barturen Barroso
Jacinto Bátiz Cantera
Francisco L. Dehesa Santisteban
Ana María García Arazosa
Carmen de la Hoz Torres
M.^a Carmen N. Espinosa Furlong

Juan I. Goiria Ormazabal
Fco. Javier Goldaracena
Adrian Aginagalde Llorente
Juan Carlos Ibáñez de Maeztu
José Manuel Llamazares
Arsenio Martínez Álvarez
Gabriel Martínez Compadre
Agustín Martínez Ibargüen

Alberto Martínez Ruiz
Teresa Morera Herreras
Guillermo Quindós Andrés
Alfredo Rodríguez Antigüedad
Juan José Zarranz Imirizaldu
José Luis Neyro Bilbao

Junta de Gobierno (ACMB)

Presidente

Ricardo Franco Vicario

Vicepresidente Biología

M.^a Isabel Tejada Mínguez

Vicepresidente Farmacia

Antonio del Barrio Linares

Vicepresidente Medicina

Agustín Martínez Ibargüen

Vicepresidente Odontología

Ana María García Arazosa

Vicepresidente Veterinaria

Francisco L. Dehesa Santisteban

Secretario general

Gorka Pérez-Yarza Pérez-Irezabal

Secretario de actas

Miguel Ángel Ulibarrena Sainz

Bibliotecario

Eduardo Areitio Cebrecos

Tesorero

Víctor Echenagusia Capelastegui

Jefe de redacción

Julen Ocharan Corcuera

Secretaria de redacción

Elena Suárez González

Vocales

M.^a Luisa Arteagoitia González

Beatriz Astigarraga Aguirre

Eugenio Domínguez Zapatero

Lourdes Íscar Reina

Alberto Martínez Ruiz

Miren Agurtzane Ortiz Jauregui

Mikel Sánchez Fernández

Elixabete Undabeitia P. de Mezquia

Expresidentes

Juan Ignacio Goiria Ormazabal

Juan José Zarranz Imirizaldu

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

Comité editorial internacional

Anestesia y Reanimación

Juan Heberto Muñoz, D. F. México

Cardiología

Carlos Morillo, Canadá

Ciencias de la Alimentación

Flaminio Fidanza, Perugia, Italia

Cirugía Digestiva-Oncología

Xavier de Aretxabala, Santiago, Chile

Cirugía Vascular y Angiología

Gregorio Sicard, Washington, EE. UU.

Economía de la Salud

Victor Montori, Mayo Clinic, EE. UU.

Farmacología Clínica

Patrick du Souich, Montreal, Canadá

Gastroenterología

Henry Cohen, Montevideo, Uruguay

Hematología

Alejandro Majlis, Santiago, Chile

Hipertensión

Antonio Méndez Durán, CDMX, México

Medicina Interna

Salvador Álvarez, Mayo Clinic, EE. UU.

Medicina del Trabajo

Pierre Brochard, Burdeos, Francia

Nefrología

Ricardo Correa-Rotter, D. F. México

Neurología

F. Barinagarrementeria, México

Odontología

Enrique Bimstein, U. Florida, EE. UU.

Odontología Pediátrica

Ana B. Fucks, Univ. of Hadassa, Israel

Psiquiatría

Manuel Trujillo, Nueva York, EE. UU.

Radiodiagnóstico

Ramiro Hdez., Ann Ridor, EE. UU.

Virología

Luc Montaigner, París, Francia

Comité editorial (presidentes de las secciones)

Alergología

Pedro Gamboa Setién

Análisis Clínicos

Paloma Liendo Arenaza

Anestesia y Reanimación

Alberto Martínez Ruiz

Biología

Nieves Zabala Arriaga

Cardiología

Alain Laskibar Asua

Cirugía General-Laparoscopia

Carlos Pérez San José

Cirugía Plástica

Francisco J. García Bernal

Cirugía Vascular y Angiología

Ángel Barba Vélez

Cuidados Paliativos

Jacinto Bátiz Cantera

Dolor (Tratamiento del)

María Luisa Franco Gay

Economía de la Salud

Joseba Vidorreta Gómez

Educación Médica

Jesús Manuel Morán Barrios

Emergencias y Medicina Crítica

Gontzal Tamayo Medel

Endocrinología

Amelia Oleaga Alday (SEDYNE)

Estudiantes de Medicina

Iñigo Arroyo Pérez

Euskera y plurilingüismo

Agurtzane Ortiz Jauregi

Farmacía

Juan del Arco Ortiz de Zárate

Gastroenterología

Maite Bravo Rodríguez (Gastro. Viz.)

Geriatría

Naiara Fernández Guitiérrez

Gestión y Calidad Asistencial

María Luisa Arteagoitia

Ginecología y Obstetricia

Álvaro Gorostiaga Ruiz-Garma

Hematología

José Antonio Márquez Navarro

Historia ciencias de la salud

Enrique Aramburu Araluce

Jóvenes-Residentes

Iñigo Arroyo Pérez

Medicina del Trabajo

Juan Ignacio Goiría Ormazabal

Medicina Deportiva

José Antonio Lekue gallano

Medicina Familiar

Jesús Merino Chaves

Medicina Física y Rehab.

Eva Lomas Larrumbide

Medicina Interna

Ricardo Franco Vicario

Medicina Legal y Forense

Francisco Etxeberria Gabilondo

Nefrología-Hipertensión

Rosa Inés Muñoz González

Neumología

Isabel Urrutia Landa

Neurofisiología

Silvia Taramundi Argüeso

Neurología

Juan José Zarranz Imirizaldu

Odontología

Alberto Anta Escuredo

Oftalmología

Nerea Martínez Alday

Oncología Médica

Guillermo López Vivanco

Otorrinolaringología

Arantza Ibargutzi Álvarez (SVORL)

Pediatría

Jesús Rodríguez Ortiz

Psicosomática

Isabel Usobiaga Sayés

Radiología/Diag. por la Imagen

Arsenio Martínez Álvarez

Relaciones con Hispanoamérica

José Luis Neyro Bilbao

Relaciones Internacionales

Julen Ocharan

Reumatología

Olaia Fernández Berrizbeitia

Salud Pública

Enrique Peiró Callizo (Socinorte)

Salud y Medio Ambiente

Enrique García Gómez

Toxicomanías

Javier Ogando Rodríguez

Traumatología

Eduardo Álvarez Irusteta

Urgencias

Patricia Martínez Olaizola

Urología

José Gregorio Pereira Arias

Vacunas y Antimicrobianos

Lucila Madariaga Torres

Valoración del daño corporal

Fernando Loidi Yurrita

Veterinaria

Ramón A. Juste Jordán

SUMARIO

Gaceta Médica de Bilbao



125 urte / años
1895-2020
BILBOKO
MEDIKU ZIENTZIEN
AKADEMIA
ACADEMIA DE
CIENCIAS MÉDICAS
DE BILBAO

Vol. 118, No. 4. Octubre-Diciembre 2021
118. Libur. 4. Zenb. 2019ko Urria-Abendua
Vol. 118, No. 4. October-December 2021

Editorial / Editorial / Editorial

La Academia recibe el galardón de Sabino Arana Fundazioa
Akademiak Sabino Arana Fundazioaren Saria jasotzen du
The Academy receives the Sabino Arana Fundazioa award

Ocharan-Corcuera Julen243

Original / Originala / Original

Inclusión de personas con discapacidad en emergencias y desastres, ejemplo de su implementación en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Desgaitasuna duten pertsonak larrialdietan eta hondamendietan sartzeari; adibidez, Gizarte Aseguruaren Mexikoko Institutuan ezartzea

Inclusion of persons with disabilities in emergencies and disasters, an example of its implementation in Mexican Social Security Institute

Elizondo-Argueta Sandra, Sánchez-Echeverría Juan-Carlos, Cortés-Meza Hermes-Manuel, Cruz-Vega Felipe, Loria-Castellanos Jorge.245

Abordaje terapéutico tumor glómico: experiencia en 12 casos

Tumore glomikoaren abordatze terapeutikoa: berrikuspina eta esperientzia 12 kasutan

Glomus tumor therapeutic approach: experience in 12 cases

Ramos-Bareño Begoña, García-Bernal Francisco Javier254

Nota clínica / Ohar klinikoa / Clinical note

Angioedema y macroglobulinemia de Waldenström

Angioedema and Waldenström macroglobulinemia

Waldenström angioedema eta makroglobulinemia

Méndez-Alcalde J.D., Martín-Armentia B., Armentia-Medina A., Cabrerizo-Ballesteros S., San-Miguel-Hernández A., García-Villamuza Y., Alonso-Alonso J.M.262

Estridor tras tiroidectomía total por carcinoma papilar de tiroides. A propósito de un caso

Estridor tiroidectomiaren tiroideo kartzinoma osoaren ondoren. Kasu bati buruz

Stridor after total thyroidectomy for papillary thyroid carcinoma. About a case

Blanco-Fuentes Urko, Gil-Martín Francisco-Javier, Gómez-Pardo Naiara, Veliz-Hernández David, Losada-Carballo Asier, Río-Canto José-Luis266

Revisión / Berrikuspen / Review

Diabetes, discinesias agudas y lesiones en los ganglios basales (estriatopatía diabética): una asociación no siempre sencilla

Diabetesa, diszinesia akutua eta gongoil basaletako lesioak (estriatopatía diabetikoa): aso-ziazio ez beti erraza

Diabetes, acute dyskinesias and lesions in the basal ganglia (diabetic striatopathy): a not always straightforward association

Zarranz-Imirizaldu Juan-José270

Artículo Especial / Artikulu berezia / Special article

Enfermedad de Dupuytren

Dupuytren gaixotasuna

Dupuytren's disease

García-Bernal Francisco-Javier, Collía-Martín Francisco-de-Paula, Cañas-Gómez Salvador, Zayas-Pinedo Paloma, Regalado-Bilbao Javier277

Cannabis medicinal en el tratamiento del dolor crónico

Cannabis medizinala min kronikoaren tratamenduan

Medicinal cannabis in the treatment of pain chronic

De-Santiago-Moraga Jesús, Pérez Carola, Grandes-Moreno Pedro285

Dolor con amor se apaga

Mina maitasunez itzali egiten da

Pain with love goes off

Franco-Vicario Ricardo288

Carta al director / Zuzendariari gutuna / Letter to the editor

48 Semana de Humanidades

48 Giza Zientzien Astea

48 Humanities Week

Ocharan-Corcuera Julen291

La necesidad de una ley estatal de cuidados paliativos

Zainketa aringarrien estatuko lege baten beharra

The need for a state hospice law

Bátiz-Cantera Jacinto293

El Colegio de Médicos de Bizkaia abre su Oficina de Voluntades Anticipadas

Bizkaiko Medikuen Elkargoak Aurretiazko Borondateen Bulegoa ireki du

The College of Physicians of Bizkaia opens its Advance Will Office

Naveda-Pomposo Cosme296

In Memoriam / In Memoriam / In Memoriam

Amado Cuadrado Fernández

Amado Cuadrado Fernández

Amado Cuadrado Fernández

Goiria-Ormazabal Juan-Ignacio299



Sala de Prensa online

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**

pautas 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: <http://www.docorcomunicacion.com>

Bilbao | Madrid | Vitoria-Gasteiz | México | Brasil

EDITORIAL



Gac Med Bilbao. 2021;118(4):243-244

La Academia recibe el galardón de Sabino Arana Fundazioa

Akademiak Sabino Arana Fundazioaren Saria jasotzen du
The Academy receives the Sabino Arana Fundazioa award



Figura 1. Fotografía de la entrega del Premio Sabino Arana Fundazioa.

Un año más, y ya van 32, Sabino Arana Fundazioa celebró ayer la gala anual de los 'Premios Sabino Arana'. Con las de la ceremonia de este año, son ya 180 las personas, asociaciones e instituciones las que han sido premiadas a lo largo de las 32 ediciones. Personas, instituciones y colectivos que destacan por su capacidad de entrega y vocación de servicio a la sociedad, a las que se sumaron este año 2021, la escritora y activista defensora de la mujer africana, Remei Sipi; el industrial gallego afincado en Euskadi desde hace 40 años, José Barreira; la empresaria y presidenta de la Sociedad Deportiva (S.D.) Eibar, Amaia Gorostiza; el antropólogo y folklorista, Juan Antonio Urbeltz; y la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Condicionada por la pandemia de la COVID-19, la gala se vio obligada a cambiar de escenario del tradicional Teatro Arriaga a la sede del Sabino Arana Fundazioa. Precisamente, y por este motivo, las primeras palabras de la presidenta de Sabino Arana Fundazioa, Mireia Zarate, en el discurso de apertura han sido para compartir un mensaje de solidaridad, cercanía y, sobre todo, esperanza a todas las personas que, en Euskadi, en Europa y en todo el mundo, han padecido y están padeciendo las consecuencias más duras de esta pandemia.

"En especial, hacemos llegar nuestra solidaridad y cercanía a las personas y familias que han perdido a se-

res queridos y a quienes cada día sufren los rigores de esta cruel enfermedad. Y un recuerdo muy especial para las personas mayores, las más castigadas por los efectos de la COVID-19. Estas personas nos están dando un nuevo ejemplo de vida. Están siendo capaces de sacrificarlo todo porque, para ellas, conservar la salud es lo que les va a permitir volver a besar, abrazar y acariciar a sus seres queridos", destacó.

Asimismo, Mireia Zarate, se dirigió a las y los galardonados de los que destacó sus valores (coraje, liderazgo, carácter pionero, arraigo y compromiso) y su entrega a las distintas causas que representan. Dos mujeres, dos hombres y una institución que identifican, como señaló Zarate, *"los valores que van a permitirnos superar esta crisis sanitaria, social, económica y emocional que hoy padecemos"*. Esos mismos valores son con los que Mireia Zarate se refirió a Juan M.^a Atutxa, anterior presidente de Sabino Arana Fundazioa y *"cuerpo y alma de la Fundación"*.

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao: compromiso

Y finalmente, tras haber sido galardonados el resto de premiados en la gala, le llegó el turno a la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, que en 2020 ha cumplido 125 años. Sabino Arana Fundazioa reconoció sus extraordinarios esfuerzos en mejorar la capacitación de nuestros profesionales sanitarios y en asesorar a las instituciones para, a fin de cuentas, lograr hacer efectiva a toda la población el derecho a la salud.

El galardón fue recogido por su presidente, Ricardo Franco, acompañado de dos expresidentes de la Academia, Juan Ignacio Goiria y Juan José Zarranz. (Figura 1).

Ante la situación actual de pandemia, Ricardo Franco destacó que desde que tuvimos conocimiento de lo

que estaba ocurriendo en China hace poco más de doce meses *"el sistema sanitario se ha visto ante el mayor reto asistencial de las últimas décadas, algo que nos está permitiendo obtener valiosas y dolorosas lecciones para perfeccionar nuestro sistema de salud y responder de una manera más eficaz y eficiente ante episodios que puedan darse en el futuro"*.

El Dr. Franco Vicario aprovechó, asimismo, para reivindicar *"el enorme trabajo que el conjunto de los profesionales sanitarios de Euskadi ha realizado y están realizando para hacer frente a esta pandemia"*. E hizo extensible el reconocimiento *"para todos ellos y ellas, los y las presentes y, desgraciadamente, los y las convalecientes y ausentes"*.

Y, finalmente, destacó la labor de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao como *"vínculo de relación para sociedades científicas y asociaciones del ámbito sanitario con fines semejantes"*.

La gala fue presentada por el periodista Aiert Arieta-Araunabeña. Por otra parte, el dúo Arineketan, formado por Jagoba Astiazaran (txistu) e Iñar Sastre (piano) amenizó la entrega de premios con dos piezas: *'Agurraz jolasean'* y un "remix" entre *'Uzturre'* y *'Belauntxingoa'*. En sus actuaciones, el dúo interpreta melodías y ritmos vascos tradicionales a los que suman creaciones propias. En el acto, Jagoba Astiazaran cantó, además, una copla de Juan Ignacio Iztueta, compuesta hace 200 años, que enlazaba perfectamente con el mensaje de la necesaria labor de recuperación del folklore vasco que maestros como Urbeltz han realizado y continúan realizando.

Dr. Julen Ocharan Corcuera
Jefe de redacción de la Gaceta Médica de Bilbao
21 de junio de 2021



Inclusion of persons with disabilities in emergencies and disasters, an example of its implementation in Mexican Social Security Institute

Elizondo-Argueta Sandra^a, Sánchez-Echeverría Juan-Carlos^a, Cortés-Meza Hermes-Manuel^a, Cruz-Vega Felipe^a, Loría-Castellanos Jorge^a

(a) *Coordinación de proyectos especiales en salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México.*

Recibido el 16 de junio de 2021; aceptado el 6 de noviembre de 2021

Abstract:

Introduction:

Emergencies and disasters can increase the vulnerability of people with disabilities (PWD). Inclusion in preparedness, response and reconstruction activities allows PWD to be more than just beneficiaries. In this article we show the implementation of the methodology developed by PAHO for the inclusion of PWD in the disaster risk reduction in hospitals.

Material and Methods:

Disability Inclusion in Hospital Disaster Risk Management Index was applied in the Physical and Rehabilitation Medical Unit "Villalongin". This is a monothematic facility, 90% of their patients are people with temporal or permanent disability, and it has 50 beds for patients who need rehabilitation and their principal diagnosis are medullar lesions

Results:

In the first evaluation, the levels of inclusiveness in hospital disaster risk management, by evaluation component, were 18.86%, which means non-inclusive. Hospital staff developed an action plan and implemented actions and invested to increase their level of inclusiveness, with a total inversion of \$2860 dollars. In their second assessment they achieved a level of inclusion of 86.12% which means inclusive.

Conclusions

People with disabilities are frequently at risk or affected disproportionately in di-

KEYWORDS

Disability.
Inclusion.
Disaster.
Risk Reduction.
Safe Hospital.

PALABRAS CLAVE

Discapacidad.
Inclusión.
Desastre.
Reducción de riesgos.
Hospital seguro.

saster situations, emergencies and conflicts due to various factors. The implementation of INGRID-H will not only contribute to the fulfillment of the rights of PWD, but will also contribute to the efforts to have a safer, more inclusive and resilient health sector.

© 2021 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Inclusión de personas con discapacidad en emergencias y desastres, un ejemplo de su implementación en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción:

Las emergencias y los desastres pueden aumentar la vulnerabilidad de las personas con discapacidad (PWD). La inclusión en las actividades de preparación, respuesta y reconstrucción permite que las personas con discapacidad sean más que simples beneficiarios. En este artículo mostramos la implementación de la metodología desarrollada por la OPS para la inclusión de las PCD en la reducción del riesgo de desastres en los hospitales.

Material y métodos:

Se aplicó el Índice de Inclusión de la Discapacidad en la Gestión del Riesgo Hospitalario de Desastres en la Unidad Médica Física y Rehabilitación "Villalongin". Se trata de una instalación monotemática, el 90% de sus pacientes son personas con discapacidad temporal o permanente, y cuenta con 50 camas para pacientes que necesitan rehabilitación y su principal diagnóstico son las lesiones medulares.

Resultados:

En la primera evaluación, los niveles de inclusión en la gestión del riesgo de desastres hospitalarios, por componente de evaluación, fueron de 18,86%, lo que significa no inclusivo. El personal del hospital desarrolló un plan de acción e implementó acciones e invirtió para aumentar su nivel de inclusión, con una inversión total de 2860 dólares. En su segunda evaluación lograron un nivel de inclusión del 86,12%, lo que significa inclusivo.

Conclusiones:

Las personas con discapacidad con frecuencia corren riesgo o se ven afectadas de manera desproporcionada en situaciones de desastre, emergencias y conflictos debido a diversos factores. La implementación de INGRID-H no solo contribuirá al cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad, sino que también contribuirá a los esfuerzos por tener un sector de salud más seguro, inclusivo y resiliente.

© 2021 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Introduction

Since 2006, the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities strengthens participation and social inclusion, stressing the importance of autonomy and the freedom of disabled people to make their own choices. Absence of awareness or availability, high cost, and apathy are among the key reasons for confining many individuals into their homes to live a dependent, excluded life, locked in poverty and stigma¹. In this case, emergencies can increase the vulnerability of people with disabilities (PWD), they could be less capable of escape from hazards, may lose essential medications or assistive devices and mobility aids, or may be left behind when a community is forced to evacuate. PWD may also have greater difficulty accessing basic needs, including food, water, shelter and health-care services; fol-

lowing the earthquake and tsunami in Japan in 2011, statistics showed that the fatality rate for PWD was 2.06%, versus 1.03% for the general population^{2,3}.

Inclusion in preparedness, response and reconstruction activities allow PWD to be more than just beneficiaries, but also participate in the humanitarian response. They should participate in the design, implementation, monitoring and evaluation of assistance programs.

Increasing participation of PWD is a task that Mexican Social Security Institute (IMSS) has started to apply in its facilities through the methodology of Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/OMS) for the inclusion and participation of PWD in emergencies and disasters titled Disability Inclusion in Hospital Disaster Risk Management named INGRID-H (Spanish acronym)⁴.

Disasters and disability

In the last decades, disability has had a visible role in the study of disasters; possibly caused by the promotion of a disability perspective based on human rights and demographics and epidemiological factors, like aging and non-communicable diseases.

Different documents support the inclusion of PWD and their human rights and guarantee their fundamental liberties like the Convention on the Rights of Persons with Disabilities signed in 2007. However, a relevant issue was the promotion of actions for the inclusion of PWD in disasters; the Convention in its Article 11 on Situations of risk and humanitarian emergencies, pays particular attention to the obligation of States parties to undertake *“all necessary measures to ensure the protection and safety of persons with disabilities in situations of risk, including situations of armed conflict, humanitarian emergencies and the occurrence of natural disasters”*, and the Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030 declares urgent and essential disaster risk prediction, plan measuring, and risk reduction in order to protect people, emphasizing that risk reduction practices should reflect a broader preventive approach that considers hazards from multiple perspectives, such as multisectorality, inclusiveness, and accessibility^{5,6}.

The impact of disasters is greater in the American hemisphere, the most common events were hydrological and meteorological, additionally we can find seismic activity, landslides and events such as fires and social disturbances, all of them have major effects on populations, infrastructure, and elements like health services, which are essential to provide care during and after emergencies and disasters; In 2018 in Mexico, the impact of disasters left 501 deaths and 802,560 people affected⁷, but in all the different data sources there is no information about how many of these people are PWD, this information is necessary if we know they have higher morbidity and mortality than the general population⁸.

Across the world PWD are more vulnerable to disasters and this condition are related to the exclusion that they face in their communities and by their governments, because programs or public policies on disaster risk management are not inclusive; in many occasions disability is not understood or is confused, and considered a medical concept or related to charity and compassion. Even those who are in direct contact with PWD (volunteers and family members) are more exposed to treating them as disabled, unconsciously creating an environment of discrimination and isolation. In Mexico, disability prevalence in 2014 was 6%, approximately 7.1 million of inhabitants, difficulties to walk and visual impairment are the most reported among PWD; the main triggers of disability in the country were diseases (41.3%) and advanced age (33.1%)^{9,10}.

Disability inclusion in disaster risk management in hospitals

People's vulnerability to the impacts of natural hazards and climate change is determined by social,

economic, political, and environmental factors. Disaster risk management aims to address vulnerability in order to reduce risk; therefore it needs to consider the full range of vulnerability drivers, including those that affect persons with disabilities. Their basic and specific needs are frequently ignored or overlooked and at the moment of an emergency, the stress and confusion may reduce the capacity of stakeholders and caregivers to provide help and support for PWD.

As an example, not identifying PWD before, during and after an emergency or the lack of disaggregated data and systematic identification, may result in the *“invisibility”* of PWD and the assessment of their needs, including those carried out during the recovery phase and especially in essential areas like health¹¹.

In Mexico since 2015, National Coordination of Civil Protection published a Mexican Norm to create a culture about the inclusion in disaster prevention¹², but in the case of facilities there have been the commitment to include this term in the context of safe hospital. Safe Hospital Program in our country has succeeded reducing the vulnerability in hospitals, allowing health facilities whose services, in the immediate wake of an emergency or disaster, remain accessible and functional at their maximum installed capacity; this means that health workers should be prepared to respond to all types of hazards, on the *“leaving no one behind”* principle. But we had a gap, in this case was the inclusion¹³.

In supporting the efforts of the countries, PAHO/OMS developed a methodology titled Disability Inclusion in Hospital Disaster Risk Management⁴, using the Spanish acronym INGRID-H, which is a *“evaluation - action”* methodology intended to improve the level of inclusion of PWD in health disaster risk management, Mexico was one of the countries that collaborated in this development, and IMSS has been applying this methodology to accomplish the inclusion of PWD.

INGRID-H

INGRID-H⁴ aims to improve the level of preparedness in hospitals responding to emergencies and disasters with emphasis on PWD in the hospital setting, and its objectives are to facilitate the capacity of PWD (autonomy), promote the strengthening of hospital capacities to support PWD, and identify critical points and decision-making to increase the level of inclusion⁴.

Mexican Social Security Institute and Disability

Since 2008, IMSS has established the Institutional Committee for the Rights of PWD, this Committee includes in its organization not only IMSS staff, and it also includes PWD and disabled people's organizations (DPOs) as contributing stakeholders.

One of Committee achievements was the development of the Architectural project criteria for the accessibility of PWD, this criteria has been applied not only in IMSS infrastructure, it has been an example for the Project for the homologating criteria and en-

sure access and displacement of persons with disabilities in all the buildings of the government whether they work in them, or are in the process of providing a service or procedure.

Nowadays INGRID-H was presented to the Committee with the purpose to include this issue in its work plan and in the future it could be applied in primary care facilities or adapted to other IMSS infrastructure such as nurseries, theatres and vacation centers.

Material and Methods

The INGRID-H facilitators who support the evaluation took the facilitators course approved by PAHO/WHO, and they instructed and guided hospital staff to apply the methodology, present the results and analyze them, and create the action plan.

Physical and Rehabilitation Medical Unit “*Villalongin*” was the facility where INGRID-H was applied. This is a monothematic facility, 90% of their patients are people with temporal or permanent disability, and it has 50 beds for patients who need rehabilitation and their principal diagnosis are medullar lesions. During 40 days the patients and their relatives learn about their inclusion in the society (back to school, work, use of transportation, use of wheelchair, etc.)

INGRID-H methodology divided into three phases: 1. evaluation sets the current level of inclusion

of PWD in the hospital; visibility, participation and response capacity activities; and verification, where actions are established and inclusive drills were conducted.

Following these phases, we present the results for each one and most importantly, an analysis about how much the facility has to invest to be inclusive.

Results

In the first Evaluation phase, facilitators visited the unit with the hospital staff; they reviewed the hospital disaster plan, the Hospital Committee on Emergencies, emergency exits, alarm system, and made interviews with patients and its companions, made questions to health workers about inclusion, what to do in emergency, and how they help PWD in an emergency. All this activities allowed evaluate five aspects: visibility and participation of PWD, universal accessibility, capacities developed for disaster response and finally the hospital plan for response to emergencies and disasters. Once the visit was finished, facilitators and facility’s staff completed the formulary, then the mathematical model was applied so the system could create a radar chart (Figure 1) and we could observe the levels of inclusiveness in hospital disaster risk management, by evaluation component, and we could conclude that the levels of inclusiveness of the facility were 18.86%, which means non-inclusive.

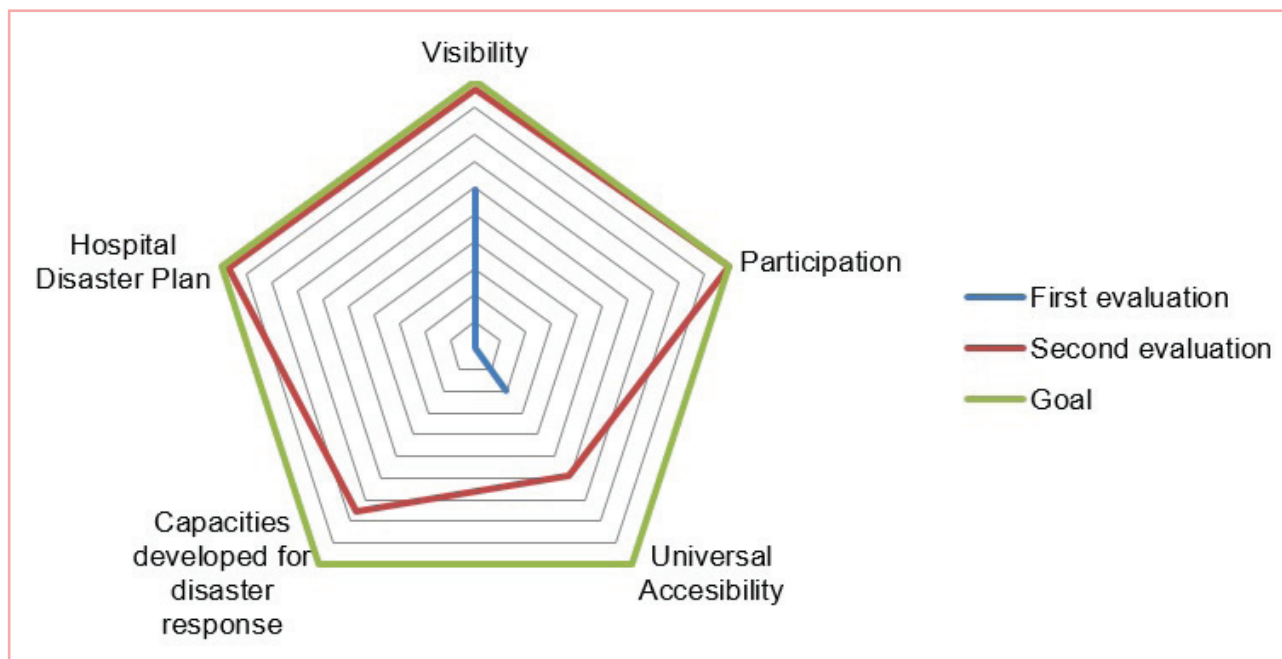


Figure 1. Levels of inclusiveness in hospital disaster risk management, by evaluation component.

According to INGRIDH⁴ methodology cycle, we must complete other achievements at 30 days (VP-30) and 180 days; but for this review we presented only the results at 180 days, when another visit to

evaluate and verify the progress to improve the civil protection culture and provide guarantees about inclusion of PWD, through the execution of inclusive simulations and drills, with an emphasis on the

disability variable. Some of the main activities done during this period are resumed in table 1. In figure 1 we can observe the radar chart and how it changed the qualification for the five components and achieved a level of inclusiveness of 86.12% which means inclusive.

Through the analysis of what interventions have to be done to change that index, the most important actions were based on very low cost activities or simply with courses about proper conduct and response in emergency and disasters. In table 1 we describe the activities and the estimated cost was approximately \$2,860 dollars.

Tabla I
Activities and intervention did by facility staff

Aspects evaluated	Activities and intervention
Visibility	Records about workers, patients and visitants with disability or with vulnerability in case of an emergency or disaster situation.
	Daily record and obligatory registration for access to the facility.
Participation	Integrate a PWD in the Hospital Committee on Emergencies.
	A PWD participates in the simulation and drills.
Universal accessibility	Adequate signals for the evacuation routes (40 arrows were placed on the floor and 40 on the walls to guaranteed an adequate Access to the safe area and meeting points)
	A new design and identification for emergency exists, including the identification of indoor safe areas.
	Installation of six visual and sound alarms.
Capacities for disaster response	To share INGRID-H results.
	Training of staff, patients and brigadiers in INGRID-H methodology and care of PWD in emergencies or disasters.
Hospital Disaster Plan	Updating the response plan with inclusion approach, aligned to the recommendations of Safe Hospital Program.
Verification	The hospital staff organized three drills, in all of them PWD were included.

Another result obtained was if the facility with the actual conditions allows PWD to respond in case of emergency or disaster with autonomy and if the facility had the capacity for an adequate response; placing the hospital in one of four possible inclusive risk

management scenarios (figure 2). In figure 3 we compared the results for the first and second evaluation. The first result show that the facility was in quadrant D (PWD) are considered to be highly vulnerable in emergency situations), and in the second evaluation



Figura 2. Drills where PWD were included. In the picture we can observe the signals on the floor.

it was positioned in the quadrant A (PWD can inform themselves, move about, and evacuate in emergency situations, whether autonomously or with the assistance of personnel assigned for this purpose)

Discussion

It is important to note that a lot of IMSS hospitals were constructed before the establishment of safe hospital program in Mexico, and when they were constructed there was not legislation about inclusion, equity or disability. This is the first reason why we need to implement a program to evaluate the level of inclusiveness and to start a change in this matter.

IMSS has a history in disaster risk reduction through Safe Hospital Program implementation, but when we started to review the factors and characteristics of inclusion, disability and PWD, we found a great gap and the urgent necessity to work in this issue, like accessibility, visibility and how to include PWD in disaster risk management activities.

Disaster risk management should take account of all people, with special emphasis on those who are most vulnerable or require priority attention. In the recent time, PWD were been excluded from disaster management process, unable to access materials about what they have to do in case of emergency or disaster, and we do not understand that only they are capable of meeting their vulnerabilities and providing advice on disaster mitigation planning. But maybe we must first change our vision of vulnerable; for example Lee and Chen¹⁴ suggest the vulnerability

approach sees the vulnerable population as a social construction of disasters and people as passive victims rather than active participants capable of shaping the process of disaster management, therefore PWD should not be seen as people in a vulnerable situation, and understand that they have the capacity to be part of the disaster management process¹⁵. In this case we have to start seeing disability as a social construction, and not only the deficiency created by society, they have the ability to decide or to design autonomously their own life plan with equal opportunity¹⁶.

A lot of times during an emergency or disaster we look at disability related only to evacuation out of the building and the need of mobility, for this we can found studies and strategies on evacuation of people with wheelchairs or limited mobility¹⁷, but this is not inclusion, at least we have to encourage the visibility and participation of these people, knowing what they need and how we can help them in this situations. King¹⁸ describes the barriers to disability-inclusive in disaster management and one of the participants in his study said: *"I think because they believe they don't have the ability of doing things, but they are wrong, people with disabilities, they have abilities to do things as well"*. In order to expand the capabilities of PWD, they should participate in decision-making processes influencing their well-being and safety in times of disasters¹⁹.

With the sponsorship of PAHO/WHO we applied INGRID-H4, and our findings demonstrated that in

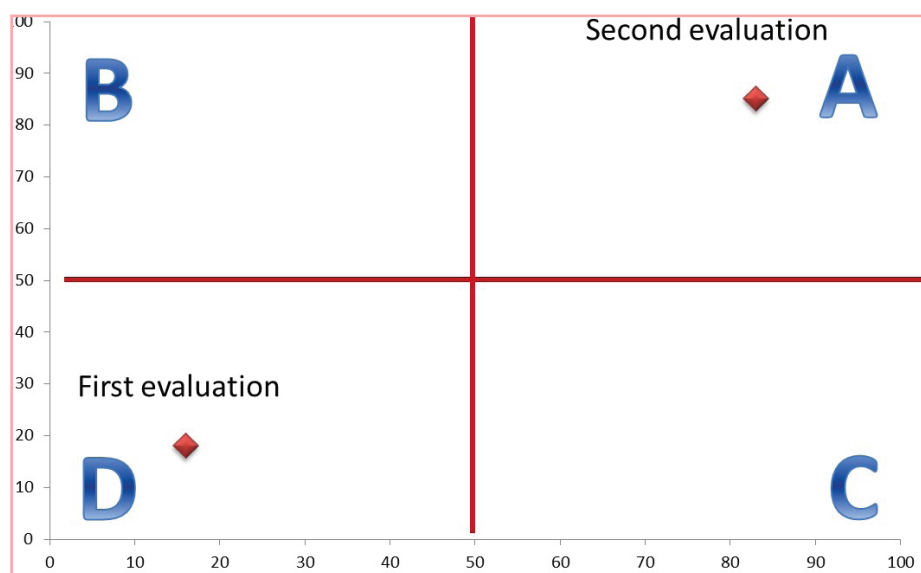


Figure 3. Inclusive risk management scenarios.

our disaster risk management the concept of inclusion does not exist, maybe an approximation of what accessibility is but not all the characteristics and aspects needed to have a culture of inclusion of PWD. Through this methodology we learned how to change discriminatory conducts and respect human rights of PWD from the point of view of disaster risk management.

In this case, we could observe how non-expensive disability-inclusive interventions could change the facility INGRID-H index⁴ from non-inclusive to inclusive, only making changes in little aspects like warning systems and signals, and these interventions have the potential to benefit everyone thanks to the application of accessibility standards and universal design. For example, the more people are reached by early warning systems, the more they can maximize the time pre-disaster to effect evacuation or shelter-in-place plans, thus increasing their chances for survival, and potentially giving them time to protect assets such as homes, livestock, and transportation. In a study of Park et al²⁰, they found that barrier-free disaster information is a basic need for all members of society, and conclude “*disaster evacuation literature highlights how clear, specific information from the central or local governments, or via the mainstream broadcasting system, is a significant factor in successful evacuations and the government must provide an adequate disaster alarm system for persons with visual and hearing impairments*”. In our experience, sharing information was the most important action because it allows everybody to know about what to do, and how can they help or how someone can help them, but include PWD in the Hospital Committee on Emergencies is an example of how they can participate in the decision process about what to do in emergency or disaster.

Another example about the benefits observed by INGRID-H implementation was that all the stakeholders participated after learning about disability and the education on knowhow disaster-awareness capacity building that is linked to disability issues. Education is a priority when we talk about disability. INGRID-H allows educating to not only the hospital’s staff, but it also includes PWD. In the Survey on Living with disabilities and disasters²¹ made by UNISDR (United Nations Office for Disaster Risk Reduction) in 2013, we can find the desire of people, communities and responders to educate, sensitize and train on what to do in an emergency with PWD.

A lot of times we can misconceive the term accessibility by just thinking that a hospital has ramps and obstacle-free paths, but in reality we might find that the facilities had been built before all this culture about inclusion exist, that could be an explanation of why the halls are affected by obstacles that hinder mobility, and the lack of curb ramps causing the highest impact on accessibility. We need to understand that universal accessibility must allow everybody to use the same hall, the same elevator or the same ramp, all the facility’s services must be safely, autonomously, and easily understood and used by all people. Therefore the new hospitals should be conceived or planned from the start, as well as used, by all people to the greatest extent possible. And we need more studies focused on the accessibility of PWD in public spaces^{15, 22}.

Conclusions

People with disabilities are frequently at risk or affected disproportionately in disaster situations, emergencies and conflicts due to various factors. The implementation of INGRID-H will not only contribute to the fulfillment of the rights of PWD, but will also

contribute to the efforts to have a safer, more inclusive and resilient health sector.

Raising awareness, fighting negative attitudes, and addressing discrimination would reduce vulnerability and result in better outcomes during disasters for all people.

In the example we showed the results of a methodology to evaluate the inclusiveness in a facility where 90% of the patients were PWD, and how the main changes to make are visibility and participation.

We need more studies evaluating cost-risk-benefits about the investment in inclusiveness, and evaluating the participation of PWD in drills and in real life.

Changes in legal framework and normativity are the first step, and our work will be focus on applying this methodology in all the IMSS's medical units.

Reference

1. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Geneva, United Nations, 2006. Available at: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf> (cited 20 November 2019).
2. Guidance note on disability and emergency risk management for health. Geneva, World Health Organization, 2013. (cited 20 November 2019). Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/90369/9789241506243_eng.pdf;sequence=1
3. ODI: <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/resource-documents/12324.pdf>
4. Pan American Health Organization. Disability inclusion in hospital disaster risk management. Washington, D.C.: PAHO; 2018 (cited 20 November 2019). Available at: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51059/9789275120521_eng.pdf?sequence=9&isAllowed=y
5. United Nations. Department of Economic and Social Affairs Disability. Disability-Inclusive Disaster Risk Reduction and Emergency Situations. (cited 20 November 2019). Available at: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/issues/disability-inclusive-disaster-risk-reduction-and-emergency-situations.html>
6. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030 United Nations. 2015 (cited 20 November 2019). Available at: https://www.unisdr.org/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf
7. Centro Nacional de Prevención de Desastres. Impacto Socioeconómico de los Principales Desastres Ocurredos en México en el Año 2018 (RESUMEN EJECUTIVO). México, 2019. (cited 20 November 2019). Available: <http://www.cenapred.gob.mx/es/Publicaciones/archivos/409-RESUMENEJECUTIVOIMPACTO2018.PDF>
8. Ton TK, Gaillard JC, Adamson CE, Akgungor C, Thanh H. Expanding the capabilities of PWD in disaster risk reduction. *Int J Dis Risk Reduction*. 2019; 34: 11 – 17. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2018.11.002>
9. Iudici A, Favaretto G, Turchi GP. Community perspective: how volunteers, professionals, families and the general population construct disability: social, clinical and health implications. *Disability and Health J*. 2019; 12: 171 – 179. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.11.014>
10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México) La discapacidad en México, datos al 2014 : versión 2017 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México : INEGI, 2017. (cited 20 November 2019). Available: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825094409.pdf
11. World Bank Group. Disability inclusion in disaster risk management. Promising practices and opportunities for enhanced engagement. 2017. Washington DC. (cited 20 November 2019). Available at https://www.gfdr.org/sites/default/files/publication/GFDRR%20Disability%20inclusion%20in%20DRM%20Report_F.pdf
12. Secretaría de Gobernación. NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015, Personas con discapacidad.- Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre. Agosto 2016. (cited 20 November 2019). Available at: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/257535/NOM-008-SEGOB-2015.pdf>
13. Guidance note on disability and emergency risk management for health. Geneva, World Health Organization, 2013. (cited 20 November 2019). Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/90369/9789241506243_eng.pdf;sequence=1
14. Lee HCh, Chen H. Implementing the Sendai Framework for disaster risk reduction 2015-2030: disaster governance strategies for persons with disabilities in Taiwan. *Int J Disaster Risk Reduction*. 2019; 41: 101284. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2019.101284>
15. Sagun-Ongtangco KS, Abenir MA, Bermejo ChT, Shih ED, Wales JC, Plaza J. perspectives of the University of Santo Tomas NSTP facilitators on disability and disaster risk reduction and management: a qualitative case study. *Int J Disaster Risk Reduction*. 2016, 16:134 – 141. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijdrr.2015.11.002>
16. Victoria-Maldonado JA. Hacia un modelo de atención a la discapacidad basado en los derechos humanos. *Bol Mex Derecho Comparado*. 2013; 46: 1093 -1109.
17. Koo J, Seog KY, Kim B, Christensen KM. A comparative study of evacuation strategies for PWD in high-rise building evacuation. *Expert Systems with Applications*. 2013; 40: 408 – 417. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eswa.2012.07.017>

18. King J, Edwards N, Watling H, Hair S. Barriers to disability-inclusive disaster management in the Solomon Islands: perspectives of PWD. *Int J Disaster Risk Reduction*, 2019; 34: 459 – 466.
19. Ton KT, Gaillard JC, Adamson CE, Akgungor C, Ho HR. Expanding capabilities of people with disabilities in disaster risk reduction. *Int J Disaster Risk Reduction*. 2019; 34: 11-17 <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2018.11.002>
20. Park ES, Yoon DK, Choi YW. Leave no one behind: experiences of persons with disabilities after the 2017 Pohang earthquake in South Korea. *Int J Disaster Risk Reduction*; 2019. 40: 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2019.101261>
21. UNISDR 2013 Survey on Living with Disabilities and Disasters Key Findings. Genève. 2014. Available at: https://www.unisdr.org/2014/iddr/documents/2013DisabilitySurveyReport_030714.pdf
22. Orellana D, Bustos ME, Marín-Palacios M, Cabrera-Jana N, Hermida MA. Walk'n'roll: mapping Street-level accessibility for different mobility conditions in Cuenca, Ecuador. *J Transport & Health*. 2020, 16: 100821. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2020.100821>



Abordaje terapéutico del tumor glómico: experiencia en 12 casos

Ramos-Bareño Begoña^a, García-Bernal Francisco Javier^{b, c}

(a) Instituto Regalado y Bernal de Cirugía Plástica y de la Mano. Bilbao, España

(b) Unidad de Mano, Muñeca y Microcirugía. Mutualia. Bilbao, España

(c) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto. Hospital Universitario Basurto. Servicio de Dermatología. Bilbao, España

Recibido el 17 de octubre de 2021; aceptado el 1 de noviembre de 2021

PALABRAS CLAVE

Tumor glómico.
Cirugía.

Resumen:

Introducción:

El tumor glómico, neoformación benigna poco habitual, suele aparecer en las manos, principalmente bajo la matriz ungueal. Clínicamente, el dolor secundario a esta tumoración puede llegar a ser invalidante y su diagnóstico en ocasiones pasa desapercibido durante meses.

Material y métodos:

Durante el periodo comprendido entre marzo 2009 y mayo de 2017, hemos tratado un total de 12 pacientes, con un seguimiento medio de 13 meses.

Resultados:

Nueve de los 12 pacientes intervenidos presentaron una resolución completa. Los tres casos restantes, presentaron molestias residuales a la palpación sobre el área intervenida.

Conclusiones:

El tratamiento quirúrgico mediante extirpación a través de un abordaje transgueal ofrece la resolución de la clínica con mínima morbilidad.

© 2021 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Tumore glomikoaren abordatze terapeutikoa: berrikuspena eta esperientzia 12 kasutan**Laburpena:****Sarrera:**

Tumore glomikoa, oso ohikoa ez den neoformazio onbera, eskuetan agertzen da, batez ere azazkaletako matrizearen azpian. Klinikoki, tumorearen bigarren mailako mina baliogabetzera irits daiteke, eta, batzuetan, diagnostikoa oharkabea pasatzen da hilabeteetan.

Materiala eta metodoak:

2009ko martxotik 2017ko maiatzera bitartean, guztira 12 paziente tratatu ditugu, eta batez besteko jarraipena 13 hilabetekoa izan da.

Emaitzak:

Esku hartu zuten 12 pazienteetatik 9k ebazpen osoa aurkeztu zuten. Gainerako 3 kasuetan, hondarreko eragozpenak sortu ziren aztertutako eremuaren haztapean.

Ondorioak:

Abordatze transgualaren bidezko erauzketa bidezko tratamendu kirurgikoak gaixotze-tasa txikienarekin ebazten du klinika.

© 2021 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

GILTZA-HITZAK

Tumore glomikoa.
Kirurgia.

Glomus tumor therapeutic approach: experience in 12 cases**Abstract:****Introduction:**

The glomus tumor, a rare benign neoformation, usually appears on the hands, mainly under the nail matrix. Clinically it can be really painful and causes functional impairment. Beside this its diagnosis often goes unnoticed for months.

Material and method:

During the period between March 2009 and May 2017, we have treated a total of 12 patients, with a mean follow-up of 13 months.

Results:

In 9 patients the pain disappeared completely. The remaining 3 cases complained about some discomfort with the local pressure over the scar.

Conclusions:

Surgical removal of this tumor through a transungual approach, allows to deal with this problem with minimal morbidity.

© 2021 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

KEYWORDS

Glomus tumor.
Surgical treatment.

Introduction

Tras haber sido descrito inicialmente como un “*nódulo subcutáneo doloroso*” por Wood en 1812¹, fue Barre quien un siglo más tarde lo describió y definió con el nombre actual de tumor glómico. Se trata de una neoformación benigna derivada del cuerpo glómicomioarterial (o aparato neuromioarterial), el cual se encarga de la regulación de flujo sanguíneo y la temperatura. De ahí, que el 80% se presenten en las manos, representando entre un 1% y un

4,5% de los tumores de la mano; siendo su localización más frecuente la subungueal. Asimismo, son más frecuentes en mujeres y en la edad media de la vida.

Habitualmente se manifiesta de forma muy característica, en forma de dolor paroxístico, que aumenta con la exposición al frío y con la presión en el tumor. Generalmente, es inapreciable a la inspección, salvo en casos de localización subungueal, donde es posible apreciar la existencia de un nódulo azulado de 2-3 mm (Figura 1).

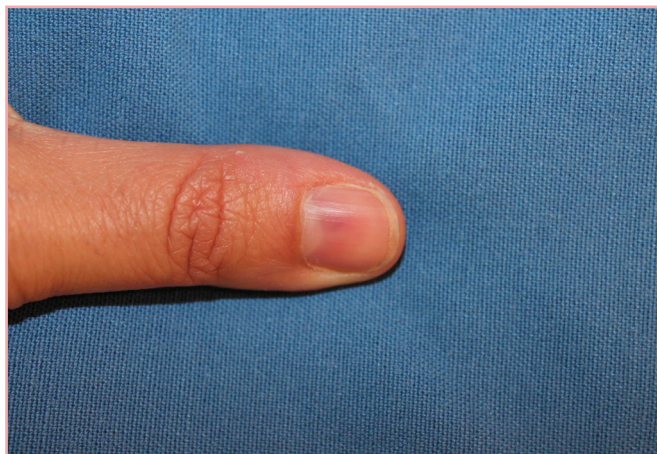


Figura 1. Típica presentación de tumor glómico subungueal en forma de nódulo azulado.

Lesiones mayores pueden provocar deformidades en la uña en forma de estrías longitudinales (Figura 2) o de

depresiones. Clínicamente provocan dolor, que puede llegar a ser intenso.



Figura 2. Deformidad en forma de estría longitudinal secundaria a la presión del tumor glómico sobre la matriz ungueal.

No es infrecuente que el diagnóstico se demore incluso años o que el paciente acuda tras diversos tratamientos inadecuados y con deformidades difíciles de solucionar (Figura 3).

Maniobras como el test de Love (presión con objeto puntiforme desencadena el dolor, mientras que la misma presión a pocos milímetros de la lesión no produce dolor), el signo de Hildreth (desaparición del dolor con la isquemia provocada con un torniquete) o el aumento del dolor con la exposición al frío facilitan un correcto diagnóstico.

La ecografía y la resonancia magnética nuclear (Figura 4) son unas herramientas indispensables para confirmar el diagnóstico y planificar el tratamiento^{3,4}. Tras la resección de la lesión, el estudio histológico nos dará la confirmación diagnóstica.

Presentamos nuestra experiencia en el manejo de este tipo de tumores, de diagnóstico frecuentemente

erróneo, lo que provoca un retraso en el tratamiento y en la solución de esta patología.

Material y método

Durante el periodo comprendido entre marzo 2009 y mayo de 2017, hemos tratado un total de 12 pacientes, con una edad media de 44,91 años y una relación mujer-hombre de 6:1, con un seguimiento medio de 13 meses (Tabla 1).

11 de los casos se localizaron en los dedos y de estos 11, el 81,81% se hallaban subungueales. En esta serie el 45,45% de los casos de tumor glómico digital, afectaba al 5.º dedo.

Siete pacientes referían haber consultado anteriormente en otros centros, sin haber sido diagnosticados correctamente y con una duración media de la clínica de 21 meses. De estos, cuatro pacientes habían sido tratados previamente, sin conseguir una resolución del cuadro.



Figura 3. Secuelas de varios tratamientos incorrectos sobre un tumor glómico no diagnosticado.

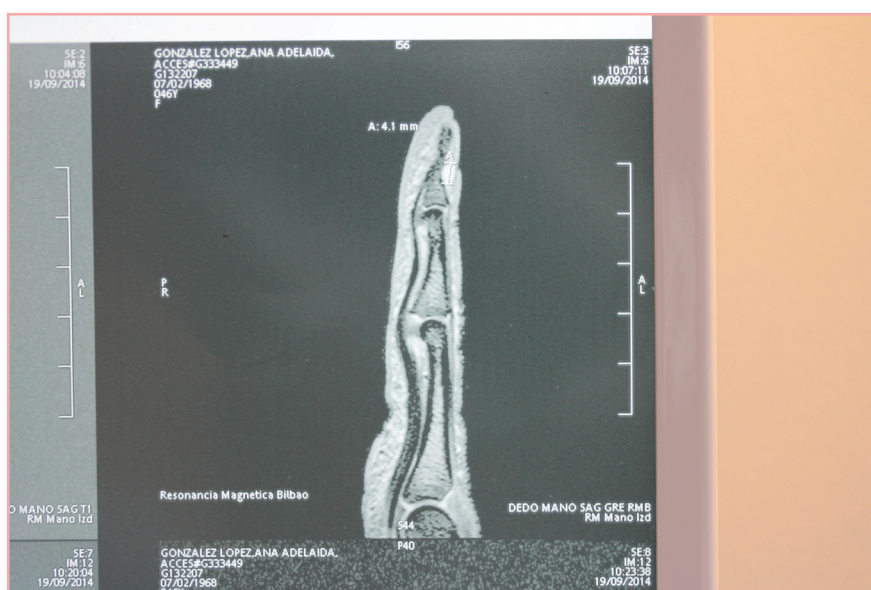


Figura 4. Imagen de un tumor glómico en Resonancia Magnética Nuclear.

El diagnóstico se basó principalmente en la historia clínica y en la exploración. Solicitamos una RMN para confirmar la sospecha clínica y para comprobar la localización de la tumoración de cara al tratamiento quirúrgico.

Técnica quirúrgica

El tratamiento de elección es la enucleación quirúrgica de la tumoración.

En aquellos de localización subungueales, esta se realiza a través de un abordaje transungueal. Bajo anestesia troncular digital y con isquemia digital se extrae la lámina ungueal. En aquellos casos que no han sido sometidos a otro tipo de tratamiento, la lesión se puede apreciar en forma de nódulo azulado que protruye levemente la superficie de la matriz ungueal.

Tras incidir la matriz ungueal y realizar la disección de la lesión, la extirpación es sencilla, ya que generalmente

Tabla I
Características de los pacientes intervenidos

	Edad	Dedo	Localización	Tiempo hasta Diagnóstico	Intervenciones previas	Seguimiento
1	51	5	SUBUNGUEAL	24	0	14
2	39	5	SUBUNGUEAL	DIAGNOSTICADO	0	11
3	62	2	SUBUNGUEAL	38	1	13
4	23	1	SUBUNGUEAL	17	0	15
5	65	1	PULPEJO	1ª CONSULTA	1	10
6	38	4	SUBUNGUEAL	19	0	8
7	42	5	SUBUNGUEAL	DIAGNOSTICADO	4	18
8	49	5	SUBUNGUEAL	28	0	12
9	57	5	PULPEJO	5	2	13
10	28	1	SUBUNGUEAL	1ª CONSULTA	0	11
11	39	ANTEBRAZO	ANTEBRAZO	Hallazgo casual	0	9
12	46	1	SUBUNGUEAL	16	0	19

se trata de lesiones bien delimitadas (Figura 5). A continuación, se procede a la reparación de la matriz ungueal, con puntos de material reabsorbible (Vicryl® 5-6/0). En algunos casos, la matriz ungueal sobre el tumor está muy adelgazada y la reparación de esta puede ser complicada, precisando la misma de injertos o de colgajos ungueales. Finalmente, se procede a

la reposición de la lámina ungueal en el surco ungueal y la fijación de esta con un punto en cruz. La lámina se desprenderá espontáneamente al cabo de unas semanas. De esa manera, se evita la aparición de sinequias en el surco ungueal, fruto de deformidades (*splitnail*), al tiempo que actúa de férula antiálgica y protección de nuestra reparación de la matriz ungueal⁵.



Figura 5. Imagen intraoperatoria de una extirpación transungueal. Se puede apreciar la clara delimitación de la lesión.

Resultados

Los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por presentar un tumor glómico en dedos mostraron una resolución completa del cuadro de dolor en ocho de los 11 casos. Cabe destacar que los tres pacientes que referían persistencia de molestias a la palpación tras la extirpación de la lesión, correspondían a casos en los que el diagnóstico se había demorado durante meses. El dolor preoperatorio medido en una escala visual analógica, que era de 8,22, se redujo a un 0,13 tras cirugía, con una reducción media del 98,5% (Tabla 2).

En el caso del tumor glómico en antebrazo, se extirpó un nódulo subcutáneo, doloroso a la palpación profunda, ecográficamente inespecífico y que, tras el análisis histológico, fue descrito como tumor glómico.

En nuestra serie hemos encontrado dos casos de secuelas estéticas como únicas complicaciones. En un caso, quedó una secuela en forma de estría longitudinal en un paciente que había sido sometido a cuatro intervenciones previas. El otro caso presentó una falta de adherencia distal de la lámina ungueal secundario a la cicatriz del abordaje transungueal.

Tabla II
Resultados

	E.V.A. pre	E.V.A. post	Diferencia	Deformidad p.o.
1	8	0	8	No
2	9	0.5	8.5	No
3	8.5	0	8.5	No
4	10	0	10	No
5	6	0	6	No
6	8	0	8	Falta adherencia distal
7	8.5	0.5	8	Estría longitudinal
8	8	0	8	No
9	7.5	0	7.5	No
10	7.5	0	7.5	No
11	-	-	-	No
12	9.5	0.5	9	No

Discusión

El cuerpo glómico se trata de un órgano, formado por numerosas anastomosis arteriovenosas, los llamados canales de Suquet-Hoyer, sin lecho capilar intermedio, encargado de la termoregulación mediante variaciones en el flujo sanguíneo, localizado mayoritariamente en zonas acras como manos y pies.

La capa media muscular de los segmentos arteriales de estos cuerpos contienen unas fibras musculares lisas especializadas, derivadas de los pericitos de Zimmermann, denominadas células glómicas. Este complejo se encuentra ricamente innervado y protegido por una cápsula⁶. Histológicamente se describen como células con citoplasma claro y núcleo oval que se disponen formando un empedrado⁷(Figura 6).

El tumor glómico es un tumor infrecuente y benigno que se ha considerado un hamartoma o una hipertrofia de los diferentes componentes del glomus con una sintomatología característica.

Si bien se trata de un proceso benigno, la sintomatología puede llegar a afectar de manera importante la calidad de vida de los pacientes. Clínicamente se

manifiesta en forma de cuadros de dolor paroxístico resistentes a analgésicos, muy intensos al contacto o a la presión y que aumentan con los cambios de temperatura y la exposición al frío. A pesar de que la clínica suele ser clara, la demora en el diagnóstico y por tanto en el tratamiento es bastante frecuente; de ahí que en no pocas ocasiones, los pacientes acudan a la consulta después de meses o años de evolución, dolor y tras múltiples tratamientos fallidos.

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica completa de la lesión, la cual obtiene en la mayoría de los casos, la resolución rápida de la sintomatología. La tasa de recidiva es poco frecuente y en la mayoría de los casos se debe a la presencia de múltiples tumores o de resecciones incompletas⁸.

Se han descrito distintos abordajes quirúrgicos para los tumores glómicos subungueales: transungueal, lateral subperióstico, periungueal. Dada nuestra experiencia en el manejo de uña traumática, somos partidarios de usar el abordaje transungueal que permite una mejor exposición y resección del tumor y por lo tanto una menor tasa de recidivas. El inconveniente

de este abordaje es que obliga a reparar la matriz ungueal para evitar la aparición de deformidades ungueales postoperatorias. El abordaje lateral subperióstico evita la violación de la matriz ungueal, pero la exposición no es tan directa como con el abordaje transungueal, como lo traduce la mayor tasa de recidivas relacionadas con este abordaje. Finalmente, el abordaje periungueal, solo es válido para aquellos tumores subungueales periféricos⁹.

Dentro de las complicaciones del tratamiento quirúrgico, destacar la recidiva y la deformidad ungueal. La cicatriz en la matriz germinal ocasionará una falta de adherencia de la lámina ungueal al lecho (Figura 7), mientras que la cicatriz en la matriz germinal ocasionará una estria longitudinal o la ausencia de crecimiento ungueal. El empleo del abordaje lateral subperióstico está asociado a un

mayor número de deformidades ungueales postoperatorias.

Se han descrito otros procedimientos para tumoraciones de menor tamaño y extradigitales como la ablación con láser argón, láser CO₂ o la escleroterapia¹⁰, si bien no tenemos experiencia en este terreno.

Conclusión

La sospecha diagnóstica de tumor glómico debe estar presente ante cualquier caso de dolor no mecánico de localización acral en extremidades. La RMN nos confirmará la sospecha diagnóstica.

El tratamiento quirúrgico mediante un abordaje transungueal mejor logra una elevada tasa de resolución con un bajo índice de complicaciones.

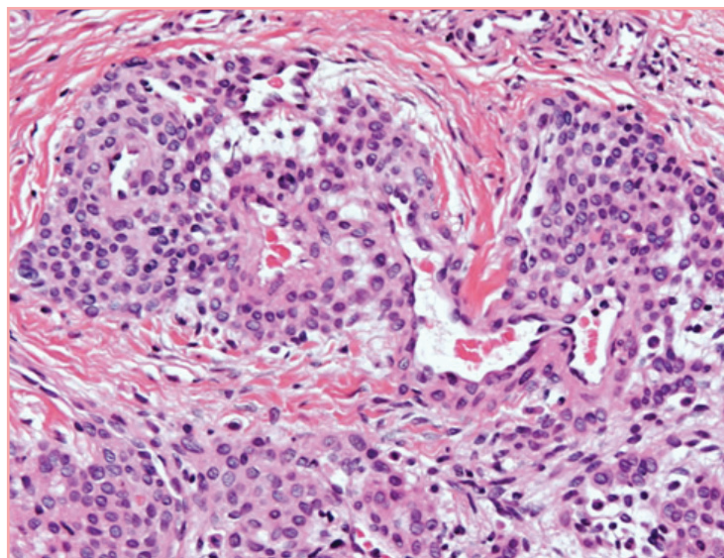


Figura 6. Anatomía patológica. Células con citoplasma claro y núcleo oval que se disponen formando un empedrado.



Figura 7. Falta de adherencia lámina ungueal distal.

Declaración de autoría.

Todos los autores del presente artículo de revisión declaran haber contribuido por igual a la redacción, corrección y aprobación final del mismo tras la búsqueda bibliográfica de los artículos más recientes al respecto, de los que se ha extraído la información actualizada y consensuada sobre los diferentes apartados del artículo.

Los autores declaran no incurrir en conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Wood W. On painful subcutaneous tubercle. *Edinburgh Med Surg J.* 1812; 18: 283–291.
2. Barre JA, Masson PV. Anatomy—clinical study of certain painful sub-ungual tumors (tumors of neuromyo-arterial glomus of the extremities). *Bull Soc Dermatol Syph.* 1924; 31: 148–159.
3. Van geertruyden J, Lorea P, Goldschmidt D, et al. Glomus tumors of the hand. A retrospective study of 51 cases. *J Hand Surg Br.* 1996; 21: 257–260.
4. Chen SH, Chen YL, Cheng MH, et al. The use of ultrasonography in preoperative localization of digital glomus tumors. *Plast Reconstr Surg.* 2003; 112: 115–119.
5. Lee IJ, Park DH, Park MC, et al. Subungual glomus tumours of the hand: diagnosis and outcome of the transungual approach. *J Hand Surg Eur vol.* 2009; 34: 685–688.
6. P. Masson. Le glomus neuromyo-arterial des regions tactiles et ses tumeurs. *Lyon chir,* 21 (1924), pp. 257-280.
7. Frikh R, Alioua Z, Harket A, Ghfir M, Sedratig O. Glomus tumors: anatomoclinical study of 14 cases with literature review. *Ann Chir Plast Esthet,* 54 (2009), pp. 51-56.
8. Lee DW, Yang JH, Chang S, Won CH, Lee MW, Choi JH et al. Clinical and pathological characteristics of extradigital and digital glomus tumours: a retrospective comparative study. *J Eur Acad Dermatol Venereol,* 25 (2011), pp. 1392-1397.
9. Fong ST, Lam YL So YC. A modified periungual approach for treatment of subungual glomus tumour. *Hand surg.* 2007;12(3):217-21.
10. Lee W, Kwon SB, Cho SH, Eo SR, Kwon C. Glomus tumor of the hand. *Arch Plast Surg.* 2015 may;42(3):295-301.

NOTA CLÍNICA

Gac Med Bilbao. 2021;118(4):262-265



Angioedema and Waldenström macroglobulinemia

Méndez-Alcalde J D^a, Martín-Armentia B^a, Armentia-Medina A^a,
Cabrerizo-Ballesteros S^b, San-Miguel-Hernández A^c, García-Villamuza Y^b,
Alonso-Alonso J M^d

(a) Sanidad de Castilla y León – SACYL. Hospital Universitario Río Hortega. Unidad de Alergología. Valladolid, España

(b) Sanidad de Castilla y León – SACYL. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Unidad de Alergología. Palencia, España

(c) Sanidad de Castilla y León – SACYL. Hospital Universitario Río Hortega. Servicio de Análisis Clínicos. Valladolid, España

(d) Sanidad de Castilla y León – SACYL. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Servicio de Hematología. Palencia, España

Recibido el 3 de julio de 2021; aceptado el 27 de septiembre de 2021

KEYWORDS

Angioedema.
Waldenström's
macroglobulinemia.
Lymphoproliferative
diseases.

Abstract:

We describe a patient with angioedema diagnosed with Waldenström's macroglobulinemia in complete remission after adequate therapy. In this type of patients, lymphoproliferative diseases must be taken into account in the differential diagnosis of angioedema.

© 2021 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

PALABRAS CLAVE

Angioedema.
macroglobulinemia de
Waldenström.
Enfermedades
linfoproliferativas.

Angioedema y macroglobulinemia de Waldenström

Resumen:

Describimos a un paciente con angioedema diagnosticado de macroglobulinemia de Waldenström en remisión completa después de una terapia adecuada. En este tipo de pacientes hay que tener en cuenta las enfermedades linfoproliferativas en el diagnóstico diferencial del angioedema.

© 2021 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados

Introduction

Acquired angioedema is a disorder, characterized by recurrent attacks of non-itching, self-limiting subcutaneous edema (or angioedema) and can present with life-threatening airway obstruction or with abdominal symptoms that mimic an acute abdomen, as upper respiratory tract and gastrointestinal tract are sites that are most often affected. Deficiencies in the inhibitor of the first component of human complement (C1-Inh) leading to angioedema can be either acquired or hereditary¹.

In acquired angioedema the activity of C1-Inh is decreased and, subsequently, serum complement factors 4 (C4) is low. Due to decreased levels of C1-Inh there is a continuous autoactivation of C1 leading to unrestrained activation of the classical pathway of the complement system. C1-Inh also inhibits factor XIIa and kallikrein, proteases belonging to the con-

tact pathway. Increased vascular permeability due to massive bradykinin release via the contact pathway is thought to be the primary cause of symptoms in acquired angioedema².

Mechanisms causing acquired C1-Inh deficiency have been broadly investigated. Historically, acquired angioedema was defined as a constellation of syndromes, due to the many associated conditions such as lymphoproliferative diseases, systemic lupus erythematosus, primary myelofibrosis, autoimmune haemolytic anaemia, cryoglobulinaemia and liver hydatidosis³. Angioedema usually arises in the setting of an uncontrolled clonal proliferation of B lymphocytes. However, the mechanism by which clonal B cell disorders lead to depletion of C1-Inh and angioedema remains incompletely understood.

In Figure 1, the skin manifestations of a patient with Waldenström disease.

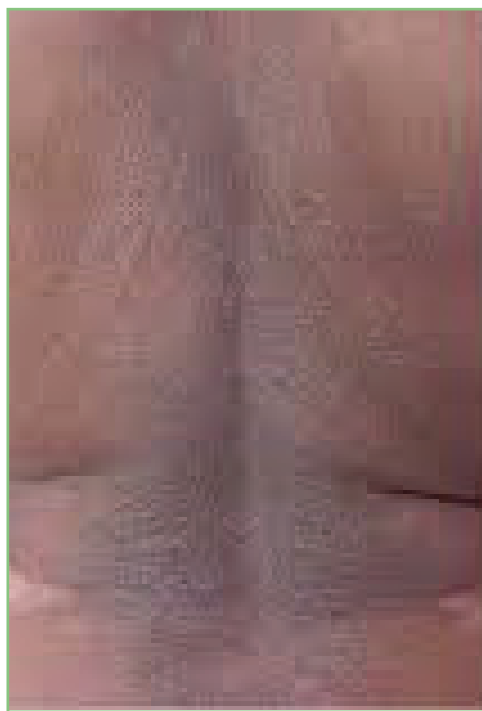


Figure 1. Cutaneous manifestations in the Waldenström disease.

Case report

A 69 year old male with a history of rheumatic heart disease and epilepsy presented to our hospital with 6 months history of recurrent swelling of the lips, without any associated urticaria. He had no evidenced triggers and his symptoms failed to respond to oral prednisone. He was taking acenocoumarol and bisoprolol since two years ago and lamotrigine since one month ago.

Physical examination was unremarkable with the exception of frequent angioedema. As part of the evaluation for her angioedema we performed a skin prick test with a series of common aeroallergens, foods (Bial

Aristegui) and lamotrigine, with negative result. A complete blood count and biochemical examinations (glucose, urea, creatinine, uric acid, total proteins, AST, ALT, alkaline phosphatase, LDH, IgG, IgA and TSH) were normal. ANA, hydatid serology, HBs antigen, HBc antibody and HVC antibody were negative. Total IgE: 9.85 kU/L (normal range 0-100 kU/L). C3: 106 mg/dL (normal range 90-180 mg/dL), C4: 26.2 mg/dL (normal range 10-40 mg/dL), C1 inhibitor: 24.7 mg/dL (normal range 15-34 mg/dL), IgM: 1360 mg/dL (normal range 40-230 mg/dL), Light Chains Kappa: 374 mg/dL (normal range 170-370 mg/dL), Light Chains Lambda: 178 mg/

dL (normal range 90-210 mg/dL), Kappa Lambda ratio: 2.101 (normal range 1.35-2.65). ESR: 35 mm (normal range 3-10 mm). Proteinogram showed a monoclonal aspect band in which a band characterized by IgM Kappa was detected. The patient was referred to Hematology Unit and he was diagnosed with Waldenström Macroglobulinemia. He was treated with rituximab, cyclophosphamide and dexamethasone, six cycles, with complete resolution of lips angioedema.

One year after completing the chemotherapy treatment, the patient remains asymptomatic, IgM: 198 mg /dL (normal range 40-230 mg/dL), with a proteinogram without appreciating monoclonal bands. However, the monoclonal IgM band reappeared one year and a half after completing the chemotherapy treatment, having remained stable and not symptomatic until now.

Figure 2 shows the monoclonal component contained in the proteinogram in urine

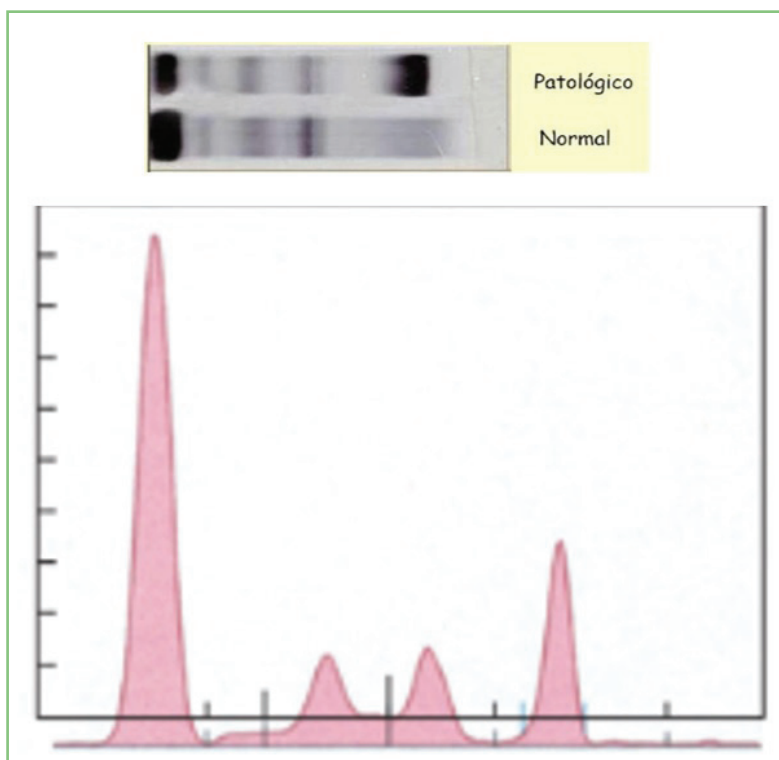


Figure 2. Laboratory diagnosis of a patient with Waldenström macroglobulinemia. Urine proteinogram.

Discussion

Angioedema without associated urticarial lesions suggests bradykinin-mediated pathophysiology and helps to narrow the differential regarding possible etiology. Angioedema is generally categorized into allergic, drug-induced, hereditary, acquired or idiopathic, based on etiology. Characteristic lab findings are associated with each category⁴. In contrast to hereditary angioedema, acquired angioedema is marked by the absence of a family history of angioedema and a later onset of symptoms, typically in the fourth decade of life or later⁵.

The etiology of acquired C1-INH deficiency has been a matter of controversy. It was proposed that 2 separate forms of acquired C1-INH deficiency exist: type I, paraneoplastic, mainly associated with lymphoid malignancies; and type II, autoimmune, caused by autoantibodies to C1-INH. The most frequent lymphoproliferative diseases reported in association with acquired C1-INH deficiency are indolent lymphomas, and the most frequent histotypes are nodal and splenic marginal zone lymphomas and lymphoplasmacytic lymphomas/Wal-

denström disease, which suggests that the risk is confined to specific histotypes. The hypothesis that acquired C1-INH deficiency may depend on the proliferation of B cell clones recognizing C1-INH is supported by the fact that few case reports in the literature showed patients were cured of this condition by treatment with the anti CD20 monoclonal antibody rituximab⁶.

Waldenström macroglobulinemia is a low-grade B cell lymphoproliferative disorder characterized by an IgM paraprotein. On extensive literature review, only few cases are reported of patients who presented with angioedema and were found to have Waldenström disease⁷⁻¹². In most of these reports, levels of C4, C1q and C1 inhibitor are decreased. In our case levels of C4 and C1 inhibitor were normal. Khanfar A. et al. described a patient with normal determination of C4, C1q and C1 inhibitor that responded to treatment with the combination of bortezomib, rituximab and dexamethasone¹¹. Zegers I.H. et al. described a patient with acquired angioedema that was successfully treated with a non-myeloablative allogeneic stem cell transplantation to treat a

Waldenström disease because other known treatment options failed¹².

Conclusions

In conclusion we describe a patient with angioedema that was diagnosed of Waldenström macroglobulinemia in complete remission after appropriate therapy. We must take into account lymphoproliferative diseases in the differential diagnosis of angioedema.

References

1. Agostoni A, Aygören-Pürsün E, Binkley KE, et al. Hereditary and acquired angioedema: problems and progress: proceedings of the third C1 esterase inhibitor deficiency workshop and beyond. *J Allergy Clin Immunol*. 2004; 114:S51-131.
2. Cugno M, Castelli R, Cicardi M. Angioedema due to acquired C1-inhibitor deficiency: A bridging condition between autoimmunity and lymphoproliferation. *Autoimmun Rev*. 2008; 8:156-9.
3. Frigas E. Angioedema with acquired deficiency of C1 inhibitor: a constellation of syndromes. *Mayo Clin Proc*. 1989; 64:1269-75.
4. Zuraw B. Clinical practice: hereditary angioedema. *N Engl J Med*. 2008; 359:1027-36.
5. Cicardi M, Zanichelli A. Acquired angioedema. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2010;6(1):14.
6. Branellec A, Bouillet L, Javaud N, Mekinian A, Boccon-Gibod I, Blanchard-Delaunay C, et al. Acquired C1-inhibitor deficiency: 7 patients treated with rituximab. *J Clin Immunol*. 2012; 32; 5:936-41.
7. Lewkonja RM, Pineo GF. Angioedema-like skin lesions associated with lymphoproliferative disease. *Can Med Assoc J*. 1982; 127; 9:867-8.
8. Casali P, Bozzini P, Pioltella P, Invernizzi F, Zanussi C. Acquired C1 inhibitor deficiency in essential cryoglobulinemia and macroglobulinemia. *Acta Haematol*. 1978; 59:277-84.
9. Richardson SG, Clarke C, Gasson GB. Lymphocytic lymphoma and acquired C1 esterase inhibitor deficiency. *Br J Dermatol*. 1989; 120:121-4.
10. Welwood J, Taylor K, Wright S, Bentley M, Eliadis P. Angioedema in the emergency department: a presentation of lymphoma. *Emerg Med*. 2001; 13: 465-8.
11. Khanfar A, Trikha A, Bonds A, Jana B. Angioedema with normal C1q and C1 inhibitor: an atypical presentation of Waldenström macroglobulinemia. *Int J Hematol*. 2013; 97:654-656.
12. Zegers IH, Aaldering KN, Nieuwhof CM, Schouten HC. Non-myeloablative allogeneic stem cell transplantation: a new treatment option for acquired angioedema?. *Neth J Med*. 2015; 73; 8: 383-5.

NOTA CLÍNICA



Gac Med Bilbao. 2021;118(4):266-269

Estridor tras tiroidectomía total por carcinoma papilar de tiroides. A propósito de un caso

Blanco-Fuentes Urko^a, Gil-Martín Francisco-Javier^a, Gómez-Pardo Naiara^a, Veliz-Hernández David^a, Losada-Carballo Asier^a, Río-Canto José-Luis^a

(a) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Emergencias. Euskadi, España

Recibido el 13 de julio de 2021; aceptado el 31 de agosto de 2021

PALABRAS CLAVE

Hipocalcemia.
Estridor.
Laringoespasma.

Resumen:

Los problemas tiroideos tienen una alta incidencia y muchas de las enfermedades requieren cirugía. Una de las complicaciones más frecuentes es la hipocalcemia postoperatoria secundaria a un hipoparatiroidismo postquirúrgico debido, generalmente, a compromiso vascular de las glándulas paratiroides.

Se observa hipocalcemia bioquímica hasta el 83% de los pacientes después de la cirugía. Sin embargo, la hipocalcemia sintomática ocurre con menos frecuencia. Normalmente, se produce en la primera semana postquirúrgica. A pesar de que alteraciones electrolíticas son a menudo la causa de una variedad de emergencias médicas, la hipocalcemia presenta baja incidencia.

En la hipocalcemia severa, los signos de Trousseau y Chvostek pueden estar ausentes, lo que podría conducir a un retraso en el diagnóstico. El estridor por hipocalcemia es una emergencia vital que puede comprometer la vida del paciente. Tiene una resolución rápida si se trata con gluconato cálcico; y en caso de refractariedad, hay que pensar una hipomagnesemia asociada.

© 2021 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

GILTZA-HITZAK

Hipokalzemia.
Estridorea.
Laringospasmoa.

Estridor tiroideectomiaren tiroideo kartzinoma osoaren ondoren. Kasu bati buruz

Laburpena:

Tiroide arazoek intzidentzia handia dute, eta gaixotasun askok ebakuntza behar dute. Konplikazio ohikoenetako bat hipokalemia postoperatorioa da hipoparatiroidismo postguralaren arabera, orokorrean paratiroide gurginen inplikazio baskula-

rra dela eta. Hipokalzemia biokimikoa ebakuntza egin ondoren gaixoen% 83an antzematen da; hala ere, hipokalzemia sintomatikoa maizago gertatzen da. Kirurgiaren ondorengo lehen astean gertatzen da. Nahiz eta elektrolitoen asaldurak askotan larrialdi medikoen kausa izan, hipokalemiak intzidentzia txikia du. Hipokalemia larrian, Trousseau eta Chvostek seinaleak falta dira, eta horrek diagnostikoa atzeratzea ekar lezake. Estridore hipokalemikoa gaixoaren bizitza arriskuan jar dezakeen larrialdi bizia da. Ebazpen azkarra du kaltzio gluzonatoarekin tratatzen bada; eta errefrakzioaren kasuan, lotutako hipomagnesemia bat hartu behar da kontuan.

© 2021 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

Stridor after total thyroidectomy for papillary thyroid carcinoma. About a case

Abstract:

Thyroid problems have a high incidence, and many of the diseases require surgery. One of the most frequent complications is postoperative hypocalcemia secondary to postsurgical hypoparathyroidism, generally due to vascular involvement of the parathyroid glands. Biochemical hypocalcemia is observed in up to 83% of patients after surgery; however, symptomatic hypocalcemia occurs less frequently. It occurs in the first week after surgery. Despite the fact that electrolyte disturbances are often the cause of a variety of medical emergencies, hypocalcemia has a low incidence. In severe hypocalcemia, signs of Trousseau and Chvostek may be absent, which could lead to a delay in diagnosis. Hypocalcemic stridor is a vital emergency that can compromise the patient's life. It has a quick resolution if it is treated with calcium gluconate; and in case of refractoriness, an associated hypomagnesemia must be considered.

© 2021 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

KEYWORDS

Hypocalcemia.
Stridor.
Laryngospasm.

Introducción

El estridor es un signo clínico que predomina en la edad pediátrica. Las principales causas son: crup, aspiración de cuerpo extraño, traqueítis y abscesos periamigdalinos. Sin embargo, en el adulto, el estridor no es tan frecuente y las principales causas son: abscesos, edemas de las vías respiratorias, tumores y parálisis de las cuerdas vocales.

El estridor debido a la hipocalcemia es muy raro, pero se han observado casos en pacientes con hipoparatiroidismo secundario². A pesar de que alteraciones electrolíticas son a menudo causa de una variedad de emergencias médicas, la hipocalcemia presenta baja incidencia, pero puede suponer un riesgo vital para los pacientes.

Caso Clínico

Se presenta el caso de una paciente que muestra un estridor secundario a una tiroidectomía total con compromiso vital de la vía aérea y con buena evolución clínica tras la administración de calcio en forma de gluconato cálcico.

Se trata de una mujer de 53 años, tiroidectomía total por carcinoma papilar de tiroides la semana previa con buena evolución clínica y en seguimiento por su médico de atención primaria (MAP) vía telefónica debido a la pandemia de COVID-19. La paciente avisa a su MAP por presentar de manera súbita un cuadro de parestesias en región peribucal y extremidades superiores, motivo por el cual fue derivada directamente al servicio de urgencias.

Durante el trayecto, la paciente comienza con cuadro de dificultad respiratoria, palidez, sudoración y movimientos incontrolados de brazos y piernas. Dada la situación clínica, su marido decide parar en el Centro de Salud para una primera atención médica. Los profesionales del centro avisan al sistema de emergencias que envían una ambulancia medicalizada.

A la llegada, la paciente impresiona de gravedad extrema con datos de agotamiento inminente, importante estridor tanto inspiratorio como espiratorio, taquipneica con respiración superficial en torno a 40 respiraciones por minuto y tetania facio-braquio-crural bilateral. Dado el compromiso respiratorio y sospechando causas potencialmente mortales (hematoma postquirúrgico vs laringoespasmos por hipocalcemia), se decide optimizar la ventilación-oxigenación y se procede a la intubación orotraqueal empleando para ello la secuencia farmacológica rápida de intubación (fentanilo, etomidato, succinilcolina y rocuronio).

Afortunadamente, en la laringoscopia directa no se aprecian hematomas categorizando la vía aérea de Cormack I. Se realiza un electrocardiograma donde se objetiva un intervalo QTc de 510 milisegundos. Ante la sospecha clínica de hipocalcemia secundaria a tiroidectomía total la semana previa, se inicia tratamiento con gluconato cálcico 100 mg y sulfato de magnesio 1,5 gramos intravenoso.

Durante el traslado hasta el hospital, la paciente se encuentra hemodinamicamente estable, sin apreciar alteraciones eléctricas en la monitorización cardíaca salvo las descritas y bien adaptada al respirador.

En la sala de estabilización hospitalaria, continúan con una perfusión continua de gluconato cálcico hasta normalizar los valores de calcio que presentaba la paciente (5,3 mg/dL). A las dos horas, la paciente es extubada encontrándose clínicamente asintomática, sin presentar estridor ni tetania y con normalización del intervalo QTc. Se procede al ingreso en la planta de endocrinología y a los cuatro días es dada de alta con el diagnóstico de estridor por hipocalcemia secundaria a tiroidectomía total.

Discusión

Los problemas tiroideos tienen una alta incidencia¹ y muchas de las enfermedades requieren cirugía. Una de

las complicaciones más frecuentes es la hipocalcemia postoperatoria secundaria a un hipoparatiroidismo postquirúrgico debido, generalmente, a compromiso vascular de las glándulas paratiroides².

Se observa hipocalcemia bioquímica hasta el 83% de los pacientes después de la cirugía. Sin embargo, la hipocalcemia sintomática ocurre con menos frecuencia principalmente en la primera semana tras la cirugía.

El calcio interviene en numerosas funciones biológicas, incluidas la contracción muscular, la automatización cardíaca y la conducción neuronal³. Los límites normales de calcio en suero se mantienen estables por la interacción de la hormona paratiroidea y la vitamina D.

En la Tabla I se exponen las diferentes causas que pueden predisponer al desarrollo de una hipocalcemia⁴.

Tabla I

Diferentes causas que pueden predisponer al desarrollo de una hipocalcemia

Disminución absorción de calcio: deficiencia vitamina D y síndrome de malabsorción.

Aumento excreción de calcio: alcoholismo, insuficiencia renal crónica y diuréticos.

Trastornos endocrinos: hipoparatiroidismo y pseudohipoparatiroidismo.

Transfusiones masivas⁵: los concentrados de hematíes contienen citrato, un quelante del calcio. En los pacientes con función hepática normal, el citrato se metaboliza en bicarbonato. En casos de transfusiones masivas el metabolismo hepático alcanza un punto máximo y aparece hipocalcemia.

Rabdomiolisis: se trata de una necrosis aguda de las fibras del músculo esquelético y la salida del contenido celular hacia el torrente sanguíneo. Se produce la inactivación de la bomba sodio/potasio ATPasa y un incremento del calcio intracelular con un descenso del calcio sérico.

Pancreatitis aguda: la lipasa pancreática degrada la grasa en ácidos grasos y glicerol. Los ácidos grasos se conjugan con el calcio.

Síndrome lisis tumoral: el recambio celular produce la liberación intracelular de potasio, fosfato y ácido úrico. Los fosfatos se combinan con el calcio sérico. Predomina en neoplasias hematológicas por la rapidez del recambio y proliferación celular.

Septicemia: debido a la disfunción celular secundaria, se permite el paso de calcio sérico a nivel intracelular.

Hipomagnesemia: es una situación clínica frecuente en pacientes con alcoholismo, desnutrición, cirrosis, pancreatitis y diarrea.

Fármacos.

Hipotermia.

Existen numerosos signos y síntomas de hipocalcemia. En los sistemas de emergencias la primera prioridad es evaluar la permeabilidad de la vía respiratoria, la ventilación y la circulación. La paciente presentó a primera vista

dos signos de hipocalcemia: estridor y tetania. Otros síntomas de hipocalcemia incluyen debilidad, fatiga, parestesias, espasmos, calambres, hiperreflexia e intervalo QTc prolongado en el electrocardiograma.

Los signos de Chvostek y Trousseau son los hallazgos físicos clásicos de la hipocalcemia. El Chvostek es una contracción facial provocada al tocar el nervio facial al nivel del arco cigomático. El signo de Trousseau es un espasmo carpiano después de tres minutos de flujo sanguíneo interrumpido hacia la extremidad.

La tetania suele presentarse con niveles de calcio iónico sérico inferiores a 8 mg/dL y el estridor con cifras aun más bajas e inferiores a 7mg/dL (recordamos que nuestra paciente presentaba 5,3 mg/dL). Hay que destacar que en casos de hipocalcemia severa, los signos de Trousseau y Chvostek pueden estar ausentes en la presentación, lo que podría conducir a un retraso en el diagnóstico de hipocalcemia.

A pesar de que a día de hoy en los Sistemas de Emergencias Extrahospitalario del País Vasco no se dispone de analizadores iónicos, se recuerda que la concentración de calcio ionizado representa, aproximadamente, la mitad de la concentración del calcio total. Una disminución de la concentración de albúmina sérica supone un descenso de la calcemia total, pero no de la forma ionizada, por lo que se debe determinar si se está ante una verdadera hipocalcemia ajustando los valores de calcio de la siguiente forma: sumando 0,8 mg/dl de calcio por cada g/dl en que la concentración de albúmina esté por debajo de lo normal, aproximadamente por debajo de 4 g/dl.

El objetivo de tratamiento emergente en pacientes con hipocalcemia es controlar los síntomas con el mínimo de complicaciones posibles mediante el gluconato cálcico y/o el cloruro cálcico. El gluconato cálcico es la sal de calcio intravenosa preferida porque es menos probable que produzca necrosis tisular si se extravasa con respecto al cloruro cálcico. Sin embargo, el cloruro cálcico puede ser preferible cuando hay alteraciones de la función hepática y debe administrarse por un dispositivo de acceso venoso central. En pacientes con síntomas agudos, las guías de medicina de emergencias extrahospitalarias aconsejan iniciar tratamiento con infusión endovenosa de gluconato de calcio. A día de hoy, en nuestras unidades solo disponemos de gluconato cálcico, debido a que presenta menores efectos secundarios y su administración por vía periférica.

Las ampollas comercializadas a día de hoy de gluconato cálcico contienen 93 mg de calcio iónico. Inicialmente, se puede dar una dosis bolo de 200-300 mg administrado en 100 mililitros de suero glucosado al 5% en 10-15 minutos⁵.

Esta dosis elevará los niveles de calcio durante dos a tres horas. Por lo tanto, en pacientes con hipocalcemia persistente, el bolo debe aunarse a una infusión lenta de calcio a 1-2 mg/kg/hora. Hay que tener especial atención si se administra calcio en pacientes digitalizados, ya que la hipocalcemia enmascara la toxicidad por digital. Se debe evitar la perfusión con bicarbonato y fosfatos porque puede formar sales de calcio insoluble. Tras la adminis-

tración de calcio, los síntomas de hipocalcemia presentan una rápida resolución. Tras analizar varios artículos, se desconoce con exactitud el tiempo de acción. En caso de refractariedad al calcio, hay que sospechar una hipomagnesemia asociada, debiendo tratar al paciente con sulfato de magnesio, aún desconociendo los niveles plasmáticos de estos iones.

Conclusión

En conclusión, el estridor por hipocalcemia es una patología con baja prevalencia. En casos de hipocalcemia severa, los signos clásicos de Trousseau y Chvostek pueden estar ausentes. Ante la sospecha clínica, debemos iniciar tratamiento con gluconato cálcico, aun desconociendo los valores séricos. Los síntomas deben mejorar de manera rápida. En caso de refractariedad, se debe sospechar una hipomagnesemia asociada e iniciar tratamiento con sulfato de magnesio.

Declaración de autoría

El autor responsable, Urko Blanco Fuentes, asegura que todos los autores incluidos en el trabajo cumplen realmente los criterios de autoría y que no se excluye a nadie que también los cumpla. Todos los autores aportaron ideas, interpretaron los hallazgos y revisaron los borradores del manuscrito. Todos los autores aprobaron la versión final. Urko Blanco es el responsable del artículo.

Financiación

Sin financiación.

Agradecimientos

Especial agradecimiento a M.E. Alcon, I.E. Alcon y P. Martínez por la colaboración en esta nota clínica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Pérez JA, Venturelli F. Complicaciones de la cirugía tiroidea. Cuad. Cir. 2007; 21: 84- 91.
2. Joosen DAWA, van-de-Laar RJJM, Koopmans RP, Slassen PM. Acute dyspnea caused by hypocalcemia-related laryngospasm. J Emerg Med. 2015; 48: 29-30.
3. Halterman JS, Smith SA. Hypocalcemia and stridor: an unusual presentation of vitamina d-deficient rickets. J Emerg Med. 1998; 16: 41-3.
4. Büyükcam F, Sönmez FT, Sahinli H. A delayed diagnosis; stridor secondary to hypocalcemia. Int J Emerg Med. 2010; 3: 461-2.
5. Lim F, Chen LL, Borski D. Controlar la hipocalcemia en la transfusión masiva de hemoderivados. Nursing. 2018; 35: 23-9.



Diabetes, discinesias agudas y lesiones en los ganglios basales (estriatopatía diabética): una asociación no siempre sencilla

Zarranz-Imirizaldu Juan-José^{a, b}

(a) *Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Catedrático Emérito. Departamento de Neurociencias. Leioa, España*

(b) *Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces. Barakaldo, España*

Recibido el 09 de noviembre de 2020; aceptado el 13 de marzo de 2021

PALABRAS CLAVE

Diabetes.
Hiperglucemia.
Hipoglucemia.
Corea.
Distonia.
Balismo.
Ganglios basales.
Estriatopatía.
Dopamina.

Resumen:

La asociación de hiperglucemia no cetósica con discinesias de tipo coreico o bállico y lesiones sugestivas de microhemorragias en los ganglios basales se ha reunido bajo el concepto de estriatopatía diabética. Se presentan cuatro casos de estriatopatía diabética para resaltar que la asociación entre los elementos del síndrome no es constante y se pueden observar discrepancias. Su patogenia y fisiopatología son aún en gran parte desconocidas. Es posible que la hiperglucemia produzca, por un lado, alteraciones metabólicas/neuroquímicas responsables de las discinesias y, por otro, un daño vascular que da lugar a las microhemorragias observables en los ganglios basales, pero estas no son imprescindibles para la aparición de los movimientos anormales. Las discinesias no siempre remiten con el control metabólico y puede ser necesario utilizar un fármaco antidopaminérgico.

© 2021 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

GILTZA-HITZAK

Diabetesa.
Hipergluzemia.
Hipogluzemia.
Korea.
Distonia.
Balismoa.
Gongoil basalak.
Dopamina.

Diabetesa, diszinesia akutuak eta gongoil basaletako lesioak (estriatopatía diabetikoa): elkarketa ez da beti erraza.

Laburpena:

Hipergluzemia ez-zetosikoa diszinesia korear edo balikoekin eta gongoil basaletan mikrohemorragiak iradokitzen dituzten lesioekin elkartzea estriatopatía diabetikoaren kontzeptupean bildu da. Lau estriatopatía diabetiko kasu aurkeztu dira, sindromearen elementuen arteko lotura etengabea ez dela eta desadostasunak ikus daitezkeela nabarmentzeko. Bere patogenia eta fisiopatología oraindik ez dira

ezagutzen. Baliteke hipergluzemiak, alde batetik, diszinesiak eragiten dituzten alterazio metaboliko/neurokimikoak eragitea, eta, bestetik, kalte baskularra, gon-goil basaletan ikus daitezkeen mikrohemorragiak eragiten dituen, baina ez dira ezinbestekoak mugimendu anormalak agertzeko. Diszinesiek ez dute beti kontrol metabolikoarekin igortzen, eta beharrezkoa izan daiteke farmako antidopaminergiko bat erabiltzea.

© 2021 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

Diabetes, acute dyskinesias and lesions in the basal ganglia (diabetic striatopathy): an association not always straightforward.

Abstract:

The association of nonketotic hyperglycemia with choreic or dyskinesias and lesions suggestive of microbleeds in the basal ganglia has been brought together under the concept of diabetic striatopathy. Four cases of diabetic striatopathy are presented to highlight that the association between the elements of the syndrome is not constant and discrepancies can be observed. Its pathogenesis and pathophysiology are still largely unknown. It is possible that hyperglycemia produces, on the one hand, metabolic / neurochemical alterations responsible for dyskinesias and, on the other, vascular damage that leads to observable microbleeds in the basal ganglia, but these are not essential for the appearance of abnormal movements. Dyskinesias do not always remit with metabolic control and an antidopaminergic drug may be necessary.

© 2021 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

KEYWORDS

Diabetes.
Hyperglycemia
Hypoglycemia
Korea.
Dystonia
Ballism.
Basal ganglia.
Striatopathy.
Dopamine

Introducción

La asociación de un hemicorea o hemibalismo con hiperglucemia sin cetosis es conocida desde hace décadas¹. Con la llegada de la TAC y más tarde de la resonancia magnética (RM) se apreció su relación con imágenes sugestivas de microhemorragias en el cuerpo estriado². De ahí que se haya propuesto denominar a este síndrome, relativamente infrecuente, como “estriatopatía diabética”.

Las series publicadas son cortas. Una de las más extensas es la de Cosentino et al³ de veinte pacientes. El síndrome ha sido revisado en varias publicaciones⁴⁻⁶. En la última revisión se encontraron 176 casos publicados entre los años 1992 y 2018⁷ la mayoría (126) procedentes de Asia y sólo 15 de Europa y 7 de América (Tabla 1). Esas cifras no reflejan, ciertamente, la realidad. Recientemente se han publicado cuatro casos del Hospital de Cruces⁸.

De manera característica el paciente es más a menudo una mujer de mediana o avanzada edad y sufre diabetes tipo 2, aunque hay casos descritos en niños o jóvenes con diabetes tipo 1⁷. En un porcentaje variable de pacientes (10-20%) este síndrome inaugura el diagnóstico de la diabetes⁷. En los casos típicos el enfermo se presenta con un síndrome unilateral de hemicorea/hemibalismo, hiperglucemia sin cetosis, imagen anormal en la TAC/RM contralateral al síndrome y mejora con la corrección metabólica, incluso sin otros fármacos contra la discinesia. Sin embargo, con frecuencia se encuentran discrepancias entre los elementos del

síndrome⁷. El objetivo de este artículo es resaltar esas incongruencias que tienen importancia práctica y teórica.

Pacientes

Se presentan, resumidamente, las historias de los cuatro pacientes, atendidos todos en el Servicio de Neurología del Hospital de Cruces, antes del año 2015.

Paciente n.º 1. Mujer, 70 años. Diabetes tipo 2 mal controlada. Acudió a urgencias por movimientos anormales de comienzo agudo en el hemicuerpo izquierdo. Los movimientos eran continuos de tipo coreico en el brazo y la pierna, con sacudidas balísticas intermitentes en la pierna. No afectaban a la cara. El resto del examen neurológico y general era normal así como los análisis (hematimetría, bioquímica) salvo la glucemia de 350 mg/dl. En la TAC se apreciaba una hiperdensidad neta en los núcleos caudado/putamen derechos y más tenue en el lado izquierdo (figura 1). Con insulina se controló la hiperglucemia y la discinesia remitió espontáneamente.

Paciente n.º 2. Mujer, 85 años. Diabetes tipo 2, dislipemia, HTA, deterioro cognitivo leve. Quince días antes del ingreso tuvo una infección catarral con fiebre. Siete días antes presentó sed intensa, tendencia al adormecimiento y movimientos anormales de las cuatro extremidades. En urgencias persistía el corea bilateral y la paciente estaba obnubilada. En los análisis destacaba una glucemia de 939 mg/dL, urea 80 mg, creatinina

1,88 mg, Osmolaridad calculada 374 mOsm/Kg, CK 673 U. En la TAC se observó una hiperdensidad de ambos putámenes (Figura 2). La paciente recibió tratamiento (sueroterapia, insulina) con normalización de la bioquímica y recuperación del nivel de conciencia.

Sin embargo, persistieron los movimientos anormales. Se indicó tetrabenazina con lo que la discinesia desapareció. En la revisión a los dos meses la paciente estaba en su situación previa y la TAC era normal para su edad.

Tabla I
Resumen de los datos principales en una revisión de 176 casos (Chua et al⁷)

Dato	Resultado
Número casos	176 (años 1992-2018) H/M:1/1,7
Edad	Media:67,6 (8-92)
Tipo diabetes	Tipo 2, 96,6% (17% primer diagnóstico)
Glucemia/Hbglicosilada	414 mg/dL/13,1%
Movimiento anormal	Hemicorea/hemibalismo (88,1%)
Localización lesión	Putamen/caudado
Discrepancias TAC/RM	0,23
Asincronía corea/lesión imagen	9,7%
Eficacia corrección glucemia	25,7%
Eficacia corrección glucemia + fármacos	76,2%
Recurrencia	18,2%
Base patológica /4 autopsias	Microhemorragias

Paciente n.º 3. Mujer, 81 años. Diabetes tipo 2, HTA. Cuatro días antes del ingreso la paciente presentó bruscamente movimientos anormales en la pierna derecha. La intensidad de los movimientos fue variable en los días siguientes y las cifras de glucemia estuvieron mal controladas con oscilaciones de hiperglucemia a hipoglucemia. Los movimientos anormales se extendieron al brazo derecho y la paciente acudió a urgencias, donde se observó que los movimientos alternaban del lado derecho al izquierdo. Glucemia 151 mg/dl. Moderada anemia (Hb 10 g.). No se apreciaron lesiones agudas en los ganglios basales ni en la TAC ni en la RM (Figura 3).

En las primeras horas del ingreso la paciente estuvo libre del corea. Después presentó un nuevo episodio de hemicorea/distonía en las extremidades iz-

quierdas y se confirmó una hipoglucemia de 40 mg/dl. Se estabilizó la glucemia y no hubo recidivas.

Paciente n.º 4. Mujer, 84 años. Diabetes tipo 2. ACFA (prótesis mitral mecánica). Estado cognitivo normal. En la semana anterior a su ingreso la paciente fue traída a urgencias dos veces al presentar en su domicilio cifras de glucemia muy elevadas, siendo dada de alta tras su control. El día del ingreso acudió por mal estado general, inapetencia, dolores generalizados, debilidad y tendencia a encamarse. El examen general era anodino con temperatura de 38,6.º C.

La paciente estaba desorientada y agitada sin signos meníngeos ni de lesión focal cerebral. No presentaba movimientos anormales. Moderada anemia (Hb 10g/dl). Bioquímica con glucemia normal. LCR normal. En la TAC se observó una hiperdensidad de

ambos putámenes de predominio izquierdo (figura 4). En la RM se confirmó una hiperseñal en T1 con hiposeñal en la secuencia de eco de gradiente. Duran-

te el ingreso, la paciente no presentó movimientos anormales, recuperó su estado mental normal y fue dada de alta en su situación basal.

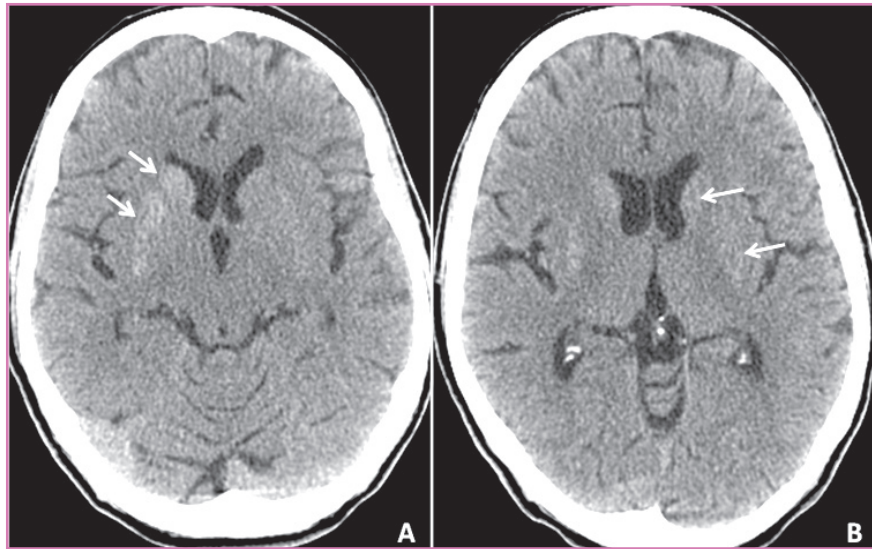


Figura 1. Paciente nº 1. TAC craneal sin contraste. La paciente presentaba una discinesia del hemisferio izquierdo y en la TAC se apreció una hiperdensidad evidente en el núcleo lenticular derecho y más sutil en el izquierdo.

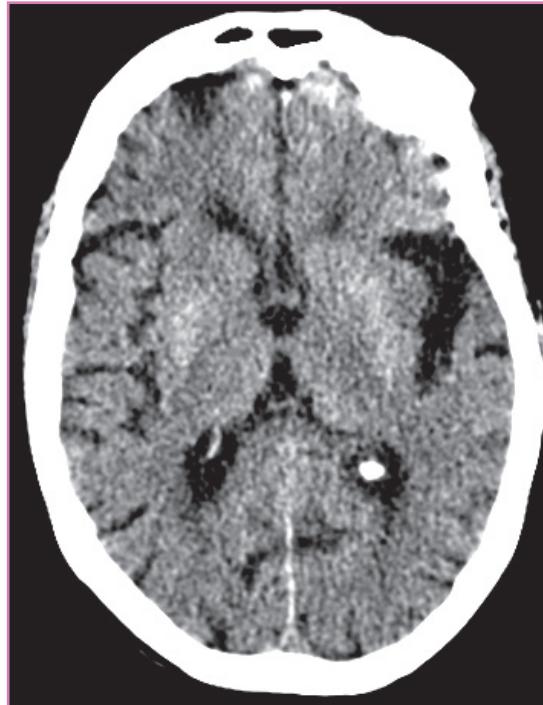


Figura 2. Paciente nº 2. TAC craneal sin contraste. La paciente tenía movimientos anormales en los dos hemisferios y la TAC detectó una hiperdensidad de ambos núcleos lenticulares.

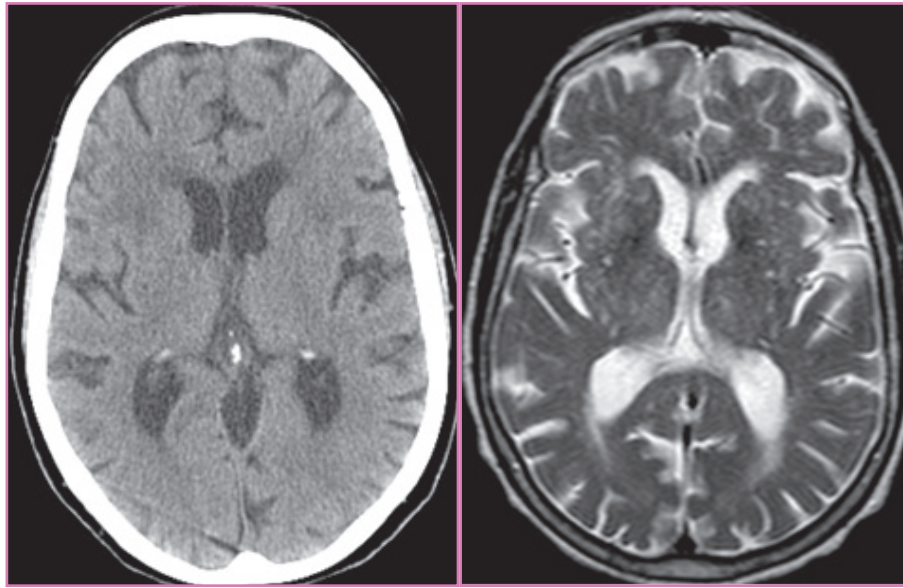


Figura 3. Paciente nº 3. A. TAC craneal sin contraste. B. RM-secuencia potenciada en T2. La paciente presentaba discinesias bilaterales pero la neuroimagen sólo detecta un leve estado criboso de los ganglios basales sin lesiones hemorrágicas ni isquémicas agudas.

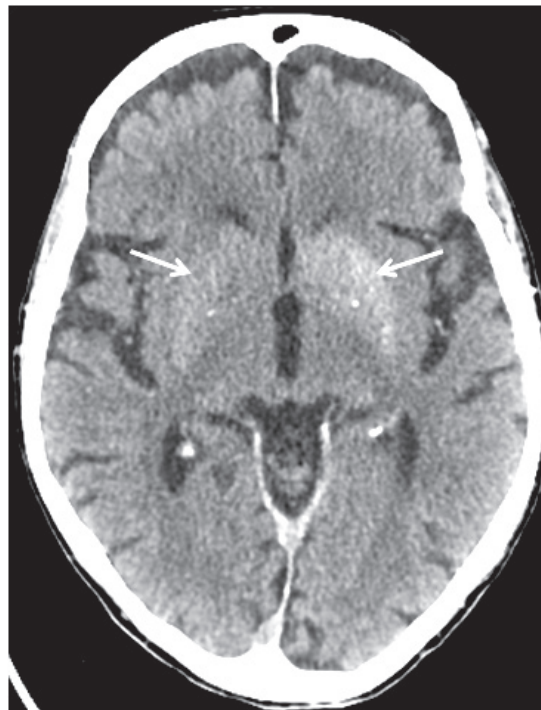


Figura 4. Paciente nº 4. TAC craneal sin contraste. La paciente no presentaba discinesias, pero la TAC detectó una hiperdensidad de ambos núcleos lenticulares.

Discusión

Se presentan cuatro pacientes, todas mujeres de edad avanzada, con el síndrome de la estriatopatía diabética, para destacar que sus cuatro elementos característicos, hiperglucemia no cetósica, hemicorea/hemibalismo, alteración de la imagen en el putamen y

evolución espontáneamente favorable con la corrección metabólica, no siempre están todos presentes o no son congruentes entre sí en el tiempo (Tabla II).

La noción clásica es que la discinesia coincida con hiperglucemia elevada. Sin embargo, no siempre es así y puede ocurrir, como en el caso tres, que la pa-

ciente haya tenido episodios de hiperglucemia previos, pero que cuando aparece la discinesia esté en normo o incluso en hipoglucemia. Esto ya ha sido reconocido en la literatura^{7, 9-11}; además, la hipoglucemia por sí sola es causa de corea o distonia y puede inducir la recidiva de la discinesia¹⁰. De esas observaciones se extrae la conclusión de que la hiperglucemia es, probablemente, la directamente responsable del daño vascular que subyace en la imagen anormal, pero no de la discinesia, que requiere algún tipo de trastorno neuroquímico secundario. Por eso puede

sucedir que se detecte una hiperglucemia e, incluso, que se observen lesiones en la imagen sin traducción clínica como en la paciente número uno, que presentaba las discinesias en un hemisferio, pero la imagen patológica era bilateral, o en la paciente n.º 4, que tras varios episodios de hiperglucemia presentaba imágenes anormales bilaterales pero ninguna discinesia. Esta eventualidad de observar lesiones en la imagen sin discinesia solo ocurrió en cuatro de los 176 casos revisados por Chua y col.⁷, pero se ha comunicado en otros casos individuales^{12, 13}.

Tabla II
Resumen de los datos principales de los cuatro pacientes

Caso	Glucemia en la crisis	Discinesia	TAC anormal	Resolución discinesia
1	Hiper	Unilateral	Sí, ¿bilateral?	Espontánea
2	Hiper	Bilateral	Sí, bilateral	Tetrabenazina
3	Hiper/Hipo	Bilateral	No	Espontánea
4	Hiper/normo	No	Sí, bilateral	Espontánea

La disociación contraria consiste en que el paciente presente discinesias sin alteraciones en la imagen, lo que ocurrió en la paciente n.º 3 y se encontró en 12 de 176 casos en la revisión de Chua⁷. Hay que tener en cuenta que la RM es más sensible y puede detectar lesiones no visibles en la TAC en un 14,6% de casos⁷.

Los expertos están de acuerdo en que según las características de las imágenes en la TAC y en la RM, además de los escasos datos neuropatológicos de que se disponen¹⁴, las lesiones corresponden a microhemorragias, las cuales se deben, probablemente, a una microvasculopatía por la hiperglucemia. La aparición de las discinesias sin las microhemorragias en la imagen indicaría que el trastorno neuroquímico que produce los movimientos anormales^{7, 12, 15, 16} se debe a la hiperglucemia y al daño vascular, pero no requiere las microhemorragias que pasarían a ser un epifenómeno.

Otra noción clásica es que la discinesia de la estriatopatía diabética tiende a remitir espontáneamente al corregir la hiperglucemia. Así ocurrió en tres de estos cuatro casos seleccionados que se presentan y solo uno requirió la administración de tetrabenazina. Pero de las revisiones de la literatura⁷ se deduce, sin embargo, que la proporción de pacientes que requiere medicación por persistir la discinesia tras corregir el disturbio metabólico, y en algunos casos durante semanas¹⁶, alcanza el 73,3%. Incluso algunos autores necesitaron tratar con antidopaminérgicos a todos sus pacientes^{3, 8} por persistencia de la discinesia tras corregir la hiperglucemia. Hay

un acuerdo casi unánime en que tetrabenazina es un fármaco eficaz y bien tolerado¹⁷, sin necesidad de recurrir en primera instancia a los neurolepticos como el haloperidol que pueden producir una sedación excesiva en pacientes frágiles de edad avanzada. Es excepcional que la discinesia de la estriatopatía diabética, si bien puede recidivar¹⁸, sea irreversible¹⁹, al contrario que la debida a infartos o hemorragias en los ganglios basales o en la región subtalámica, que, con frecuencia, es persistente²⁰. El diagnóstico diferencial con esos ictus es de la máxima importancia para evitar actuaciones terapéuticas intempestivas.

El síndrome de la estriatopatía diabética está bien definido clínicamente, pero persisten muchas preguntas no resueltas. No se conoce bien por qué se produce el daño vascular agudo en esa localización tan selectiva (cuerpo estriado) y no en otras estructuras como el tálamo o el mesencéfalo que reciben una vascularización similar de arteriolas perforantes. El daño vascular no produce la discinesia por las microhemorragias, sino a través de un disturbio neuroquímico que no se conoce bien, pero que debe incluir un estado hiperdopaminérgico, dada la buena respuesta sintomática a los fármacos anti-dopaminérgicos.

Conflicto de intereses

No hay ningún conflicto de intereses en este artículo. No se ha recibido ninguna financiación pública ni privada.

Bibliografía

1. Bedwell SF. Some observations on hemiballismus. *Neurology*. 1960; 10:619-622.
2. Yahikozawa H, Hanyu N, Yamamoto K, Katayama Y. Hemiballismus with striatal hyperintensity on T1-weighted MRI in diabetic patients: a unique syndrome. *J Neurol Sci* 1994; 124:208-214.
3. Cosentino C, Torres I, Nuñez Y, Suarez R, Velez M, Flores M. Hemichorea/Hemiballismus associated with hyperglycemia: report of 20 cases. *Tremor Other Hyperkines Mov*. 2016;6,doi:10.7916/D8D-N454P.
4. Oh S.-H, Lee K.-Y, Im J.-H, Lee M.-S. Chorea associated with non-ketotic hyperglycemia and hyperintensity basal ganglia lesion on T1-weighted brain MRI study: a meta-analysis of 53 cases including four present cases. *J Neurol Sci* 2002; 200:57-62.
5. Lin J-J, Lin G-Y, Shih C, Shen W-C. Presentation of striatal hyperintensity on T1-weighted MRI in patients with hemiballismus-hemichorea caused by non-ketotic hyperglycemia: Report of seven new cases and a review of literature. *J Neurol* 2001;248;750-755.
6. Ondo WG. Hyperglycemic nonketotic states and other metabolic imbalances. *Hand Clin Neurol* 2011; 100:287-291.
7. Chua CB, Sun CK, Hsu CW, Tai YC, Liang CY, Tsai IT. "Diabetic striatopathy": clinical presentations, controversy, pathogenesis, treatments, and outcomes. *Sci Rep* 2020; 10:1594, <https://doi.org/10.1038/s41598-020-58555-w>.
8. González-Pinto González T, Pérez Concha T, Losada Domingo JM, Moreno Estébanez A. Corea/balismo secundaria a hiperglucemia no cetósica: serie de 4 casos. *Neurología* 2020; 35:134-136.
9. Kitagawa M, Yamanaka Y, Adachi T, Ito J, Fukase K, Ohta I, Katagiri T. Diabetic hemichorea-hemiballismus after prompt improvement in hyperglycemia. *Intern Med*. 2017; 56:3073-3076.
10. Debruyne F, Van Paesschen W, Van Eyken P, Bex M, Vandenberghe W. Paroxysmal nonkinesigenic dyskinesias due to recurrent hypoglycemia caused by an insulinoma. *Mov Disord* 2009; 24:460-461.
11. Lin C-J, Huang, P. Delayed onset diabetic striatopathy: Hemichorea-hemiballismus one month after a hyperglycemic episode. *Am J Emerg Med* 2017;35, 1036.e1033-1036. e1034.
12. Nakajima N, Ueda M, Nagayama H, Katayama Y. Putaminal changes before the onset of clinical symptoms in diabetic hemichorea-hemiballismus. *Intern. Med*. 2014;53;489-491.
13. Sato H, Hamano M, Fushimi E, Takahashi T, Hori-kawa Y, Horiguchi S. Diabetic striatopathy manifesting as severe consciousness disturbance with no involuntary movements. *Diabet Med* 2017; 34:1795-1799.
14. Ohara, S., Nakagawa, S., Tabata, K. & Hashimoto, T. Hemiballismus with hyperglycemia and striatal T1-MRI hyperintensity: an autopsy report. *Mov Disord* 2001;16;521-525.
15. Zheng W, Chen L, Chen J-H, Lin X, Tang Y, Lin X-J, Wu J et al. Hemichorea associated with non-ketotic hyperglycemia: a case report and literature review. *Front. Neurol*. 11:96.doi: 10.3389/fneur.2020.00096.
16. Challa M, Subramanian T. Type 2 diabetes presenting with persistent chorea. *JAMA Neurol* 2018; 76:366-367.
17. Sitburana O, Ondo WG. Tetrabenazine for hyperglycemic-induced hemichorea-hemiballismus. *Mov Disord* 2006; 21:2023-2025.
18. Lee D, Ahn T-B, Hong IK. Abolition of hyperglycemic hemichorea and recurrence after medical illness. *Can J Neurol Sci* 2016; 43:745-746.
19. Roy, U. Das SK, Mukherjee A, Biswas D, Pan K, Biswas A, Panwar A. Irreversible hemichorea-hemiballismus in a case of nonketotic hyperglycemia presenting as the initial manifestation of diabetes mellitus. *Tremor Other Hyperkines Mov*. 2016;6: doi: 10.7916/D8QZ2B3F.
20. Suri R, Rodriguez-Porcel F, Donohue K, Jesse E, Lovera L, Dwivedi AK, Espay AJ. Post-stroke movement disorders: the clinical, neuroanatomic, and demographic portrait of 284 published cases. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2018; 27:2388-2397.

ARTÍCULO ESPECIAL



Gac Med Bilbao. 2021;118(4):277-284

Enfermedad de Dupuytren

García-Bernal Francisco-Javier^{a, b}, Collía-Martín Francisco-de-Paula^{b, d}, Cañas-Gómez Salvador^b, Zayas-Pinedo Paloma^{b, c}, Regalado-Bilbao Javier^b

(a) Mutua. Unidad de Cirugía de Mano y Muñeca. Bilbao, España

(b) Instituto Regalado y Bernal. Servicio de Cirugía Plástica. Bilbao, España

(c) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto. Hospital Universitario Basurto. Servicio de Urgencias Quirúrgico-traumatológicas. Bilbao, España

(d) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto. Hospital Universitario Basurto. Servicio de Cirugía Plástica. Bilbao, España

Recibido el 17 de octubre de 2021; aceptado el 6 de noviembre de 2021

Resumen:

La enfermedad de Dupuytren es un proceso fibroproliferativo de etiología desconocida, caracterizado por la aparición de nódulos y cuerdas, cuyo desarrollo provoca la contractura de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas de los dedos de la mano.

En este artículo revisaremos la anatomía de la fascia palmar, la fisiopatología, las opciones terapéuticas y nuestra experiencia en el manejo de esta enfermedad.

© 2021 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PALABRAS CLAVE

Enfermedad de Dupuytren.
Nódulos.
Cuerdas.
Colagenasa.

Dupuytren gaixotasuna

Laburpena:

Dupuytrenen gaixotasuna etiologia ezezagunekogaitz fibroproliferatibo bat da, ehun fibromatoso baten garapena duena ezaugarri bezala. Hasieran nodulu fibroblastikoak sortzen dira, zeinak ahalmen uztegarria duten miofibroblastoetan bilakazen diren. Modu honetan, artikulazio metacarpofalangiko eta interfalangiko proximalen kontraktura eragiten duten korda batzuk sortzen dira.

Artikulu honetan eskuko azal erretinakuloaren anatomia berrikusiko dugu, baita gaixotasunaren fisiopatologia eta tratamendua ere, geure esperientzia oinarritutako datu estatistikoak emanez, batez ere kolagenasa bidez egindako faszitomia enetizmatikoari dagokionez.

© 2021 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

GILTZA-HITZAK

Dupuytren.
Noduluak.
Kordak.
Kolagen.

KEYWORDS

Dupuytren's disease.
Nodules.
Chords.
Collagenase.

Dupuytren's disease

Summary:

Dupuytrenen gaixotasuna etiologia ezezagunekogaitz fibroproliferatibo bat da, ehun fibromatoso baten garapena duena ezaugarri bezala. Hasieran nodulu fibroblastikoak sortzen dira, zeinak ahalmen uzkurgarria duten miofibroblastoetan bilakazen diren. Modu honetan, artikulazio metakarpofalangiko eta interfalangiko proximalen kontraktura eragiten duten korda batzuk sortzen dira.

Artikulu honetan eskuko azal erretinakuloaren anatomia berrikusiko dugu, baita gaixotasunaren fisiopatologia eta tratamendua ere, geure esperientzian oinarritutako datu estatistikoak emanez, batez ere kolagenasa bidez egindako faszitomia enetzimatiakoari dagokionez.

© 2021 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Introducción

Guillaume de Dupuytren, describió esta enfermedad en 1831, como una retracción permanente de los dedos. Se trata de un proceso proliferativo benigno, de etiología desconocida, que afecta principalmente a la fascia palmar de la mano. Inicialmente debuta en forma de nódulos y depresiones en la piel de la palma de la mano, que con el paso del tiempo pueden formar unas cuerdas (cordas), cuya retracción provoca la flexión de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas de los dedos^{1,2} (Figura 1).

Anatomía

La fascia palmar es una estructura subcutánea, de configuración triangular cuyo vértice se dirige próximamente hacia la muñeca y la base situada a la altura de las articulaciones metacarpofalángicas^{1,2,3,4}. Aporta un anclaje firme de la piel palmar a las estructuras profundas, evitando así el deslizamiento de la piel con la prensión^{1,2,4} y está formado por distintas fibras^{4,5} (Figura 2):

- Fibras pretendinosas, de disposición longitudinal sobre los tendones flexores.
- Fibras transversales proximales, recubriendo los paquetes neurovasculares. Generalmente no se ven afectadas por la enfermedad.
- Fibras septales, a ambos lados de los tendones flexores.
- Ligamento natatorio, en las comisuras interdigitales.

En los dedos, la fascia digital recibe fibras de la fascia palmar y consta de:

- Banda digital lateral, que rodea los paquetes vasculonerviosos de los dedos.
- Banda retrovascular, dorsal a los paquetes vasculonerviosos.

Epidemiología

Esta enfermedad se manifiesta con mayor frecuencia en varones (relación 6:1 frente al sexo femenino), en

la quinta o sexta década de la vida, y los dedos que se afectan con más frecuencia son los dedos cubitales (4.^º y 5.^º). Se estima una tasa de prevalencia de entre el tres y el seis por ciento de la población².

Etiología

A pesar de la agregación familiar, no puede descartarse una influencia medioambiental (se han descrito casos en pacientes hindúes -infrecuente en esta raza-, generaciones después de haber migrado a Reino Unido, donde la entidad es más frecuente^{6,7}). En cuanto al patrón de herencia, esta se considera autosómica dominante de penetrancia variable^{8,9,10}.

Se ha estudiado la relación entre enfermedad de Dupuytren y diversos factores desencadenantes (ocupación laboral, alcohol, etc.), sin que hasta la fecha de hoy dicha relación esté claramente definida^{11,12,13}. Sí está descrita la asociación entre el consumo de fármacos antiepilépticos -fenobarbital y la fenitoína- y una mayor incidencia de la enfermedad de Dupuytren. Algunos autores postulan que el consumo de tabaco podría estar asociado a un curso clínico más agresivo¹⁴.

Respecto a la asociación con otras enfermedades, los pacientes diabéticos presentan afectación típica de los dedos radiales y una mayor incidencia de complicaciones postquirúrgicas². Algunos estudios describen una menor incidencia de la enfermedad de Dupuytren en pacientes con artritis reumatoide², mientras que en pacientes con infección por VIH la incidencia es mayor¹⁵.

Fisiopatología

La teoría más aceptada señala como causante de la enfermedad a los miofibroblastos^{16,17,18}. La proliferación de los fibroblastos da lugar a la formación de unos nódulos inicialmente. Posteriormente se forman unas cuerdas (cordas) de tejido conectivo denso y fibroso. En una segunda etapa de involución, estos fibroblastos se transforman en miofibroblastos cuya contracción provoca el acortamiento de las cordas y la consiguiente contractura articular¹⁹.

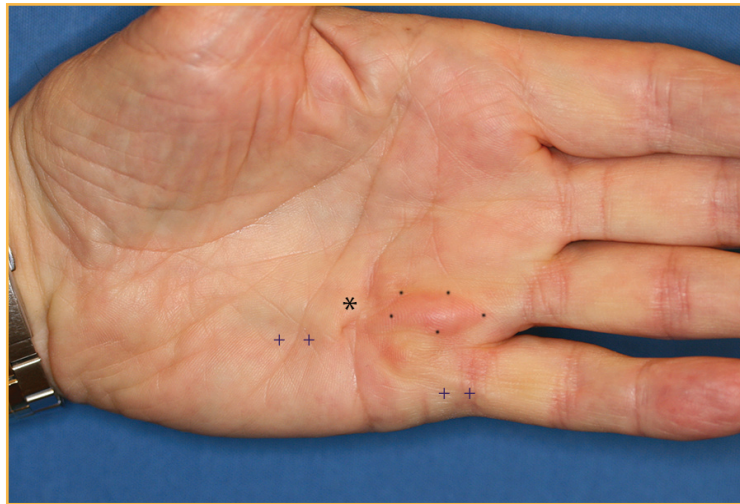


Figura 1. Aspecto de lesiones en estadios iniciales de la Enfermedad de Dupuytren.

- ++ Corda palmar.
- * Depresión.
- Rodeada con puntos. Área bullosa sobre-elevada originada por la retracción las cordas en fase inicial.

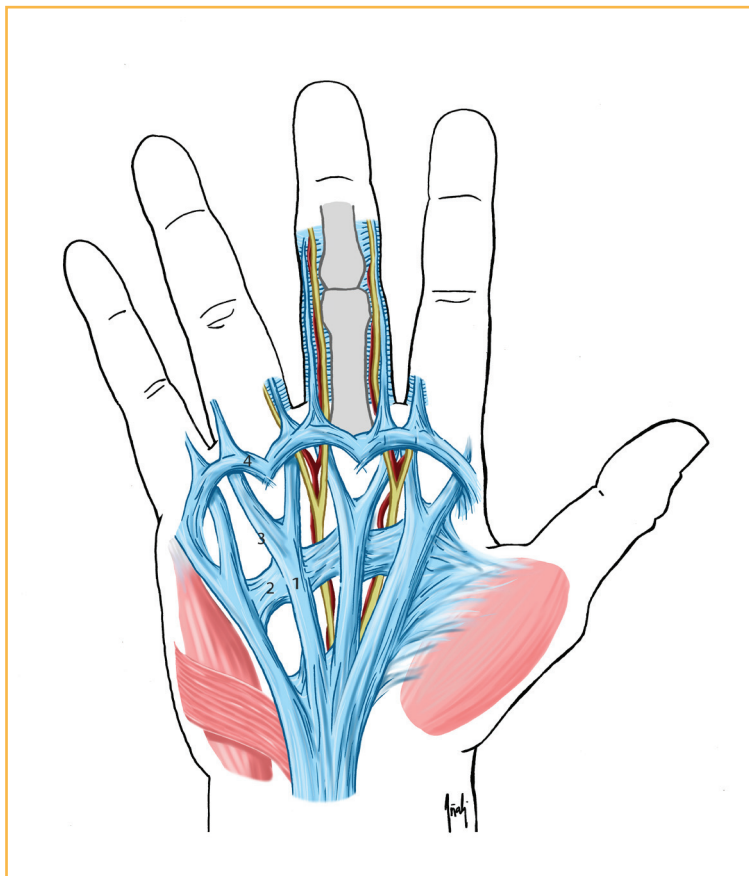


Figura 2. Esquema anatómico de la fascia palmar.

1. Fibras pretendinosas, de disposición longitudinal sobre los tendones flexores.
2. Fibras transversales proximales, recubriendo los paquetes neurovasculares.
3. Fibras septales, perpendiculares al plano de la piel, a ambos lados de los tendones flexores.
4. Ligamento natatorio.

Patogenia

Inicialmente debuta en forma de nódulos, ocasionalmente dolorosos, y depresiones en la piel de la palma de la mano, para posteriormente evolucionar a la formación de cuerdas que provocan la flexión de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales^{1,2,3} (Figura 3). El curso clínico de la enfermedad es variable, tanto en cuanto a número de dedos y/o articulaciones afectadas, como a la severidad de la contractura. Habitualmente, se ven afectados con más frecuencia los dedos cubitales (4.º y 5.º). Puede tratarse de una mínima contractura que afecta a un único dedo y que provoque una mínima deformidad o debutar precozmente, de forma agresiva, bilateral y con lesiones ectópicas como los nódulos subcutáneos en dorso de articulación interfalángica proximal (nódulos de Garrod).

El término diátesis viene a describir esta tendencia a un comportamiento agresivo, donde es habitual la existencia de antecedentes familiares y la tasa de recidiva es mucho mayor¹³.

Si bien desde un punto de vista funcional, la flexión activa no se ve afectada, la retracción de las cordas provoca una incapacidad para extender los dedos y la consiguiente limitación de la función de la mano: los pacientes refieren dificultades en sus actividades diarias (meter las manos en los bolsillos, lavarse la cara, estrechar la mano o dificultades la higiene de los dedos). En aquellos casos de larga evolución, las contracturas producen lesiones crónicas e irreversibles a nivel articular, lo que reduce considerablemente las posibilidades de recuperación completa^{2,3}.

En ocasiones, los pacientes presentan manifestaciones ectópicas, como la fibromatosis plantar (enfermedad de Ledderhose) y/o fibromatosis peneana (enfermedad de Peyronie).

Diagnóstico

El diagnóstico en la enfermedad de Dupuytren es principalmente clínico. La presencia de un nódulo o una masa en la región palmar, sin otros signos que orienten al diagnóstico de la enfermedad, pueden requerir de estudio mediante una prueba de imagen (ecografía) o si procede una biopsia^{2,3}.

La clasificación de Tubiana²⁰ (Tabla I) nos permite cuantificar el grado de lesión y así poder hacer un control evolutivo y definir la recomendación del tratamiento. En la práctica clínica, enseñamos al paciente el "table top test" (colocar la mano apoyada completamente sobre una superficie)²¹ o su versión reversa (con el dorso de la mano sobre la mesa, se estiran los dedos completamente y se intenta tocar la superficie de la mesa con el dorso de las uñas). La incapacidad para cualquiera de los dos denota una fase avanzada de la enfermedad y la posible indicación de tratamiento quirúrgico. En las contracturas severas y/o de larga evolución, la existencia de posibles lesiones irreversibles a nivel articular, reduce considerablemente las posibilidades de recuperación completa y aumenta la tasa de complicaciones²². De ahí, que la mayoría de los cirujanos recomienden el tratamiento, antes de llegar a grados de retracción severa^{3,22,23}.

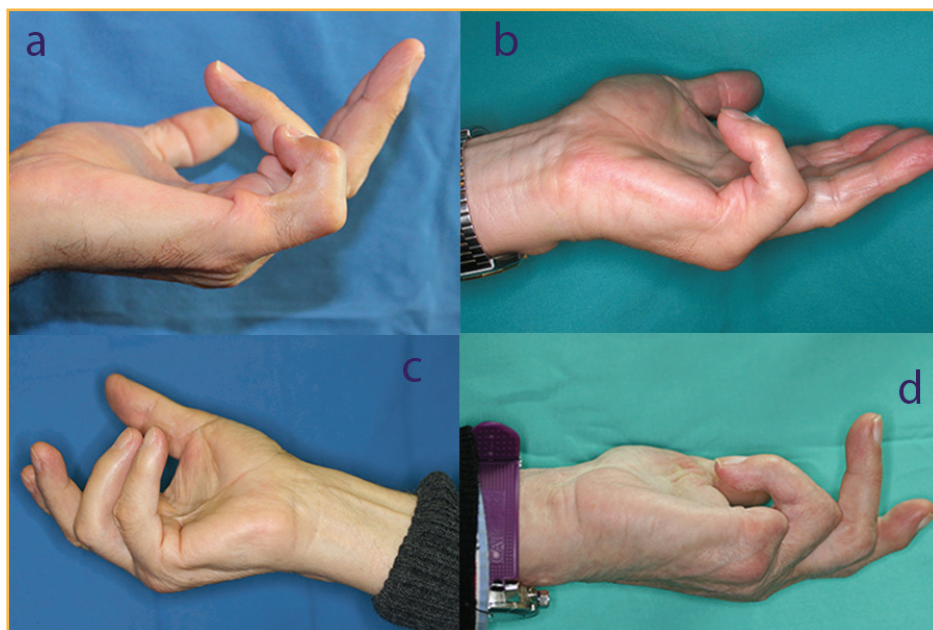


Figura 3. Ejemplos de contracturas digitales por Enfermedad de Dupuytren.

D. Este paciente acude para ser intervenido por la contractura de 3.º y 4.º dedos. La amputación del 5.º fue consecuencia de una intervención realizada anteriormente en otro centro, para tratamiento de la contractura de Dupuytren en ese dedo (el paciente refería contractura preoperatoria de IFP > 100º).

Tabla I

Clasificación clínica de Tubiana, basada en la suma de grado de contracción digital de las articulaciones afectadas

Estadio	Situación
0	No lesión
N	Lesión nodular sin contractura en flexión.
1	Flexión articular < 45°
2	Flexión articular > 45° y < 90°
3	Flexión articular > 90° y < 135°
4	Flexión articular > 135°

Tratamiento

En la actualidad, no existe un tratamiento médico que consiga frenar el avance de esta enfermedad, por lo que el tratamiento de la enfermedad de Dupuytren es quirúrgico, estando orientado a la corrección de la contractura y no a la curación de la enfermedad. Tras la cirugía, los mecanismos patogénicos seguirán actuando, con mayor o menor agresividad. Prueba de ello es que la tasa de recidiva tras un tratamiento quirúrgico correcto está estimada entre un 20 y un 80%³.

La indicación de la cirugía se establece cuando la contractura se vuelve invalidante, habitualmente no antes de los 20° de contractura de la interfalángica proximal o los 30° de la metacarpofalángica^{3,23}. Algunos autores recomiendan la intervención a partir 45° en el caso de la metacarpofalángica, mientras que en el caso de la interfalángica proximal, la indicación es más precoz dado su peor comportamiento en cuanto al grado de corrección tras la cirugía²².

El tratamiento debe ser individualizado, en función del tipo de paciente y del grado de deformidad, pudiendo optar por distintas opciones.

- Fasciectomía o extirpación de elementos de la fascia palmar y digital. La fasciectomía puede ser radical (resección de componentes patológicos de la fascia palmar junto con componentes sanos), no ha logrado prevenir las recidivas y presentaba una tasa elevada de complicaciones. De ahí que el proceso se modificase hacia resecciones menos radicales, limitadas al tejido enfermo -fasciectomía selectiva^{2, 24, 25} (Figuras 4 y 5), siendo este el procedimiento quirúrgico más habitualmente empleado en nuestra práctica habitual.
- Fasciotomía percutánea. Este método consiste en la ruptura percutánea de la cuerda mediante una aguja²⁶. La asociación de control ecográfico²⁷ ha aumentado la seguridad del proceso y el empleo

de esta técnica. Sin embargo, el riesgo de lesiones tendinosas y/o nerviosas, junto a una mayor tasa de recidivas^{2,26}, hace que no goce de mucha popularidad.

- La dermofasciectomía² consiste en la escisión de la cuerda y de la piel que la recubre, obligando al empleo de injertos o colgajos de piel para cubrir el defecto resultante. Esta técnica la reservamos para aquellas formas muy agresivas y en pacientes jóvenes, ya que se ha observado que la recidiva es menor bajo las áreas injertadas², por lo que se considera que los injertos podrían actuar como "cortafuegos" (Figura 6).
- Fasciotomía enzimática. En 1996 Badalamente y Hurst, describen la posibilidad de romper las cordas del Dupuytren mediante la inyección de una enzima (colagenasa) aislada del *Clostridium histolyticum*, disminuyendo así notablemente la agresividad de la cirugía^{2, 28-31}. Desde entonces, numerosos autores avalan su empleo por tratarse de una técnica mínimamente invasiva, eficaz, segura y que cursa con un postoperatorio relativamente indoloro³²⁻³⁶. El principal inconveniente viene dado por la tasa de recidiva, mayor que las técnicas más agresivas (fasciotomía selectiva). Nuestra experiencia con este tratamiento en más de 100 casos ha sido satisfactoria, con una buena resolución de las contracturas y una reincorporación a las actividades habituales mucho más rápida que en el caso de las técnicas quirúrgicas.

Otros procedimientos

Como consecuencia de contracturas severas o de larga evolución, pueden existir asociadas lesiones en las articulaciones. Como consecuencia, tras la resección de la brida, con el objetivo de lograr la extensión completa del dedo, suele ser necesario realizar algún gesto quirúrgico sobre la articulación (artrolysis, tenolysis, etc.) y obligar al uso de férulas tras la cirugía.

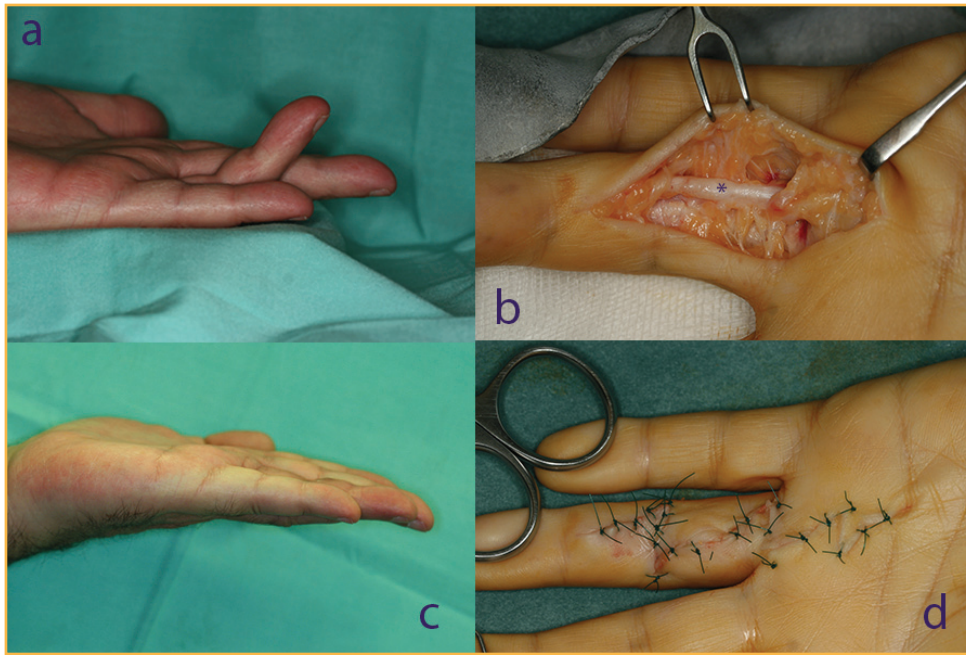


Figura 4. Enfermedad de Dupuytren en 4.º dedo.

A. Aspecto preoperatorio. Contractura de articulación interfalángica proximal de 45°.

B. Imagen intraoperatoria. Corda de Dupuytren.

C. Resultado con extensión completa.

D. Cierre de heridas con Z-plastias para evitar retracciones.

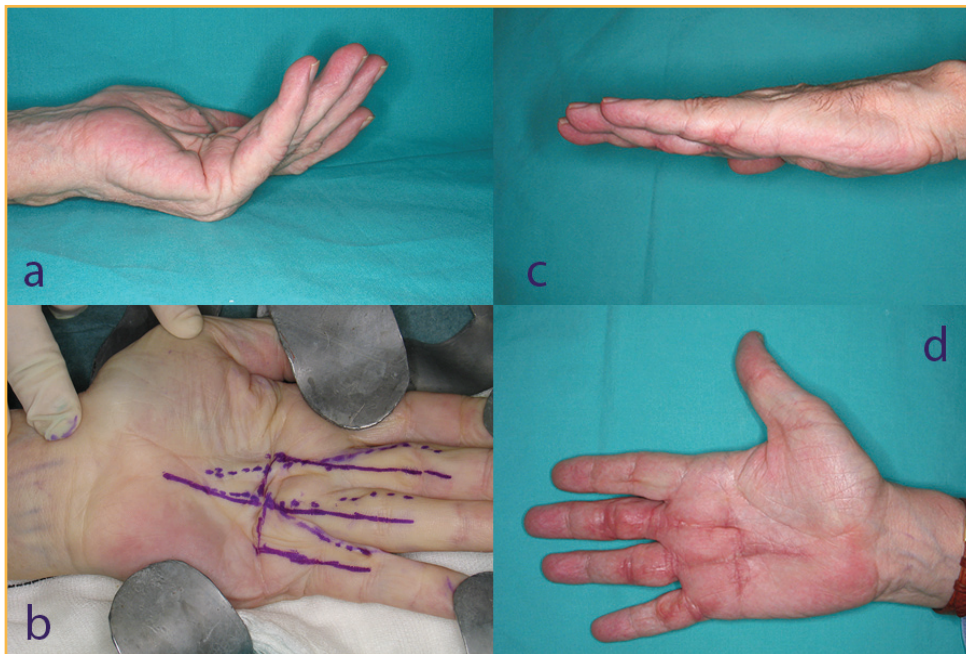


Figura 5. Proceso de la intervención.

A. Enfermedad de Dupuytren afectando a 3.º, 4.º y 5.º dedo.

B. Planificación pre-operatoria.

C. Resultado postoperatorio.



Figura 6. Enfermedad de Dupuytren en 4.º y 5.º dedo en paciente joven afectación cutánea y diátesis importante A y B. Aspecto preoperatorio.

C y D. Resultado tras dermofasciectomía (resección en bloque de corda y piel) y reconstrucción del defecto con injerto piel total con extensión completa en cara palmar de falanges proximal y media.

En ocasiones, en pacientes con contractura de las articulaciones interfalángicas proximales $> 45^\circ$, tratados mediante fasciectomía enzimática, es habitual la persistencia de una contractura residual (20°), que se solucionaba con una artroólisis a los 3-4 meses de la inyección de la colagenasa.

Por otro lado, los pedículos vasculares en caso de contracturas graves y de larga evolución, pueden presentar cierto acortamiento. La extensión del dedo conllevaría un estiramiento perjudicial de las arterias y provocar una isquemia y la consiguiente pérdida del dedo (Figura 3d). De ahí, la importancia de una consulta precoz al inicio de la enfermedad.

Conclusiones

La enfermedad de Dupuytren es una enfermedad benigna, de curso progresivo variable, en la que la formación de unas cuerdas fibrosas en la palma de la mano y dedos, provocan contracturas en flexión de los mismos. El tratamiento, basado en la extirpación de las cordas consigue la rehabilitación de las manos afectadas por esta enfermedad.

Agradecimientos

Al doctor Iñaki Gutiérrez por su elaboración de la figura 1.

Declaración de autoría.

Todos los autores del presente artículo de revisión, abajo firmantes, declaran haber contribuido por igual a la redacción, corrección y aprobación final

del mismo, tras la búsqueda bibliográfica de los artículos más recientes al respecto, de los que se ha extraído la información actualizada y consensuada sobre los diferentes apartados del artículo.

Financiación

Sin financiación.

Conflictos de intereses.

Los autores declaran no incurrir en conflicto de intereses.

Bibliografía

1. McFarlane R, McGrouther DA, Flint MH. Dupuytren's disease. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1990.
2. Tubiana R, LeClerc C, Hurst L, Badalamante M, Mackin E. Dupuytren's Disease. London: Martin Dunitz Ltd; 2000.
3. Wolfe S, Penderson W, Kozin S. Green's Operative Hand Surgery. London: Churchill Livingstone; 2010.
4. Leivobici SJ. Normal and Pathologic Anatomy of Dupuytren Disease. Hand Clin. 2018 Aug;34(3):315-329.
5. Zancolli EA. Retináculo cutáneo. Sus componentes. En: Zancolli EA. Anatomía quirúrgica de la mano. Argentina: Panamericano S.A.C.F; 2015. P. 1-21.
6. Sommer NZ, Brown RE. Contractura de Dupuytren. Ed McGrouther D.A. Green's. Cirugía de la mano. Marban; 2007.p. 159-185.

7. Mora JB, Pacheco LP, Bazan Mora JZ. Enfermedad de Dupuytren. Costa Rica: Acta médica costarricense; 2004. Vol 46 n.4. pag 1-9.
8. Ling RS. The genetic factor in Dupuytren's disease. *J Bone Joint Surg Br* 1963; 45:709-18.
9. Bayat A, Watson J, Stanley J, Ferguson M, Ollier W. [2003]. Genetic Susceptibility to Dupuytren Disease: Association of Zf9 Transcription Factor Gene. *Plast Reconstr Surg*. 2003; 111:2133-2139.
10. Ojwang JO, Adrianto I, Gray-McGuire C, Nath SK, Harley JB, Rayan GM. Genome-wide association scan of Dupuytren's disease. *J Hand Surg Am* 2010; 35:2039-45.
11. McFarlane RM. Dupuytren's disease: relation to work injury. *J Hand Surg Am* 1991; 16:775-9.
12. Noble J, Heathcote JG, Cohen H. Diabetes mellitus in the aetiology of Dupuytren's disease. *J Bone Joint Surg Br* 1984; 66:322-5.
13. Hindocha S, Stanley JK, Watson S, Bayat A. Dupuytren's diathesis revisited: evaluation of prognostic indicators for risk of disease recurrence. *J Hand Surg Am* 2006; 31:1626-34
14. Burge P, Hoy G, Regan P, Milne R. Smoking, alcohol and the risk of Dupuytren's contracture. *J Bone Joint Surg Br* 1997; 79:206-10.
15. Bower M, Nelson M, Gazzard BG. Dupuytren's contractures in patients infected with HIV. *BMJ* 1990; 300:164-5
16. Eaton C. Evidence-based Medicine: Dupuytren Contracture. *Plast Reconstr Surg* 2014; 133:1241-51.
17. Gabbiani G, Majno G. Dupuytren's contracture: fibroblast contraction? An ultrastructural study. *Am J Pathol* 1972; 66:131-46.
18. Zhang A, Kargel J. The basic science of Dupuytren's Disease. *Hand Clin* 2018; 34:301-5.
19. Luck JV. Dupuytren's contracture; a new concept of the pathogenesis correlated with surgical management. *J Bone Joint Surg Am*. 1959 Jun;41-A (4):635-64.
20. Tubiana R. Evaluation of Deformities in Dupuytren's disease. *Ann Chir Main* 1986; 1:5-11.
21. Hueston JT. The table top test. *Hand* 1982; 14:100-3
22. Stepić N., Končar J., Rajović M. The Influence of Dupuytren's Disease Fingers Contracture Degree on Surgical Treatment Outcome . *Vojnosanit Pregl*. 2017 Jan;74(1):19-23.
23. Smith AC. Diagnosis and indications for surgical treatment. *Hand Clin*. 1991;7(4):635-643.
24. Hueston J T. Limited fasciectomy for Dupuytren's contracture. *Plast Reconstr Surg Transplant Bull* 1961; 27:569-85.
25. Dias JJ, Aziz S. Fasciectomy for Dupuytren contracture. *Hand Clin* 2018; 34:351-366.
26. Elzinga K E, Morhart M J. Needle aponeurotomy for Dupuytren disease. *Hand Clin* 2018;34: 331-44.
27. Sakellariou VI, Brault J, Rizzo M. Ultrasound-assisted percutaneous needle fasciotomy for Dupuytren's contracture. *Orthopedics* 2015; 38:299-303.
28. Badalamente MA, Hurst LC. Development of collagenase treatment for Dupuytren disease. *Hand Clin* 2018; 34:345-349.
29. Starkweather KD, Lattuga S, Hurst LC, Badalamente MA, Guilak F, Sampson SP, Dowd A, Wisch D. Collagenase in the treatment of Dupuytren's disease: an in vitro study. *J Hand Surg Am*. 1996;21:490-5
30. Badalamente MA, Hurst LC. Enzyme injection as nonsurgical treatment of Dupuytren's disease. *J Hand Surg Am*. 2000;25:629-36.
31. Hurst LC, Badalamente MA. Nonoperative treatment of Dupuytren's disease. *Hand Clin*. 1999; 15:97-107.
32. Leafblad ND, Wagner E, Wanderman NR, Anderson GR, Visscher SL, Maradit Kremers H, Larson DR, Rizzo M. J Outcomes and Direct Costs of Needle Aponeurotomy, Collagenase Injection, and Fasciectomy in the Treatment of Dupuytren Contracture. *Hand Surg Am*. 2019; 44:919-927.
33. Soreide E, Murad MH, Denbeigh JM, Lewallen EA, Dudakovic A, Nordsletten L, van Wijnen AJ, Kakar S Treatment of Dupuytren's contracture: a systematic review..*Bone Joint J*. 2018;100-B[9]:1138-1145.
34. Mella JR, Guo L, Hung V. Dupuytren's Contracture: An Evidence Based Review. *Ann Plast Surg*. 2018 Dec;81(6S Suppl 1): S97-S101.
35. Werlinrud JC, Hansen KL, Larsen S, Lauritsen J. Five-year results after collagenase treatment of Dupuytren disease. *J Hand Surg Eur Vol*. 2018 Oct;43(8):841-847. Epub 2018 Aug
36. Carr L, Michelotti B, Brgoch M, Hauck R, Ingraham J. Dupuytren Disease Management Trends: A Survey of Hand Surgeons. *Hand (N Y)*. 2020 Jan;15(1):97-102.

ARTÍCULO ESPECIAL



Gac Med Bilbao. 2021;118(4):285-287

Cannabis medicinal en el tratamiento del dolor crónico

De-Santiago-Moraga Jesús^{a,b}, Pérez Carola^{c,d}, Grandes-Moreno Pedro^{e,f}

(a) Hospital Quironsalud Tenerife. Departamento de Anestesiología y Unidad del Dolor. Tenerife, España

(b) Sociedad Española del Dolor. Coordinador del grupo de interés en cannabinoides. Madrid, España

(c) Observatorio Español de Cannabis Medicinal. Presidenta. Madrid, España

(d) Asociación Dosemociones. Presidenta. Madrid, España

(e) Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU). Facultad de Medicina y Enfermería. Catedrático de Anatomía y Embriología Humana. Leioa, España

(f) Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides. Presidente. Madrid, España

Recibido el 5 de noviembre de 2021; aceptado el 24 de noviembre de 2021

PALABRAS CLAVE

Cannabis.
Dolor crónico.
Cannabis medicinal.
Cannabinoides.
España.

Resumen:

A mediados de octubre de 2021 se celebró en el Palacio Euskalduna de Bilbao el XVII Congreso de la Sociedad Española del Dolor. Por primera vez, se celebró una sesión presencial en la cual se trató el tema del cannabis medicinal para el tratamiento del dolor. En primer lugar, tuvo lugar una exposición sobre el funcionamiento del sistema cannabinoide en general, y más específicamente, durante el dolor crónico, llevada a cabo por el Dr. Pedro Grandes, catedrático de Anatomía y Embriología Humana por la UPV/EHU y presidente de la Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides (SEIC).

A continuación, se expuso el funcionamiento del modelo israelí para el tratamiento del dolor crónico con cannabis medicinal a cargo del Dr. Jesús de Santiago, coordinador del grupo de interés en cannabinoides de la Sociedad Española del Dolor y, finalmente, su comparación con la situación actual en España a cargo de D.^a Carola Pérez, presidenta del Observatorio Español de Cannabis Medicinal y de la Asociación dosemociones.

© 2021 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Medicinal cannabis in the treatment of pain chronic

Abstract:

In mid-October 2021, the XVII Congress of the Spanish Pain Society was held at the Euskalduna Palace in Bilbao. For the first time, a face-to-face session was held in which the subject of medical cannabis for pain treatment was discussed. In the first place, there was an exhibition on the functioning of the cannabinoid system in general, and more specifically, during chronic pain, carried out by Dr. Pedro Grandes, professor of Human Anatomy and Embryology at the UPV / EHU and president of the Spanish Society for Research on Cannabinoids (SEIC).

Next, the operation of the Israeli model for the treatment of chronic pain with medicinal cannabis was presented by Dr. Jesús de Santiago, coordinator of the cannabinoid interest group of the Spanish Pain Society and, finally, its comparison with the situation current in Spain by D^a Carola Pérez, president of the Spanish Observatory of Medicinal Cannabis and the Dismociones Association.

© 2021 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

KEYWORDS

Cannabis.
Chronic pain.
Medicinal cannabis.
Cannabinoids.
Spain.

Introducción

El sistema endocannabinoide es un sistema ubicuo en nuestro cuerpo que está constituido por unos cannabinoides producidos por el propio organismo, los cuales actúan sobre unas moléculas diana denominadas receptores que intervienen en multitud de funciones, como la regulación del dolor, aprendizaje y memoria, apetito, regulación de la temperatura corporal y de la presión arterial, protección cerebral, movimiento corporal, regulación del sistema inmunitario y un largo etcétera. Asimismo, estos receptores son los responsables de los efectos causados por el cannabis, tanto los relativos al uso recreativo como medicinal, de diferente naturaleza, entre ellos la modulación del dolor.

En estos receptores del sistema endocannabinoide es donde actúan los fármacos aprobados y comercializados en España, que contienen o bien solos o combinados los dos principales cannabinoides que se encuentran en la planta del cannabis: THC y cannabidiol. Estos fármacos están indicados en el tratamiento de las náuseas y vómitos causados por la quimioterapia, la espasticidad muscular intratable de la esclerosis múltiple o en las convulsiones epilépticas infantiles refractarias y para el tratamiento del dolor oncológico y el dolor crónico neuropático, como el que aparece en la esclerosis múltiple o tras lesiones medulares.

Por otra parte, los efectos adversos o indeseados del uso de cannabinoides son numerosos. Como cabe esperar, la mayoría de ellos están relacionados con la afectación del sistema nervioso central, pues además de la euforia y los efectos propios del cannabis, causan sedación, alteración del habla, sensación de mareo, trastornos musculares y del movimiento, somnolencia, déficits de memoria y de la atención, incluso trastornos psiquiátricos.

En consecuencia, actualmente los cannabinoides no son de primera elección, pues se recurre clínicamente a ellos como tratamiento adyuvante junto a otras medicaciones, o cuando otros fármacos que figuran en las

guías en 1.^a y 2.^a línea no son eficaces y siempre bajo un estricto seguimiento del paciente.

La experiencia israelita

Israel es uno de los pioneros y líderes mundiales en el estudio y aplicación del cannabis para tratamiento médico: han pasado 31 años desde que se empezó a utilizar oficialmente el cannabis medicinal para el tratamiento del dolor. Desde 1990 hasta la actualidad han ido adaptando su legislación a las demandas cada vez más crecientes de la población.

Actualmente, es el país que más cannabis importa del mundo y es uno de los países con relación consumo de cannabis medicinal/población más alta. El consumo mensual es de 3,3 Ton/mes. Cuenta con más de 91.000 licencias de consumo de cannabis medicinal aprobadas, con un incremento de 3.000 licencias nuevas al mes. Las indicaciones más frecuentes son, sobre todo, el tratamiento del dolor crónico neuropático y en el paciente oncológico (para el tratamiento de los síntomas activos secundarios al cáncer y el alivio de los efectos producidos por la quimioterapia).

La mayoría de los especialistas en tratamiento del dolor tratan habitualmente a sus pacientes con cannabis medicinal. Para ello, deben demostrar que han agotado otras opciones que figuran con más evidencia en los algoritmos de tratamiento en 1.^a y 2.^a línea y que el paciente no presenta ninguna contraindicación para el tratamiento (historial de abuso de tóxicos, trastornos psiquiátricos...).

En ese momento, el paciente obtiene una licencia para adquirir en las farmacias el tipo, concentración y dosis de cannabis medicinal que le prescriba el médico del dolor durante un mes y para realizar una prueba de tratamiento consistente en iniciar el tratamiento a dosis bajas para ir subiéndolas según un protocolo determinado. Al cabo del mes, se evalúan la eficacia y los efectos adversos. En caso de ineficacia a los tres meses o de efectos adversos intolerables, se suspende el tratamiento de forma pautada.

Situación en España

En primer lugar, es preciso indicar que el uso de cannabis con fines medicinales no está regulado en España, por tanto, su prescripción es todavía ilegal. En este sentido, España y Bélgica son los únicos países de nuestro entorno que no han iniciado ningún proceso regulatorio sobre el uso de estos productos. Sin embargo, se están dando pasos importantes en este sentido a nivel social al haber una amplia conciencia a favor de su uso terapéutico (más del 90% de la ciudadanía está a favor según una encuesta del CIS).

Actualmente estamos en un momento crucial en la historia del cannabis medicinal en España, ya que tuvo lugar a mediados de octubre de 2021, la primera reunión de la subcomisión aprobada por el Congreso de los Diputados, que analizará las experiencias europeas en la regulación del cannabis medicinal. Esta subcomisión tendrá por objetivo la elaboración y aprobación de un informe para su remisión al Gobierno, tras seis meses de trabajo.

Hoy en día en España el 100% de los pacientes que toman cannabis medicinal lo realizan al margen del sistema sanitario. Se estima que puede haber alrededor de 300.000 pacientes en toda España que utilizan cannabis medicinal para fines medicinales. En España, al no estar regulada la utilización del cannabis medicinal, esta situación genera problemas que afectan seriamente a estos pacientes. Los pacientes deben llevar en todo momento sus informes médicos y recetas para no ser considerados

delincuentes. Estos pacientes se encuentran en una situación “ilegal”, es por tanto necesaria una regulación sobre cannabis medicinal, que permita a estos pacientes acceder a su tratamiento de forma normalizada.

Conclusión

El sistema endocannabinoide es un sistema ubicuo en el organismo responsable de numerosas funciones, entre ellas, la de la modulación del dolor. Desde hace años, en otros países se utiliza el cannabis medicinal en el tratamiento del dolor crónico. A día de hoy, solo se utiliza en los pacientes con dolor resistente a otras opciones que figuran con más evidencia en los algoritmos de tratamiento en 1.ª y 2.ª línea. En España el cannabis medicinal aún carece de regulación. Sin embargo, en octubre de 2021 se reunió la subcomisión del Gobierno encargada de estudiar la viabilidad de esta posibilidad.

Bibliografía

1. The Green Book: official medical cannabis guide of the Israeli Ministry of Health: <https://www.xn--4dbcyzi5a.com/medical-cannabis-official-israeli-clinical-guide/>
2. De Santiago Moraga J, Herrero Trujillano M. El cannabis medicinal en Israel: 30 años de experiencia. *Dolor. Investigación Clínica & Terapéutica* 2020;35(1): 14-17.

ARTÍCULO ESPECIAL

Gac Med Bilbao. 2021;118(4):288-290



Dolor con amor se apaga

Mina maitasunez itzali egiten da

Pain with love goes off

El presente texto se ha extraído de la presentación 'Dolor con amor se paga' que el presidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao (ACMB), Ricardo

Franco Vicario, protagonizó en el Palacio Euskalduna de Bilbao el 14 de octubre con motivo del XVII Congreso de la Sociedad Española del Dolor (Figura 1).

XVII
Congreso de la
Sociedad
Española
del Dolor



BILBAO
2021
13-16
octubre



Seguimos en
@SociedadDolor
#SociedadDolor

SED*
"Ven a aprender lo que no está escrito"

SED*
Sociedad Española del Dolor

DOLOR CON AMOR SE APAGA

Conferencia inaugural del XVII Congreso Nacional del Dolor
Palacio Euskalduna (Bilbao)
Jueves 14-10-2021

Prof. Dr. Ricardo Franco Vicario

Jefe Clínico del Servicio de Medicina Interna del H.U. Basurto (Bilbao).
Presidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Figura 1. Imagen de la presentación de Ricardo Franco Vicario.

Arratzalde on guztioi entzule agurgarriak. Buenas tardes a todos.

La invitación de mi querida prima "*honoris causa*", presidenta del evento, Dra. María Luisa Franco, a participar en este Congreso de la Sociedad Española del Dolor como "*telonero*" -y digo telonero porque los auténticos artistas y conocedores de la ciencia y técnica analgésica son ustedes-, me ha requerido un esfuerzo que ha merecido la pena. Porque, aunque la aceptación a participar puede tener un "*tufillo masoquista*", al haberme obligado a sacrificar parte de mis vacaciones, realmente me ha supuesto "*un redoble de conciencia*" para intentar comprender la filosofía y la biología del dolor.

Y digo filosofía porque, como señala Pnin, el personaje de la novela de Nabokov: '*La historia de la humanidad es la historia del dolor*'.

El filósofo Paul-Michel Foucault, padre de la denominada Biopolítica, postulaba que la Medicina Moderna había comenzado cuando los médicos dejaron de preguntar a sus pacientes "*¿Que le sucede?*" y pasaron directamente a preguntar "*¿Dónde le duele?*", con lo que se centraban exclusivamente en la causa biológica.

Yo, como internista, adoctrinado en la Medicina Psicosomática francesa de la escuela de Pierre Marty, no puedo estar totalmente conforme con esta aseveración del autor de '*La historia de la locura en la época clásica*', si bien comulgo con Susan Sontag, cuyo libro '*La enfermedad y sus metáforas*' recomiendo, pues nos muestra que la mayoría de las enfermedades se entendieron históricamente de un modo metafórico, hasta que se descubrió su causa.

Sin duda, soy más afín a Laín Entralgo cuando analizando la doctrina de Weizsäcker, afirma que el dolor es el hilo de Ariadna, el más decisivo, acaso, respecto a la verdad de nuestra vida.

Así las cosas, mi frase preferida, cuando atiendo a un paciente, es decirle: "*Dígame usted lo que siente...y le diré lo que tiene*".

Otra cosa es que, a la hora de aportar remedios, estos no sean tan eficaces como todos deseáramos.

Henry Bigelow, el 16 de octubre de 1846 (es decir, hace 175 años), demostró por primera vez que el éter anestesiaba a los pacientes y podían ser intervenidos quirúrgicamente sin dolor; "*Hemos conquistado el dolor*", fue el titular del periódico londinense '*The People's Journal*'.

En ese momento, el sufrimiento fue arrancado del reino de los dioses, el dolor dejó de ser *poena* (en latín, dolor-castigo), pasión u ordalía para convertirse en una función biológica que podía ser controlada por los hombres, cuyo miedo al dolor siempre fue mayor que el miedo a la muerte.

Fue una gran conquista dentro del amplio abanico de los derechos del individuo: el derecho a la felicidad. Porque la tendencia natural del ser humano es buscar el placer y evitar el dolor. Y en esas estamos.

Tengo que agradecer, antes de continuar con mi plática, a Melanie Thernstrom, autora de ese ensayo tan original y profundamente humano, titulado '*Las crónicas del dolor*', por ayudarme a tener una visión holística del problema que nos ocupa.

A nuestros alumnos, en la Facultad, les enseñamos que

existen dos tipos de dolores:

- A. Dolor agudo nociceptivo, que lo calificamos de protector y lo definimos como un sistema de conexiones bien cableado, que advierte al cuerpo de una lesión tisular o de una enfermedad, para el cual tenemos remedios analgésicos y, habitualmente, desaparece una vez curada la causa que lo provocó (una fractura, una infección, una intervención quirúrgica...).
- B. Dolor crónico, que es aquel que persiste en el tiempo, incluso cuando ya no es evidente la lesión subyacente. Aquel que la naturaleza no puede aliviar, que continúa y comienza a adquirir vida propia, que secuestra de su mundo a quien lo sufre, al que llamamos neuropático, que no cumple ninguna función protectora, pues su intensidad no guarda relación con la cantidad de tejido dañado y, de hecho, puede surgir sin que exista ninguna lesión aparente.

Ese dolor, muchas veces refractario a cuantas medidas analgésicas, farmacológicas o intervencionistas apliquemos, que conduce al suicidio o a la solicitud por parte del paciente de la aplicación de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE), que es legal en nuestro país desde el 25 de junio de 2021.

Ese dolor que afecta a más de 70 millones de estadounidenses y cuesta a la economía yanqui más de 100.000 millones de dólares al año.

Ese dolor crónico que, cada día que pasa, pone en marcha, a través de complejos y misteriosos mecanismos psico-neuro-endocrino-inmunológicos, la denominada plasticidad neuronal que, para que nos entiendan los profanos, es una especie de reconfiguración de nuestro Sistema Nervioso Central y autónomo, causando cambios patológicos en el cerebro, en la médula espinal y en los receptores periféricos, como sintéticamente les muestro en la imagen y que me lleva a afirmar que "*dolor con dolor se paga*".

En la actualidad, el estudio del dolor es uno de los campos más prometedores de la investigación médica. Existen nuevas herramientas como las técnicas avanzadas de obtención de imágenes (resonancia magnética funcional), que han permitido visualizar, por primera vez, el cerebro experimentando dolor; y las técnicas de análisis genético, que identifican qué genes se activan en presencia del dolor.

Sin embargo, la terapia del dolor se encuentra bastante distante con respecto a las investigaciones del laboratorio y de la farmacopea.

Recientemente, un grupo de investigadores del University College de Londres ha logrado replicar en ratones la mutación que permite a algunos humanos no sentir dolor y aseguran saber imitarla con un fármaco. Parece ser que el Nav 1.7 puede ser el elemento clave en el dolor humano.

A más a más, como dicen los catalanes, el Premio Nobel de Medicina de este año ha recaído en David Julius y en Ardem Patapoutian, descubridores de los sensores y mecanismos mediante los cuales el sistema nervioso cap-

ta y transmite el dolor, el frío y el calor, o activa el sentido del tacto.

¡Ojalá! lleguen pronto a buen puerto estos prometedoros descubrimientos.

Y voy recogiendo velas, para que ustedes, que son los que saben de dolor y sufrimiento, puedan continuar sus ponencias y debates, no sin antes romper una lanza de reconocimiento por uno de los pioneros en este campo, fundador de la Sociedad Española del Dolor y precursor de las Unidades del Dolor en España.

Me refiero al Dr. José Luis Madrid Arias, que aprendió muchas cosas de la mano de John Bonica en el estado de Washington. A su vuelta, en 1966, una eminencia de la anestesiología de nuestro país le espetó que *"una unidad del dolor en España no tenía porvenir"*.

Y menos mal que el que tiene boca se equivoca, porque en contra de todo pronóstico, y gracias al esfuerzo de todos ustedes, de las sociedades científicas y del clamor de cerca de cinco millones y medio de españoles (más del 25% de los adultos mayores de quince años), afectos de dolor crónico, en la actualidad están censadas en el ámbito público y privado, más de 183 unidades de esta subespecialidad de la anestesiología en nuestro país.

Su objetivo es alcanzar el modelo ideal, que viene definido como una unidad multidisciplinar para el estudio y tratamiento del dolor de tipo III, cuya dotación y características serían las siguientes:

1. Contar con un director, persona experta en el manejo de pacientes con dolor y con experiencia en investigación analgésica.
2. Disponer de un espacio físico propio y adecuado para realizar sus actividades ambulatorias o en hospitalización.
3. Estar en condiciones de tratar al paciente con dolor crónico de cualquier etiología, ofreciendo posibilidades diagnósticas y terapéuticas que abarquen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, incluyendo tratamientos invasivos

de elevada complejidad y abordando aspectos médicos, psicológicos, sociales, y laborales.

4. Atender un mínimo de 600 primeras visitas/año (para regiones sanitarias insulares o con población dispersa, basta considerar un mínimo de 400).
5. Disponer, al menos, de dos especialistas médicos, uno de ellos de anestesiología o neurocirugía, de enfermeras, de personal auxiliar y la colaboración de psicólogos, fisioterapeutas y trabajadores sociales.
6. Realizar sesiones clínicas periódicas.
7. Elaborar, una historia clínica electrónica del dolor que permita valorar la eficacia/eficiencia de los tratamientos.
8. Disponer de protocolos propios y valorar su eficacia periódicamente.

Ingente tarea tienen ustedes por delante.

Y sin más, me despido, dándoles las gracias por su atención, mila esker.

Les deseo una grata estancia en la capital del mundo: Bilbao, y que se animen a volver de nuevo, como turistas, para disfrutar de su cultura, gastronomía y la proverbial simpatía de sus gentes.

Quisiera que se grabasen en sus circuitos mnésicos algunos mensajes:

1. *"Quien sabe de dolor, todo lo sabe"* (Dante Alighieri, siglo XIII, autor de 'La Divina Comedia').
2. *"Luz y progreso en todas partes...pero la duda en el corazón, lagrimas cuya razón no se sabe, dolores que no se sabe qué son"*. (Rosalía de Castro, 1837-1885).
3. *"Incluso podríamos decir que el más ferviente deseo de todos los pacientes, en tiempos pretéritos o modernos, es que se les libere no solo del dolor sino también de tener que convivir con sus misterios"*. (David B. Morris. 'La cultura del dolor').

CARTA AL DIRECTOR



Gac Med Bilbao. 2021;118(4):291-292

48 Semana de Humanidades

48 Giza Zientzien Astea

48 Humanities Week

Al Sr. Director:

El martes, 23 de marzo de 2021, la diputada foral de Empleo, Inclusión Social e Igualdad de Bizkaia, Teresa Laespada, ha inaugurado la cuadragésimo octava

Semana de Humanidades de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao (ACMB). Le acompañó en la inauguración el presidente de esta entidad, Ricardo Franco Vicario (Figura 1).



Figura 1. Teresa Laespada y Ricardo Franco Vicario durante la inauguración de la cuadragésimo octava Semana de Humanidades de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

El eje del programa de la Semana de Humanidades ha sido, en esta ocasión, la labor del personal sociosanitario frente a la pandemia. Las conferencias, se han desarrollado durante los días 23, 24 y 25 de marzo de 2021. De manera paralela, las conferencias se han acompañado por la XLVIII Exposición antológica de académicos pintores y por la XLII Semana Fotográfica, que se ha podido visitar de manera virtual en la web www.acmbilbao.org.

La XLVIII Semana de Humanidades está organizada por la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao (ACMB), con el patrocinio de la Diputación Foral de Bizkaia y el Igualatorio Médico Quirúrgico (IMQ), así como con la colaboración del departamento de Salud del Gobierno Vasco, el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, la Facultad de Medicina y Enfermería y la Facultad de Farmacia de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU), la Universidad de Deusto y Mutua.

Conferencias

La primera de las conferencias se ha celebrado el martes, 23 de marzo, y fue protagonizada por Fernando Fantova, exviceconsejero de Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, quien abordó la ponencia '*¿Vamos hacia una atención más integrada para un mayor bienestar?*'.

Después, Fabiola Moreno, trabajadora social y escritora, ha hablado sobre '*COVID-19 y humanización*'. Por último, Emma Sobremonte, profesora del departamento de Trabajo Social y Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Deusto, ha pronunciado la conferencia '*El futuro postCOVID-19: aprendiendo del presente*'.

Previamente al inicio de la conferencia, se ha llevado a cabo la inauguración oficial de la Semana por parte de la diputada foral de Empleo, Inclusión Social e Igualdad de Bizkaia, Teresa Laespada -quien ha moderado las ponencias posteriores-, junto con Ricardo Franco Vicario, presidente de la ACMB.

El miércoles, 24 de marzo, se han expuesto cuatro ponencias. Por un lado, Margarita Sáenz, psiquiatra del Hospital Universitario Cruces y profesora asociada de la UPV/EHU, ha hablado sobre "Género y salud mental en la pandemia". A continuación, Naiara Fernández, directora Asistencial de IMQ Igorco, e Iñaki Artaza, director de Innovación, Sistemas de Gestión y Evaluación del Departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral de Álava y exdirector asistencial de IMQ Igorco, han expuesto la ponencia '*Humanizando la atención a las personas mayores en tiempos de pandemia*'.

El jefe de servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Basurto, Joseba Ibarmia, ha presentado la ponencia titulada '*Los hijos del desastre*'. Por último, Aina Arana, enfermera supervisora de la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital Universitario Galdakao-Usansolo, ha intervenido con '*Vidas en la UCI*'. La moderadora de esta segunda jornada de la Semana de Humanidades ha sido la Dra. Magdalena Múgica, médi-

ca especialista en Medicina Familiar y Comunitaria de IMQ.

La Semana de Humanidades ha concluido, el jueves, 25 de marzo, con otras tres ponencias. La primera en hablar en esta jornada ha sido Lourdes Zurbanobeaskoetxea, presidenta del Comité de Ética de Intervención Social de Bizkaia y jefa del Servicio de Valoración y Orientación y Coordinadora Sociosanitaria de la Diputación Foral de Bizkaia, quien ha presentado los '*Dilemas éticos de la pandemia*'.

Tras ella, Isabel Alonso Durana, enfermera especialista en Salud Mental de la Red de Salud Mental de Araba (Osakidetza) y jefa de estudios de la Unidad Docente de Enfermería de Salud Mental de Osakidetza, ha hablado sobre '*Investigación en cuidados: impacto de la pandemia en los profesionales de la salud*'. Por último, José A. Martín Zurimendi, secretario del Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi y jefe de servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Galdakao-Usansolo, ha expuesto en su alocución la ponencia titulada '*Programa de apoyo emocional para pacientes y profesionales de Osakidetza*'. Esta última jornada ha tenido como moderador a Javier Ogando, presidente de sección de Salud Mental y Toxicomanías de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Exposiciones

La Semana de Humanidades de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao ha programado dos exposiciones, que este año, al igual que el anterior, han sido accesibles a través de Internet. La primera es de pintura, donde han colaborado catorce académicos pintores como José Antonio Aróstegi, Ascensión Berganza, Maite Bolumburu, Maite Briones, Begoña Escuza, Zulema Fernández, Emilio Franco, Elena Fuertes, Mertxe Gabiña, Javier Ochoa, Jesús María Orbe, Juan Sainz, Garazi Unzueta y Emilia Vicario. La segunda exposición está centrada en la fotografía de temas diversos, captados por profesionales sanitarios como Miguel Gutiérrez, Asuntzi Martínez o Jesús Rodríguez, así como una serie de fotografías realizada por Mutua.

Créditos

Gracias a los convenios existentes entre la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao y la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, el seguimiento de las sesiones de la Semana de Humanidades por parte de los alumnos de la Facultad de Medicina y Enfermería y de la Facultad de Farmacia de la UPV/EHU han sido ser reconocidos con créditos de optatividad. Ha sido requisito para la acreditación, la asistencia a todas las sesiones de la actividad.

Dr. Julen Ocharan Corcuera
Jefe de redacción de la Gaceta Médica de Bilbao
18 de junio de 2021

CARTA AL DIRECTOR



Gac Med Bilbao. 2021;118(4):293-295

La necesidad de una ley estatal de cuidados paliativos

Zainketa aringarrien estatuko lege baten beharra

The need for a state hospice law

El Estado ha legislado para unos pocos que quieren ejercer su libertad para elegir cuándo morir y nos ha otorgado una Ley de Eutanasia. Se ha olvidado de legislar para una gran mayoría a la que le preocupa cómo morir sin sufrir. Esa mayoría desea tener el derecho de ser cuidada evitando el sufrimiento, no el derecho de adelantar su muerte para dejar de sufrir.

La pandemia ha vuelto a valorar la importancia de los cuidados paliativos dentro del sistema sanitario. Unos cuidados que dignifican la vida de la persona enferma. Unos cuidados que no tienen como objetivo la muerte, sino que cuidan la vida mientras esta llega a su tiempo, evitando el sufrimiento. Cuidados que no pretender alargar la vida innecesariamente, sino ensanchar la vida que le quede.

Por todo ello, seguimos reclamando una Ley estatal de Cuidados Paliativos que ordene los recursos y ofrezca garantías para que en España nadie padezca un sufrimiento evitable al final de su vida. Que se contemplen los cuidados paliativos como un derecho a recibir una buena atención, y no solo durante los días o semanas previas al fallecimiento, sino también desde que se detecta la incurabilidad del proceso, para acompañar a la persona enferma desde su inicio.

España está por debajo de la media europea en cuidados paliativos. 'El Atlas de Cuidados Paliativos Europa 2019' muestra unos datos referentes a la situación de los Cuidados Paliativos en España con los que nos da un toque para que nos pongamos las pilas: nos hemos estancado en los servicios de cuidados paliativos y estamos en la cola de Europa. Tenemos uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, al menos de eso presumimos, pero estamos a la cola de Europa en la atención médica al final de la vida. Esto nos tiene que hacer reflexionar.

Los cuidados paliativos representan una sólida respuesta sanitaria al sufrimiento relacionado con el final

de la vida de las personas. Demostrada su eficacia y su eficiencia, creemos que se han convertido en un derecho de todos los ciudadanos españoles y en una prestación sanitaria básica.

Durante muchos años estos cuidados han dependido fundamentalmente de la buena voluntad, de la vocación y del interés de unos cuantos profesionales, pero, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la voluntad política es un elemento decisivo para garantizar la adecuada atención a las personas al final de la vida. Esperemos que nuestros parlamentarios se pongan de acuerdo y asuman la voluntad política para elaborar una Ley Estatal de Cuidados Paliativos con la misma voluntad y celeridad que han aprobado la Ley de Eutanasia.

¿Se pondrán de acuerdo de una vez para elaborar una Ley que garantice una atención al final de la vida de calidad y universal? De las 228.000 personas que fallecen anualmente en nuestro país con necesidad de cuidados paliativos, alrededor de 80.000 lo hacen sin acceder a ellos. ¿De quién es la responsabilidad? ¿De los profesionales? ¿De la sociedad? ¿De los políticos? Quienes, estoy seguro, no tienen responsabilidad alguna son los enfermos.

La Organización Médica Colegial de España (OMC) nos recuerda algunas consideraciones necesarias para un desarrollo adecuado de los Cuidados Paliativos en nuestro país:

El desarrollo de los cuidados paliativos representa una garantía para la correcta atención al final de la vida de las personas. Durante más de 50 años de historia de esta disciplina, los cuidados paliativos han demostrado que son la alternativa más eficaz en el tratamiento de los pacientes en fase terminal y de sus familiares. Pero esto exige que este desarrollo sea homogéneo y universal para que no sea el privilegio de unos pocos sino el derecho de todos aquellos que los necesiten.

Es necesario habilitar un sistema específico de selección, capacitación, acreditación y reconocimiento para los médicos y para el resto de los profesionales sanitarios que trabajen en los equipos de cuidados paliativos. Cuando no existe un sistema de selección de personal específico, como es nuestro caso, se está dificultando el desarrollo de los cuidados paliativos en España. Hay que tener en cuenta que la creación de equipos específicos requerirá de un número elevado de profesionales debidamente preparados.

Las administraciones educativas y sanitarias han de garantizar la formación de grado en cuidados paliativos en todas las facultades de Medicina, así como en las de otras profesiones sanitarias. Después de más de 50 años, la medicina paliativa ha adquirido un rango asistencial y científico suficiente como para ser impartida en todas las facultades de medicina por profesores que puedan acreditar una formación y experiencia clínica suficientes.

Las directivas del Espacio Universitario Europeo prevén que los cuidados paliativos sea una asignatura obligatoria. El citado '*Atlas de Cuidados Paliativos de Europa 2019*' evidencia que, en cuanto a la formación en cuidados paliativos de los profesionales, el 50% de las facultades españolas de Medicina y casi el 60% de las de Enfermería ha incorporado esta enseñanza de manera obligatoria. Esta realidad nos señala que en nuestro país estamos ante una necesidad de formación que aún queda por cubrir.

En nuestro país hay algunas barreras que impiden el desarrollo de una adecuada atención a las personas que padecen una enfermedad avanzada. En primer lugar, creo que es la falta de voluntad política. Tan solo hay nueve comunidades autónomas que, a falta de una Ley Estatal de Cuidados Paliativos, han optado por dotar a sus ciudadanos de una Ley Autonómica para este tipo de atención. Pero aún los ciudadanos de las ocho comunidades restantes carecen de estos derechos. Por otro lado, las comunidades autónomas no respetan los modelos de cuidados paliativos acordados en 2007, de tal manera que en España existen 17 modelos y 17 formas distintas de organización de los cuidados paliativos. Cada una de ellas los desarrolla a su manera.

Faltan equipos de cuidados paliativos. Las diferentes administraciones falsean los datos y aseguran que existe un número de unidades que no tenemos. Según el Ministerio de Sanidad, en Andalucía funcionan 50 equipos de cuidados paliativos (16 unidades con camas y 34 equipos móviles). El directorio de la SECPAL 2015 constata que realmente las cifras se reducen significativamente (11 unidades con camas y 14 equipos móviles). Estamos muy lejos de conseguir una verdadera autonomía del paciente. El 30% de los mayores de 70 años en proceso de morir ni siquiera conocen su diagnóstico. Esto dificulta la toma de decisiones. Las personas que redactan un documento de voluntades anticipadas ronda a penas del uno por ciento.

Estamos abandonando a los familiares en su rol de cuidador. No les damos posibilidades de que falten al trabajo para poder cuidar a su familiar, ni les damos

acceso a las ayudas que establece la Ley de Dependencia.

Es muy importante potenciar la ayuda a las personas dependientes que, actualmente, llega tarde en demasiadas ocasiones a los enfermos en fase avanzada y terminal. En España, por término medio, mueren más de cien enfermos cada día con la ayuda a la dependencia ya concedida, pero aún no otorgada, y eso sin considerar a los que están en el periodo de espera que en nuestro país es de 426 días de media, desde que la solicitan hasta que se les concede. Ni se forma, ni se reconoce, ni se cuida, ni se acredita a los profesionales de cuidados paliativos. Esto perjudica a los profesionales, pero, fundamentalmente, a los pacientes y a sus familias.

Por todo ello, considero que sí es oportuna y necesaria una Ley Estatal de Cuidados Paliativos. Los enfermos, sus familias y los profesionales que les atendemos estamos convencidos de que la atención al final de la vida es una necesidad. Pero es muy necesario que esta necesidad se transforme en un derecho de todo ciudadano de nuestro país que debiera ser garantizado por una Ley.

Aspiramos a una Ley que debiera tener como objetivo, no solo otorgar el derecho a una muerte digna, sino conservar la dignidad de la persona durante todo el proceso de morir. Una Ley que debiera proteger a la persona enferma en fase terminal de la hipertecnificación médica. Que contemple a la persona como protagonista de su proceso, su centro y sujeto activo de atención y no mero objeto pasivo de cuidados. Que reconozca que la relación asistencial precisa de la confianza del paciente y su familia en los profesionales y las organizaciones sanitarias. Una confianza que debe estar basada en la competencia profesional y en la actitud empática de los profesionales. Una ley que reconozca la dificultad de la familia para cuidar al enfermo y que garantice soluciones.

El acuerdo ético y jurídico básico de una ley para facilitar una buena muerte debiera contemplar el derecho a recibir unos cuidados integrales y de calidad, y el derecho a que se respete la autonomía de la persona enferma en el proceso del final de la vida. Es necesaria una regulación por ley de las garantías y las libertades que aseguren en todos los casos el respeto a la dignidad de la persona en el proceso del final de la vida. Una ley que debe garantizar el derecho a que toda persona tenga alivio del sufrimiento al final de la vida mediante una asistencia paliativa de calidad, respetuosa con sus valores y creencias, que pueden ser expresadas en ese momento o de forma anticipada en el documento de voluntades anticipadas o documento de instrucciones previas. Garantizar la igualdad y la no discriminación de las personas en el proceso del final de su vida a la hora de recibir servicios del ámbito social o sanitario. Garantizar que el rechazo o interrupción de un diagnóstico, tratamiento o información por voluntad de la propia persona no causará ningún perjuicio en su derecho a recibir asistencia integral del ámbito social o sanitario en el proceso final de su vida. Garantizar

el derecho de todas las personas a recibir cuidados paliativos integrales y un tratamiento adecuado para hacer frente a los síntomas físicos y a los problemas emocionales, sociales y espirituales consustanciales a dicho proceso. Garantizar una atención socio-sanitaria personalizada, a través de la coordinación y cooperación entre los sistemas de salud y de servicios sociales, velando por la continuidad de los cuidados. Deseamos una Ley de Cuidados Paliativos que humanice el proceso de morir.

Bibliografía

1. Recomendación Rec (2003) 24 del Comité de Ministros de los estados miembros sobre organización de cuidados paliativos. World Health Organization Europe.
2. Consideraciones de la Organización Médica Colegial (OMC) para el desarrollo de los cuidados paliativos en España. Rev. Soc. Esp. Dolor. vol.17 n.º4 Madrid may. 2010.
3. Monografía SECPAL. Libro blanco sobre normas y estándares de Cuidados Paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos. N.º 0. mayo, 2012.
4. Monografía SECPAL. Directorio de Recursos de Cuidados Paliativos en España. Directorio SECPAL 2015. N.º 8. abril 2016.
5. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. ICS Universidad de Navarra. Institute for Culture and Society.

Dr. Jacinto Bátiz Cantera
*Presidente de la Sección de Cuidados
Paliativos de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao*
8 de noviembre de 2021

CARTA AL DIRECTOR



Gac Med Bilbao. 2021;118(4):296-297

El Colegio de Médicos de Bizkaia abre su Oficina de Voluntades Anticipadas

Bizkaiko Medikuen Elkargoak Aurretiazko Borondateen Bulegoa ireki du
The College of Physicians of Bizkaia opens its Advance Will Office

El Colegio de Médicos de Bizkaia presentó el pasado 29 de septiembre su Oficina de Voluntades Anticipadas (OVA), un servicio que tiene como objetivo ayudar a sus colegiadas y colegiados a redactar, legalizar y registrar su Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) en el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas creado en 2003. En una primera fase la oficina da soporte a las médicas y los médicos de Bizkaia y, posteriormente, se abrirá al resto de la ciudadanía del Territorio Histórico.

Los motivos que han impulsado al CMB a ofrecer un servicio que, hasta la fecha, se podía realizar directamente en el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas, o ante un notario o notaria, y desde 2018 también en los centros de salud, es el de ayudar a nuestras colegiadas y colegiados, y a la ciudadanía de Bizkaia en general, a que reflexionen sobre cómo quieren vivir y cómo quieren morir. Que puedan planificar de antemano y dejar por escrito instrucciones precisas y con validez legal sobre qué tratamientos y actuaciones médicas desean, y cuáles no, en caso de que, llegado el momento, no puedan expresarlo directamente.

La realización del Documento de Voluntades Anticipadas es de una importancia capital para la persona otorgante, porque así se asegura de que se cumple su voluntad. Es ella misma la que decide y especifica cómo quiere que sea la atención que se le dispensa durante toda su vida y también en el momento de su muerte, sin que terceras personas tengan que tomar decisiones que, por desconocimiento, quizá no estén en línea con lo que la persona hubiese querido. Para las y los familiares es un verdadero alivio, ya que de este modo no se ven en la necesidad de imaginar los deseos de su pariente y evita muchos conflictos derivados de la diversidad de opiniones.

En cuanto al equipo médico, es la mejor forma de asegurarse de que sigue actuando dentro del marco establecido por el principio de autonomía de la persona paciente.

En la presentación de la OVA, el CMB contó con la participación del viceconsejero de Salud, José Luis Quintas, que recordó que, *"aunque Euskadi y Navarra son dos de las comunidades autónomas del Estado con mayor tasa de documentos de voluntades anticipadas por cada 1.000 habitantes, el número de DVA que se registran sigue siendo escaso"*. Por ello, desde el Departamento de Salud del Gobierno vasco se aplaude positivamente esta iniciativa del Colegio de Médicos de Bizkaia, ya que todo lo que sea ayudar a las personas a reflexionar y a definir sus valores de preferencia al final de la vida siempre es positivo.

Para gestionar la OVA, que está coordinada por el Dr. Joseba Atxutegi, vicepresidente para Atención Primaria del Colegio de Médicos de Bizkaia, el Colegio cuenta con la colaboración de los médicos de Familia Víctor Landa, Jesús Ángel García y Julián Bajo, todos ellos expertos en la materia. Ellos son los encargados de llevar a cabo todo el procedimiento.

La confección del Documento de Voluntades Anticipadas en la OVA del CMB se ha organizado en base a dos reuniones: en la primera, un grupo de no más de 15 personas interesadas en confeccionar su DVA se reúnen con los especialistas para debatir sobre la cuestión y despejar todas las dudas que puedan surgirles. Posteriormente, y tras un periodo de varios días de reflexión, durante el que cada persona puede redactar su Documento de Voluntades Anticipadas en su domicilio, el grupo se reúne de nuevo en las instalaciones de la oficina, en la sede del CMB, para terminar de pulir sus documentos y llevar a cabo su legalización, actuando unas personas de testi-

gos de otras. El sobre que contiene el DVA es cerrado por la propia persona otorgante y el personal administrativo de la OVA se encarga de llevarlo al Registro Vasco de Voluntades Anticipadas, donde será abierto por la o el responsable del registro para dar al documento el curso correspondiente para que pueda ser añadido a la historia clínica de la persona que lo ha otorgado. Todo el procedimiento se lleva a cabo con la garantía de la máxima confidencialidad.

El Colegio de Médicos de Bizkaia ha habilitado un espacio en su página web desde el que se ofrece información sobre la Oficina de Voluntades Anticipadas y el Documento de Voluntades Anticipadas, así como sobre

el modo de solicitar una cita para comenzar el proceso de otorgamiento, legalización y registro del DVA: Oficina de Voluntades Anticipadas del CMB. Por el momento, son nuestras colegiadas y colegiados quienes tienen acceso al servicio. Confiamos en que muy pronto llegue el momento de responder también a las peticiones de las ciudadanas y los ciudadanos de Bizkaia.

Dr. Cosme Naveda Pomposo
Presidente del Colegio de Médicos de Bizkaia
8 de noviembre de 2021

IN MEMORIAM

Gac Med Bilbao. 2021;118(4):298



Amado Cuadrado Fernández

Médico del trabajo en el Ayuntamiento de Bilbao, bibliotecario y miembro de la Junta de Gobierno de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao (ACMB)



El pasado mes de agosto falleció tras una corta enfermedad nuestro compañero de la Junta de Gobierno de la Academia Ciencias Médicas de Bilbao (ACMB) Amado Cuadrado Fernández.

Amado prácticamente dedicó toda su vida profesional a la salud laboral como médico del trabajo en el Ayuntamiento de Bilbao, se especializó en la formación y divulgación de hábitos saludables, la prevención cardiovascular y la lucha contra el tabaco siendo uno de los pioneros en crear grupos de deshabituación tabáquica entre los funcionarios.

A nivel científico, tuvimos la suerte de compartir con él el periodo en el que fue bibliotecario de nuestra Academia desde marzo de 2003 a noviembre de 2007, donde desarrolló una labor relevante, ya que fue el artífice del orden y traslado de los fondos bibliográficos a la biblioteca del Hospital Universitario Cruces por el convenio suscrito por el entonces presidente Prof. Dr. Juan José Zarranz.

También fue un miembro muy activo de la Sociedad Española de Salud Laboral de la Administración Pública

de la que fue tesorero y editor de su revista durante muchos años. Con el que tuve la oportunidad de organizar dos congresos en nuestra Villa.

Tengo la suerte y el honor de haberme considerado su amigo a pesar de haber sido su jefe. A nivel humano, era un ser entrañable, siempre sonriente y bromista. Sin lugar a dudas, daba gusto compartir su compañía, como lo pueden asegurar su multitud de amigos.

Le gustaba hacer deporte y pasear por el campo recogiendo setas, era todo un entendido, que, además, como era un buen cocinero, las disfrutaba desde su recogida hasta su consumo.

Se nos ha ido un buen médico y, sobre todo, un médico bueno.

Hasta siempre querido amigo, que descanses en paz.

Juan Ignacio Goiria Ormazabal
Expresidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao
19 de diciembre de 2021

Comprometidos con tu salud

Descubre nuestra forma de entender la salud, persona a persona.

- Más de 125 hospitales, institutos y centros médicos.
- Más de 40.000 profesionales dedicados a tu salud.
- Todas las especialidades, tratamientos y tecnología médica de vanguardia.

Para nosotros lo primero es estar cerca de ti con todo lo que pueda necesitar tu salud.

RPS 3/20



HOSPITAL

Protocolo Seguro
COVID - 19



Accede online a tus resultados y gestiona tus citas en el área **"Mi Quirónsalud"** de **quironsalud.es**, o en nuestra **App**.

quirónsalud
La salud persona a persona

Hospital
quirónsalud
Bizkaia

Hospital
quirónsalud
Vitoria

Policlínica Gipuzkoa
Grupo Quirónsalud

Cita previa
901 500 501



BILBOKO MEDIKU ZIENTZIEN AKADEMIA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

1895ean sortua / Fundada en 1895

Una institución libre, independiente, pluridisciplinar y multiprofesional compuesta por profesionales de diversas ciencias de la salud: **Biología, Farmacia, Medicina, Odontología y Veterinaria.**

Editora de la *Gaceta Médica de Bilbao*, decana de las revistas biosanitarias de España.

La Academia ha desarrollado a lo largo de sus **125 años** de historia una importante labor sociosanitaria de la que han sido principales beneficiarios los ciudadanos de Euskadi. En este tiempo ha aglutinado siempre en torno a sí a lo más granado de la medicina y de las ciencias de la salud del País Vasco.

¿Todavía no eres académico?



¿Cómo ingresar en la Academia?

Basta con acceder a la dirección <http://www.acmbilbao.org/inscripcion-de-academicos/> y rellenar un breve formulario con la solicitud de ingreso, que será valorada por la Junta de Gobierno.

En cuanto a las cuotas, la pertenencia a la Academia es **gratuita para los estudiantes**. La tarifa para los académicos de número es de 60 € al año.



C/ Lersundi, 9, 5.ª planta
48009 Bilbao, Bizkaia

Tel.: +(34) 94 423 37 68

E-mail: academia@acmbilbao.org

<http://www.acmbilbao.org>



¿Qué ofrece?

- Acceder a las **actividades científicas** organizadas por la Academia.
- Formación continuada** acreditada de Biología, Farmacia, Medicina, Odontología y Veterinaria, con actividades formativas en cada curso académico.
- Acceso a las prestaciones y servicios** de la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y Baleares. www.academia.cat
- Apoyo y asesoramiento** en metodología de la investigación, bioestadística, epidemiología y lectura crítica.
- Posibilidad de solicitar la **consulta de las bases de datos** de referencias bibliográficas de Osakidetza, en virtud del convenio en vigor con la Academia.
- Realizar consultas telemáticas directas** sobre aspectos científicos con los presidentes de cada sección de la ACMB.
- Acceso a los **actos sociales, culturales e institucionales** que organiza anualmente la Academia: Semana de Humanidades, Semana Médica, actos institucionales de inauguración y clausura del curso académico, premios Dr. José Carrasco – D. Máximo de Aguirre, etc.
- Acceso a la **bibliografía propia** de la Academia a través de su hemeroteca virtual.
- Disfrutar de las ventajas derivadas de los cerca de **medio centenar de convenios** que la ACMB mantiene con instituciones, administraciones públicas, universidades, sociedades y empresas.
- Publicar sus artículos** en la revista científica indexada *Gaceta Médica de Bilbao* (www.gacetamedicabilbao.eus), órgano de expresión de la ACMB.
- Pertenecer a una entidad **multiprofesional** de las ciencias de la salud centenaria, con la raigambre e historia de la Academia.

