

CADERNOS de

# atención primaria

www.agamfec.com



**AGAMFEC**  
ASOCIACIÓN GALEGA DE MEDICINA  
FAMILIAR E COMUNITARIA

a publicación dos profesionais de atención primaria en Galicia

## Editorial:

### Medicina Digital: Donde, Como y Cuando

*Digital Medicine: Where, How and When*

Quesada Varela, Víctor Julio.

Cad Aten Primaria 2017; 23 (2):1

## Originales:

### Ambientes clínicos de aprendizaje y estilos de aprendizaje en residentes de Medicina Familiar. Estudio preliminar.

*Clinical learning environments and learning styles in residents of Family Medicine.*

*Preliminary study.*

Villanueva González, Cynthia Getsamani. Vyeira López, Mayra Edith. Gómez Alonso, Carlos. Rodríguez Orozco, Alain Raimundo.

Cad Aten Primaria 2017; 23 (2):5

### Evaluación de Score Predictivo en Cáncer de Mama como prueba auxiliar diagnóstica.

*Predictive Assessment Score of Breast cancer as auxiliary diagnostic test.*

Rodríguez-Martínez, José Antonio. Andrinua-Lezamis, Ainara. Matute-Labrador, Ángel. Montañez De León, Tanya.

Cad Aten Primaria 2017; 23 (2):10

## Para saber de:

### Eritema Nodoso: manejo en Atención Primaria

*Erythema Nodosum: management in Primary Care*

Sabela Estévez Moreira. Laura González Vázquez.

Cad Aten Primaria 2017; 23 (2):17

## NUEVAS TECNOLOGÍAS:

### La adicción a los videojuegos, ¿trastorno mental?

*Video game addiction, mental disorder?*

Víctor Julio Quesada Varela, Inmaculada Concepción Carballo Pintos

Cad Aten Primaria 2017; 23 (2):23

## Especial XXI Xornadas AGAMFEC:

### Comunicaciones orales

*Comunicacións orais*

Cad Aten Primaria 2017; 23 (2):25

### Comunicaciones póster

*Comunicacións póster*

Cad Aten Primaria 2017; 23 (2):34

## HUMANIDADES:

### Médicos Gallegos ilustres III. El Dr. D. Jacobo López Elizagaray (1860-1934)

*Illustrious Galician doctors III. Dr. D. Jacobo López Elizagaray (1860-1934).*

Fernando J. Ponte Hernando, Fernando Granados Espinoza, Ricardo Buendía Santiago

Cad Aten Primaria 2017; 23 (2):48

## Cartas al director:

### FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON LUMBALGIA E INCAPACIDAD PROLONGADA

*FAMILY FUNCTIONALITY IN PATIENTS WITH BACKACHE AND PROLONGED DISABILITY*

Perla M. Lombera-Ramirez, José R. Sarabia-Ramírez, Eufrasia Rendón-Arias, Carlos Gómez-Alonso, Alain R. Rodríguez-Orozco

Cad Aten Primaria 2017; 23 (2):54

## Coordinador de este numero

*Víctor Julio Quesada Varela*

## COMITÉ EDITORIAL

- Jesús Sueiro Justel
- Andrés Manuel Martínez González
- Susana Aldecoa Landesa
- Diego Terceiro López
- Fernando Souto Mata
- Rosana Izquierdo Fernández
- Pilar Gayoso Diz
- Noelia Chaves Serantes
- Portal González Lorenzo
- Víctor Julio Quesada Varela

### Revista editada por:

ASOCIACIÓN GALEGA DE MEDICINA  
FAMILIAR E COMUNITARIA

<https://www.agamfec.com/contacte-con-agamfec/>

e-mail: [secretaria@agamfec.com](mailto:secretaria@agamfec.com)

web: [www.agamfec.com](http://www.agamfec.com)

### Normas de Publicación:

<http://www.agamfec.com/publicacions>

*Dep. Legal: C-1072/94 I.S.S.N.: 1134-3583*

*Publicación autorizada polo Ministerio de Sanidade como Soporte Válido 94032R*

*I.S.S.N. (Internet): 1989-6905*

*Categoría: Ciencias da Saúde*

*Acceso: Gratuito*

*Mención específica de dereitos: Non*

*URL intruccións autores:*

<http://www.agamfec.com/publicacions>

*¿Permite o auto-arquivo? Sí*

CADERNOS DE ATENCIÓN PRIMARIA distribúese exclusivamente entre os profesionais da medicina.

Reservados tódolos dereitos. Esta publicación non pode ser reproducida total ou parcialmente, por calquer medio, electrónico ou mecánico, nin por fotocopia, grabación ou outros sistemas de reprodución de información sin a autorización por escrito do Consello de Redacción.

A revista CADERNOS DE ATENCIÓN PRIMARIA non se fai responsable do contido do artigos publicados, por tratarse da opinión dos autores, que asumen a exclusiva responsabilidade sobre os seus escritos.

### Diseño y maquetación:

Víctor Julio Quesada Varela

*Versión auto-arquivo: Post-print  
(versión editorial)*

*¿Cando? Inmediatamente despois da  
publicación*

*¿Onde? Web persoal, Repositorio  
Institucional, Repositorio temático*

## **Editorial: Medicina Digital: Donde, Como y Cuando**

### *Digital Medicine: Where, How and When*

**AUTOR:** Quesada Varela, Víctor Julio. Médico de Familia. EOXI Vigo. Vocal Web AGAMFeC. Fundador-Coordinador Grupo de Nuevas Tecnologías AGAMFeC. *Twitter:* [@VictorJQV](https://twitter.com/VictorJQV)



Vivimos en un *mundo hiperconectado*. En Europa, 78 de cada 100 habitantes cuenta con un teléfono móvil inteligente (smartphone); en España, representan ya el 87% del total de teléfonos. La edad de inicio es cada vez más temprana y cada vez somos más dependientes de ellos.

La medicina digital, a distancia (telemedicina) y personalizada (historial clínico en la nube, pulseras inteligentes que monitorizan nuestra actividad y constantes vitales... y demás wearables) son el presente y futuro de nuestra profesión. Donde no solo recetaremos medicamentos, también aplicaciones. Y estaremos más próximos y accesibles para resolver dudas y problemas con las visitas virtuales y aplicaciones de salud.

*Seguro que alguna vez te has preguntado: ¿Qué enlaces se pueden recomendar? ¿Cómo me pueden ayudar las nuevas tecnologías? ¿Cómo puedo utilizar los recursos disponibles en Internet para llevar a cabo mi actividad médica?*

La **medicina digital**, la *esalud*, no es más que el combinar los avances tecnológicos, las TIC para mejorar la salud.

Es una *herramienta* más a nuestra disposición para la sostenibilidad del sistema sanitario ante los retos crecientes surgidos del envejecimiento poblacional y las nuevas necesidades de la población, que nos demanda una **Medicina de las 5P**: *preventiva, personalizada, participativa, predictiva y poblacional*.

## Las enfermedades más buscadas en Google del 2016 en España

Crónicas, dudas, morbo/moda,....

- CÁNCER
- LUPUS (Selena Gómez)
- GRIPE
- DIABETES
- HERPES
- ALZHEIMER
- SIDA (bulo plátanos con sida)
- MENINGITIS
- HEPATITIS
- ANEMIA



\*Datos extraídos de Google AdWords y Google Trends

Twitter: @VictorIQV - <http://victoriqv.com.es/>

12

El que la población **busque síntomas o enfermedades en internet** es inevitable y por los motivos más variopintos: desde dudas propias hasta modas o morbo por un famoso que padece una enfermedad..., tan solo es trasladar al mundo virtual la realidad cotidiana del *“De fútbol y medicina, todo el mundo opina”*.

Una búsqueda sin formación, orientación o concienciación previa, puede ser peligrosa, dado el gran volumen de información existente de diferente calidad y fiabilidad.

No existen soluciones perfectas, con sus limitaciones, algunas medidas que se han tomado para acreditar unos mínimos en la calidad de contenidos de webs, son los **Sellos de Calidad**, que se suelen renovar anualmente. Los más conocidos son el HONcode<sup>1</sup>, Web medica Acreditada<sup>2</sup>...

Algunos criterios comunes son:

### ESTADO DE LA CERTIFICACIÓN HONCODE

#### Portal Web da Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria

Está en conformidad con los principios de HONcode



Validez del certificado 13 May 2017 - May 2018

[www.agamfec.com](http://www.agamfec.com)

VISIT WEBSITE

- Que los autores de la web sean claramente identificables
- Que haya referencias a las fuentes de dónde se saca la información
- Que cualquier consejo médico sea dado solo por profesionales de la salud
- Que quede claro que la información del sitio web sirve para complementar, y nunca reemplazar, la información dada por un médico

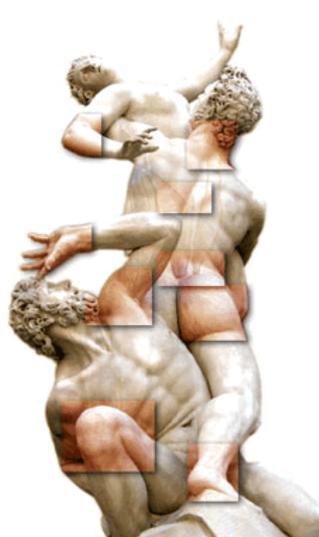
- Que queden claras las posibles fuentes de financiación y de patrocinio de la web

También podemos **recomendar recursos útiles**, como algunas páginas institucionales, algunos ejemplos:

- Programa de ejercicios de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física



**PROGRAMAS DE EJERCICIOS**  
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN  
English version



Columna Cervical	Columna Dorsal	Columna Lumbar
Dolor Cervical S. Desfiladero Torácico	Osteoporosis	Dolor Lumbar Estenosis de Canal
Hombro	Codo	Muñeca - Mano
Síndrome Subacromial Rotura Masiva Manguito Rotador Capsulitis Retráctil	Epicondilitis Epitrocleitis	Artrosis Artritis Reumatoide
Cadera	Rodilla	Tobillo - Pie
Artrosis Tendinitis Aductores Cadera en Resorte	Artrosis S. Dolor Femoropatelar Tendinopatía Rotuliana Síndrome Banda Iliotibial	Fascitis Plantar Esguince Tobillo Tendinopatía Aquiles Tendinopatía Tibial Posterior

<http://www.sermef-ejercicios.org>

- GUÍA PRÁCTICA DE LA SALUD de semFYC



**semFYC** Medicina familiar y comunitaria. Medicina cercana.  
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

LA SEMFYC | LA MEDICINA DE FAMILIA

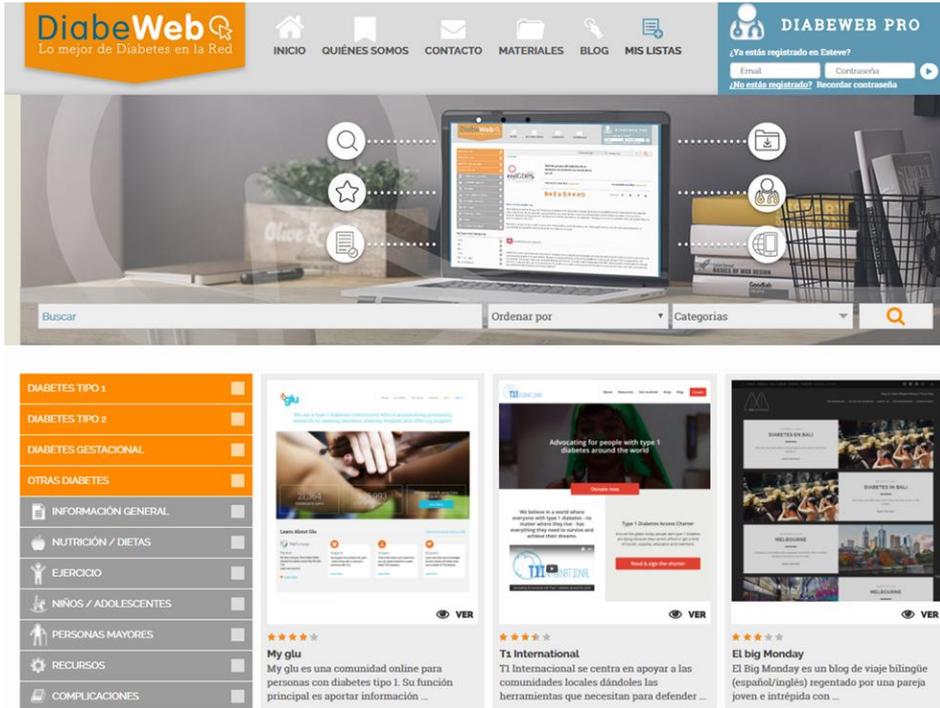
PRESENTACIÓN CUIDARSE SOY CUIDADOR O CUIDADORA INFORMACIÓN ÚTIL NOTICIAS SEMFYC

**GUÍA PRÁCTICA DE LA SALUD**  
Esta guía facilita respuestas a tus principales inquietudes sobre tu salud de una forma visual, práctica y sencilla. Podrás conocer cómo actuar ante los problemas de salud que te preocupan, ampliar información sobre ellos y conocer cuándo debes acudir a la consulta de medicina de familia.

VER >

<https://www.semfyec.es/pacientes/>

- Webs, apps y blogs sobre Diabetes de Internet



<http://www.diabeweb.com>

- Información para pacientes de las guías elaboradas en el Programa de GPC en el SNS.



<http://portal.guiasalud.es/web/guest/home>

Nosotros como médicos **debemos apoyar y acompañar a nuestros pacientes** en su inmersión digital, aunque nos suponga salir de nuestra zona de confort, aconsejándoles para minimizar riesgos, y siempre recordándoles que si no entienden algo de lo que le explicamos no tema en preguntarnos, y que, si las dudas o preguntas le surgen al llegar a casa, las apunte y las comparta con nosotros en la próxima cita. No deben desaprovechar el conocimiento directo de su médico.

No podemos dar la espalda al mundo digital que nos rodea, tenemos que educar a nuestros pacientes y dar buenas referencias en la red.

## Referencias

1. [Principios del código HONcode.](#)
2. [Principios de Buena Práctica de WMA.](#)

*revista.agamfec.com*

## **Original: Ambientes clínicos de aprendizaje y estilos de aprendizaje en residentes de Medicina Familiar. Estudio preliminar.**

### *Clinical learning environments and learning styles in residents of Family Medicine. Preliminary study.*

**AUTORES:** Villanueva González, Cynthia Getsamani. Médico Especialista en Medicina Familiar. Unidad No 80 de Medicina Familiar. Instituto Mexicano del Seguro Social en Morelia, Michoacán. México. Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr Ignacio Chávez". Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. México.

Vyeira López, Mayra Edith. Médico Especialista en Medicina Familiar. Unidad No 80 de Medicina Familiar. Instituto Mexicano del Seguro Social en Morelia, Michoacán. México

Gómez Alonso, Carlos. Lic en Matemáticas, analista estadístico. Centro de Investigaciones Biomédicas de Michoacán. Instituto Mexicano del Seguro Social en Morelia, Michoacán. México.

Rodríguez Orozco, Alain Raimundo. Dr en Ciencias. Doctor Honoris Causa en Educación. Profesor - Investigador Titular. Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr Ignacio Chávez". Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. México.

**Correspondencia:** Rodríguez Orozco, Alain Raimundo; [rodriguez.orozco.ar.2011@gmail.com](mailto:rodriguez.orozco.ar.2011@gmail.com)

#### RESUMEN

*Objetivo:* Evaluar la percepción de los ambientes clínicos de aprendizaje y los estilos de aprendizaje en residentes de Medicina Familiar

*Diseño:* Estudio trasversal concluido en Mayo del año 2015 con revisión de la literatura relacionada

*Fuente de datos y selección de estudios:* Se analizaron los estudios previos realizados en la propia unidad de Medicina Familiar y en la Facultad de Medicina de la misma Universidad y otros internacionales encontrados en las bases PUBMED, SCIELO y LILACS.

*Métodos de evaluación de validez de resultados:* Se usó t de student para la comparación entre estilos de aprendizaje y ANOVA para evaluar asociación entre estilos de aprendizaje y ambientes clínicos de aprendizaje entre grupos. Se aceptó significancia estadística con  $p < 0.05$

*Resultados:* cerca de la mitad de los estudiantes percibieron ambientes restrictivos de aprendizaje. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estudiantes de tercer año de la residencia y los de primero y segundo respecto a la percepción de las relaciones interpersonales ( $p < 0.001$ ), programa educativo y su implementación ( $p < 0.001$ ), cultura institucional ( $p < 0.001$ ) y dinámica del servicio ( $p = 0.007$ ), siendo más satisfactorias las evaluaciones de los residentes del tercer año de la especialidad.

*Respecto a los estilos de aprendizaje, los más frecuentes fueron:* teórico 20 (39.2%), pragmático 12 (23.6%) y teórico-pragmático 10 (19.6%).

*Conclusiones:* No se encontró asociación entre frecuencia de estilos de aprendizaje y año académico de los residentes. El estudio de estilos de aprendizaje complementa la evaluación de los ambientes clínicos de aprendizaje para implementar mejoras en la calidad educativa en las sedes formadoras de residentes

**Palabras clave:** Estilos de aprendizaje, calidad educativa, ambientes clínicos de aprendizaje, medicina familiar, especialidad médica

**ABSTRACT**

To assess the perception of clinical learning environments and learning styles in residents of Family Medicine

Design: Cross-sectional study completed in May 2015 with review of the related literature

Data source and selection of studies: Previous studies conducted in the Family Medicine unit and in the Faculty of Medicine of the same University and other international studies found in the databases PUBMED, SCIELO and LILACS were analyzed.

Methods for assessing the validity of results: Student's t was used for the comparison between learning styles and ANOVA to evaluate the association between learning styles and clinical learning environments between groups. Statistical significance was accepted with  $p < 0.05$

Results: Nearly half of the students perceived restrictive learning environments. Statistically significant differences were found between students in the third year of residency and those in the first and second years with respect to the perception of interpersonal relationships ( $p < 0.001$ ), educational program and its implementation ( $p < 0.001$ ), institutional culture ( $p < 0.001$ ) and service dynamics ( $p = 0.007$ ), being more satisfactory the evaluations of the residents of the third year of the specialty.

Regarding learning styles, the most frequent were: theoretical 20 (39.2%), pragmatic 12 (23.6%) and theoretical-pragmatic 10 (19.6%).

Conclusions: No association was found between frequency of learning styles and academic year of the residents. The study of learning styles complements the evaluation of clinical learning environments to implement improvements in educational quality in the training centers of residents

Key words: Learning styles, educational quality, clinical learning environments, family medicine, medical specialty.

Lo conocido	Lo que aporta el estudio
El estudio de los estilos de aprendizaje permite proponer estrategias docentes que permitan aprovechar las capacidades y habilidades de los residentes y desarrollar otras a través del trabajo grupal	Evaluación de estilos de aprendizaje en residentes de Medicina Familiar y comparación entre residentes de distintos años y en relación con ambientes clínicos de aprendizaje
La evaluación de la calidad de la enseñanza en ciencias médicas debe hacer énfasis en la crítica a los ambientes clínicos de aprendizaje	Uso del primer cuestionario creado y validado en México para medir ambientes clínicos de aprendizaje por vez primera en una Unidad de Medicina Familiar del Estado de Michoacán, México
Para el desarrollo de competencias profesionales en residentes de Medicina Familiar se deben considerar la evaluación de estilos de aprendizaje y la calidad de la formación médica en las sedes formadoras de especialistas	El servicio de Medicina Familiar a partir de este estudio propuso en algunos de sus cursos implementar estrategias docentes más activas que consideren los estilos de aprendizaje y las fortalezas y debilidades de los ambientes clínicos de aprendizaje en la unidad de Medicina Familiar

**INTRODUCCIÓN**

Es un objetivo formativo que los residentes de especialidades médicas aprendan a aprender durante su vida profesional. No basta con la adquisición de conocimientos, habilidades, y aptitudes cuando son tan cambiantes las necesidades de salud y los

sistemas sanitarios en la mayoría de los países del mundo viven intensos procesos de reformas. La consideración de la percepción de los ambientes clínicos de aprendizaje de los residentes y de sus estilos de aprendizaje por los profesores de posgrado aportan mucho a la planificación y organización de

las actividades docentes. El presente trabajo tiene como objetivo evaluar la percepción de los ambientes clínicos de aprendizaje y los estilos de aprendizaje en residentes de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez" de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México y analizar si había relación entre estos.

## MÉTODOS

Se presentan los datos preliminares de un estudio trasversal, terminado en Mayo del 2015. Se usó para estimar los ambientes clínicos de aprendizaje un cuestionario diseñado para tal fin por el Departamento de Investigación Educativa de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Autónoma de México, el cual está compuesto por 9 preguntas sobre datos personales y trayectoria académica más 28 preguntas cerradas incluidas en cuatro dimensiones: relaciones interpersonales (RI) con 6, programa educativo y su implementación (PE) con 9, cultura institucional (CI) con 6 y dinámica del servicio (DS) con 7. Las mediciones de consistencia interna mostraron valores superiores a 0.77 para cada una de estas áreas cuando se determinó por el cálculo del Alpha de Cronbach y superiores a 0.81 en cada una de las áreas del instrumento cuando se usó el método de mitades<sup>1</sup>

Para evaluar los estilos de aprendizaje se empleó el cuestionario de Honey Alonso<sup>2</sup> el cual permite clasificar a los estilos de aprendizaje en activo (suelen involucrarse plenamente en las nuevas experiencias, entusiastas, priorizan la acción a la reflexión sobre las consecuencias de los actos), estilo reflexivo (analizan las experiencias detenidamente antes de proceder o concluir, suelen ser prudentes, ponderados, receptivos y pacientes), estilo teórico (integran sus experiencias en teorías con sentido y suelen poseer pensamiento lógico, metódico, sistematizado y crítico) y estilo pragmático (tienden a la aplicación práctica de las ideas y a probar nuevas teorías y

técnicas, y a ser organizadores y solucionadores de problemas). También es posible encontrar combinaciones de los estilos de aprendizaje, siendo los más frecuentes reflexivo-teórico, teórico-pragmático, reflexivo-pragmático y activo-pragmático<sup>2</sup>

Plan estadístico realizado: se evaluó la consistencia interna del cuestionario para evaluar percepción de ambientes clínicos de aprendizaje con Alpha de Cronbach. Se usó t de student para la comparación entre estilos de aprendizaje y ANOVA para evaluar asociación entre estilos de aprendizaje y ambientes clínicos de aprendizaje entre grupos. Se aceptó significancia estadística con  $p < 0.05$

Aspectos éticos. En acuerdo con la Ley General de Salud vigente en México en materia de investigación.

## RESULTADOS

De los 58 residentes que se formaban en la unidad, participaron 51 porque el resto no se encontraban en la unidad al momento del estudio sino en práctica social en comunidades y se distribuyeron como sigue: mujeres 33 (64.7%), hombres 18 (35.3%), respecto a los años de la residencia, cursaban primero 19, segundo año 17 y tercer año 15.

Respecto a la evaluación de los ambientes clínicos de aprendizaje, las deficiencias más importantes se reportaron en la congruencia entre el programa educativo de la residencia y las actividades realizadas, interés del profesor, recursos tecnológicos, retroalimentación después de la evaluación y apego a la norma NOM-090-SSA para la organización y funcionamiento de las residencias médicas en México (el 37.3% de los residentes las desconocía), con medias inferiores a 2 y el aspecto mejor evaluado fue el pase de visita/consulta externa como oportunidad de aprendizaje con una media de  $3.21 \pm 0.9$ .

Este instrumento permitió identificar que cerca de la mitad de los estudiantes percibieron ambientes restrictivos de aprendizaje, lo cual significa entre otros, insuficiente acceso al aprendizaje, limitadas oportunidades para participar en tareas, falta de apoyo personal y pobre identificación con el servicio. Contradictoriamente, cerca de la otra mitad percibió un ambiente expansivo de aprendizaje en el cual se concilia la participación activa del estudiante en su formación y el apoyo al alumno con el reconocimiento institucional. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estudiantes de tercer año de la residencia y los de primero y segundo respecto a la percepción de las relaciones interpersonales ( $p < 0.001$ ), programa educativo y su implementación ( $p < 0.001$ ), cultura institucional ( $p < 0.001$ ) y dinámica del servicio ( $p = 0.007$ ), siendo más satisfactorias las evaluaciones de los residentes del tercer año de la especialidad.

Respecto a los estilos de aprendizaje, los más frecuentes fueron: teórico 20 (39.2%), pragmático 12 (23.6%) y teórico-pragmático 10 (19.6%). No se encontró asociación entre frecuencia de estilos de aprendizaje y año académico de los residentes

## DISCUSIÓN

Llama la atención el bajo número de residentes con estilos de aprendizaje activo y reflexivo, lo cual se relaciona con condicionamientos generados en sistemas educativos previos. En estudios anteriores realizados en la misma unidad de Medicina Familiar se ha encontrado que en grupos similares de residentes a los referidos en este estudio es posible conseguir que se estimule la creatividad y la participación crítica a partir de formas y técnicas docentes no tradicionales que estimulen la reflexión<sup>3</sup>.

Llama la atención que en congruencia con estudios anteriores el área más afectada en la prueba de evaluación de las ambientes clínicos de aprendizaje fue la de relaciones

interpersonales en la que se detectaron problemas de comunicación entre alumnos y entre docentes y alumnos y poco interés de los profesores en conocer a los alumnos, lo cual repercute en la pobre posibilidad de identificar áreas de oportunidad para trabajar con el grupo en función de los estilos de aprendizaje o favorecer el trabajo colaborativo.

Respecto las competencias clínicas se han identificado deficiencias en relaciones interpersonales y comunicación en internos de pregrado y en docentes de la licenciatura de la misma Facultad de Medicina, de forma que el problema no se ha resuelto en el pregrado y persiste en las residencias médicas.<sup>4-6</sup> Esto sugiere la necesidad de adoptar medidas más tempranas, desde el actual rediseño curricular de la licenciatura y las especialidades médicas y estructurar estrategias formativas que fomenten la creatividad, el trabajo colaborativo y una mayor pertinencia social del programa de estudios. Esto se ha sugerido tras la última evaluación del programa educativo de la especialidad de Medicina Familiar en la arriba mencionada dependencia educativa<sup>7</sup>.

Los estudiantes de tercer año percibieron más favorables todas las áreas de los ambientes clínicos de aprendizaje. Es posible que el tiempo en la unidad de Medicina Familiar y el mejor conocimiento de las normas institucionales y de la cultura organizacional por estudiantes del tercer año sean factores que ayuden a explicar estos hallazgos, estos son actualmente objeto de evaluación. Por otro lado, los alumnos de tercer año de la residencia al ser encuestados ya habían realizado sus seis meses de servicio social en comunidades y es posible que esto haya influido en la mejor percepción de la calidad de la enseñanza en la sede de la especialidad y esta experiencia no la habían tenido los residentes de segundo y primer año.

No se encontró asociación entre estilos de aprendizaje y ambientes clínicos de aprendizaje cuando se analizó con ANOVA de una vía. Asimismo, alumnos que percibieron ambientes restrictivos o

expansivos de aprendizaje pudieron indistintamente mostrar estilos de aprendizaje, teórico, pragmático o teórico pragmático que fueron los encontrados en más del 80 % de los alumnos evaluados.

## CONCLUSIONES

Llama la atención la pobre frecuencia de estilos de aprendizaje activos y reflexivos y un predominio de los estilos teórico y pragmático, lo cual está en relación tanto con aprendizajes en niveles educativos precedentes como con la pobre incorporación de los estudiantes a cursos dinámicos y participativos, promotores de la reflexión con la experiencia del trabajo grupal. No se encontró relación entre percepción de los ambientes clínicos de aprendizaje y estilo de aprendizaje en los residentes evaluados. Deben implementarse estrategias educativas que permitan primero estratificar el grupo según estilos de aprendizaje y promover tareas que permitan el desarrollo de estos estilos, pero también la complementación o enriquecimiento con los estilos de aprendizaje de otros estudiantes a través del trabajo grupal. Algunos aspectos en los que más se necesita introducir mejoras en la sede formadora de residentes objeto de estudio fueron dinámica del servicio, cultura institucional, programa educativo y su implementación en consonancia con la pertinencia social y relaciones interpersonales.

## BIBLIOGRAFIA

1-Hamui Sutton A, Anzarut-Chacalo M, de la Cruz Flores G, Ramírez de la Roche OF, Lavalle Montalvo C, Vilar-Puig P. Construcción y validación de un instrumento para evaluar ambientes clínicos de

aprendizaje en las especialidades médicas. Gaceta Médica de México. 2013; 149:394-405.

2-Alonso CM, Gallego DJ, Honey P. Los estilos de aprendizaje: Procedimientos de diagnóstico y mejora. Cuarta Ed Bilbao: Mensajero; 1999.

3-Vieyra-López M E, Ruiz-García J, Roa-Sánchez V, Rodríguez-Orozco A. R. El desarrollo de aptitudes clínicas en temas de familia por internos de pregrado está influenciado por el tipo de estrategia educativa empleada. Cad Aten Primaria Año 2013; 19: 153-154.

4-Tapia Villanueva R M, Núñez Tapia R M, Salas Perea R, Rodríguez-Orozco, A. R. (2007). El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano. Educación Médica Superior 2007; 21(4).

5-Manzo Rodríguez L, Rivera Michelena N, Rodríguez Orozco A R. Competencias docentes en los profesores de medicina de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Educación Médica Superior, 2006;20(2)

6- Tapia Villanueva R M, Núñez Tapia R M, Salas Perea R, Rodríguez-Orozco A. R. El examen clínico objetivo estructurado como herramienta para la evaluación de competencias clínicas del internado de pregrado. Educación Médica Superior 2008; 22(1)

7-Manzo Rodríguez L, Chávez Flores S, Rivera Michelena N, Rodríguez Orozco A R. Evaluación del programa de la especialidad de Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Morelia, Michoacán. Educación Médica Superior, 2006; 20(3)

## **Original: Evaluación de Score Predictivo en Cáncer de Mama como prueba auxiliar diagnóstica.**

### *Predictive Assessment Score of Breast cancer as auxiliary diagnostic test.*

**AUTORES:** Rodríguez-Martínez, José Antonio. Médico Cirujano y Monitor de Estudios Clínicos de la UNAM.

Andrinua-Lezamiz, Ainara. Médico Ginecólogo y Obstetra del Centro Médico ABC

Matute-Labrador, Ángel. Médico Tratante de la División de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico ABC

Montañez De León, Tanya. Médico Ginecólogo y Obstetra del Centro Médico ABC

Institución: Departamento de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico ABC.

**Correspondencia:** Hospital ABC Santa Fe. Torre de Consultorios. Av. Carlos Graef. Fernández núm. 154, 3er piso, Consultorio 338, Col Tlaxcala, Santa Fe Cuajimalpa, 05300 México, D.F. Tels: 55-15-03-76 y 52-71-55-72.

**Autor para correspondencia:** Rodríguez-Martínez, José Antonio. [resumenespepe@gmail.com](mailto:resumenespepe@gmail.com)

#### RESUMEN

**Introducción:** El cáncer de mama es un problema de salud pública en nuestro país y a nivel mundial. Actualmente se disponen de herramientas como la mastografía para la detección oportuna de este cáncer, pero son necesarias unas nuevas estrategias que tomen en cuenta los factores de riesgo ya que no existe ningún hallazgo clínico o radiológico que aislado condicione la presencia de cáncer de mama.

**Objetivo:** Describir y analizar el score predictivo como prueba diagnóstica de cáncer de mama.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo el cual incluyó a 70 pacientes con diagnóstico mastográfico, con expediente completo y estudio histopatológico, para determinar la utilidad de los factores de riesgo, los hallazgos clínicos y mastográficos incluidos en el score predictivo y posteriormente la validación del mismo en otra cohorte.

**Resultados:** Se revisó un total de 90 expedientes de los cuales se incluyeron en el estudio a 68 que cumplieron con los criterios de inclusión, la media de la edad de las pacientes incluidas es de  $51.2 \pm 11.8$  años, el promedio de número de hijos de las pacientes es de  $1.8 \pm 1.4$  hijos, la sensibilidad del score fue de 53.5%, una especificidad del 92.0%, valor predictivo positivo de 92.0%, valor predictivo negativo de 53.5%.

**Conclusiones:** El presente estudio demostró que el score predictivo es una prueba muy específica para el diagnóstico de cáncer de mama; aunque su sensibilidad es baja, ningún dato aislado predice adecuadamente la presencia de cáncer de mama, por lo que este score puede ser usado para mejorar la especificidad de la mastografía en la predicción del cáncer de mama.

**Palabras clave:** Cáncer de mama, características epidemiológicas, hallazgos clínicos, hallazgos mastográficos.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Breast cancer is a public health problem in our country and worldwide. Tools are now available as mammography for early detection of this cancer, we need a new diagnostic tool that takes into account risk factors and clinical data, and because there is no clinical or radiologic finding that isolated conditions the presence of breast cancer.

**Objective:** to describe and analyze the predictive score as a diagnostic test for breast cancer.

**Material and Methods:** We performed a retrospective study which included 70 patients with mastographic diagnostic with complete file and histopathological study to determine the usefulness of the risk factors, clinical and mastographic findings included in the predictive score, and then we perform the validation of this with another group of patients.

**Results:** We reviewed a total of 90 records of which only 68 were included in the study the ones that met the inclusion criteria, the mean age of the patients included is 51.2 11.8 years, the sensitivity of the score was 54.5% specificity 92.0%, positive predictive value 92%, negative predictive value of 53.5%.

**Conclusions:** The present study demonstrates that the predictive score is a very specific test for the diagnosis of breast cancer; Although its sensitivity is low, no data isolated adequately predicts the presence of breast cancer, so this score can be used to improve the specificity of mammography in the prediction of breast cancer.

**Key words:** Breast cancer, epidemiological, clinical, mastographic findings

**INTRODUCCION**

El cáncer de mama es realmente un problema de salud pública, es la neoplasia maligna más común en las mujeres de los Estados Unidos d América y Europa. En México ocupa el segundo lugar y se calculan 212 a 215 mil nuevos casos en el 2004 y 2005 (EUA). El total de mujeres con este cáncer es de 211,240.1

En México, el cáncer de mama representa ya la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres de 25 y más años. Las tasas de mortalidad del cáncer de mama han superado a la de cáncer cervicouterino y se ha incrementado en los últimos años, desde una tasa ajustada por edad de 5.9 por 100 000 en mujeres de 25 años y mayores en 1989 hasta casi 9 a mediados del decenio de 1990 (Globocan 2008).2

La detección temprana mediante el tamizaje con mastografía ha demostrado disminuir las tasas de mortalidad para esta enfermedad.3-5 Una revisión de siete estudios mostró una reducción de la tasas de mortalidad de 28% a 65% con una media de 46%.6 Un programa de tamizaje para mujeres entre 50 y 69 años en Estados Unidos registró un incremento de la esperanza de vida de 12 días a un costo de 704 dólares por mujer, extender este programa a mujeres de 40 a 49 años incrementaría la esperanza de vida por 2.5 días a un costo de 676 dólares por mujer.7

En Francia se realizó un estudio costo-efectividad que comparó un programa de tamizaje nacional con la ausencia de dicho programa y se encontró que en un periodo de 20 años se salvarían 92 vidas y un total de 1522 años de vida ganados con una reducción de la mortalidad de 12.6%.8

En 2002, La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (AIIC) concluyó que existía suficiente evidencia proveniente de ensayos clínicos sobre el efecto del tamizaje mediante mastografía para la reducción de la mortalidad por Cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años.9 Se notificó una reducción de 25% de la mortalidad por esta neoplasia debido al uso de la mastografía de tamizaje, con base en la intención de tratamiento, la reducción fue 35% en aquellas mujeres que se practicaron la mastografía de manera regular.10 Sin embargo, la efectividad de la prueba ha mostrado ser mayor en el grupo de mujeres de 50 a 69 años de edad que en las de 40 a 49 años, con una disminución de la tasas de mortalidad de 16 a 35% y 15 a 20%5 respectivamente.3-5 Con el advenimiento de otras pruebas como la resonancia y la tomografía mismas que no ha demostrado una reducción significativa de la mortalidad, por lo que no se recomiendan como pruebas de tamizaje, es importante buscar una nueva estrategia para mejorar las herramientas de diagnóstico en esta patología para lo cual proponemos el uso de

un score predictivo que toma en cuenta no solo la imagen si no las características epidemiológicas para mejorar la sensibilidad y el valor predictivo de la misma.

#### Material y Métodos:

Se realizó un estudio piloto, de tipo retrospectivo, descriptivo, observacional el cual incluyó a todas las pacientes con diagnóstico mastográfico de BIRADS 4 (n=78) entre Enero del 2007 y Diciembre del 2008. De las cuales se obtuvo los antecedentes de importancia para su padecimiento actual, los hallazgos clínicos y radiológicos así como el resultado histopatológico. Se usó el programa SPSS versión 15 para obtener la estadística descriptiva y para analizar las variables cuantitativas obteniendo la media y la desviación estándar de las mismas de acuerdo al caso, se usó el programa EBM calc versión 2 para el cálculo del OR (Odds ratio), los intervalos de confianza y la significancia estadística mediante la prueba de chi cuadrada, posteriormente se evaluó cuáles fueron los antecedentes, datos clínicos y hallazgos mastográficos que elevaban significativamente el riesgo de cáncer de mama, con estos se construyó el score predictivo el cual incluye 7 ítems (Tabla 1), con una puntuación de 0 o 1 (presencia o ausencia respectivamente) con una puntuación mínima de 0 y máxima de 2 con un punto de corte con un resultado de 5 con el cual se obtenía una sensibilidad del 80%, especificidad del 87.7%. valor predictivo positivo=30.8% y un valor predictivo negativo =98.5%, con dichos datos se construyó una tabla ROC y se graficó (Fig.1). Posteriormente con estos datos se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional el cual incluyó a 68 pacientes con diagnóstico mastográfico entre Enero del 2010 y Diciembre de 2010 de las cuales se obtuvo la puntuación en el score modificado (Tabla 2) y el resultado histopatológico para posteriormente ser evaluado nuevamente como prueba diagnóstica,

#### Resultados:

Se analizó el expediente de 90 pacientes de los cuales se incluyeron solo a 68 pacientes con cáncer de mama con una edad promedio de  $51.29 \pm 11.87$  años (28-76 años), con  $1.87 \pm 1.43$  hijos (0-6 hijos), el 36.8% (n=25) de la pacientes presento antecedente de cáncer de mama, el 63.2% (n=43) con antecedente de lactancia materna, sólo el 26.5% (n=18) con antecedentes de enfermedad mamaria previa, el 30.9% (n=21) con antecedente de terapia de reemplazo hormonal, el 14.7% (n=10) con antecedente de exposición a radiaciones. La menarca promedio de las pacientes fue  $12.25 \pm 1.51$  años (10-15 años), el porcentaje de pacientes con menopausia fue del 48.5% (n=33) y la edad promedio de aparición de la menopausia fue de  $46.64 \pm 7.10$  años (31-56 años), el antecedente de tabaquismo se encontró en el 32.4% (n=22) e las pacientes. El resultado más frecuente en las pacientes con cáncer de mama son el carcinoma ductal invasor con un 69.1% (n=44) y el carcinoma no especificado con un 16.2% (n=11). En cuanto a los hallazgos mastográficos la presencia de microcalcificaciones múltiples en el 63.2% (n=43) y escasas en el 17.6% (n=12), en cuanto a la localización de la lesión la más frecuente fue en un 55.9% (n=38) en el cuadrante superior externo (CSE): Se encontró la presencia de una masa en el 63.2% (n=43), espiculaciones en el 29.4% (n=20) y de distorsión en el 11.8% (n=8).

Se construyó la tabla de 2x2 (Tabla 3) con el resultado del score que fue positivo en el 36.8% (n=25) de los casos y negativo en el resto, el resultado más frecuente fue la puntuación de cuatro en el 30.9% (n=21) y el resultado de la biopsia fue positivo en el 63.2% (n=43) de los casos, lo que nos dio un resultado de sensibilidad del 53.5%, especificidad de 92.0%, valor predictivo positivo de 92.0%, valor predictivo negativo de 53.5%, con lo que se construyó la tabla ROC correspondiente y su gráfica.

Discusión: En base a los resultados obtenidos podemos afirmar que ningún hallazgo clínico o mastográfico por sí solo tiene la fuerza estadística para predecir la presencia de cáncer de mama, por tal motivo se construyó este score que previamente se validó en un estudio piloto, pero que tenía que ser probado en otra población para evaluar correctamente su utilidad.

Usando varios factores de riesgo combinado con hallazgos clínicos y mastográficos mejora la potencia estadística para el diagnóstico de la presencia de cáncer de mama, pero debido a la disminución en su sensibilidad este score no puede ser usado como prueba de tamizaje, la explicación a esto se debe a que el objetivo de este score es ser usada después de que se tiene un diagnóstico mastográfico y se conoce el BIRADS, ya que mejora la especificidad del BIRADS al tomar en cuenta los antecedentes que ya se conoce son importantes en la fisiopatología de la enfermedad y los hallazgos clínico-mastográfico, con lo que se observa una especificidad alta del 92%, por lo que podemos decir que este score puede ser en conjunto con la mastografía para mejorar la especificidad de la misma.

Como perspectivas de nuestro estudio podemos decir que falta evaluar otras herramientas como la resonancia magnética para observar si aumenta la potencia de nuestro score, probar el mismo en otras poblaciones (instituciones, países o regiones) y evaluar su utilidad final, con el objetivo de seguir mejorándola para que sea utilidad del clínico.

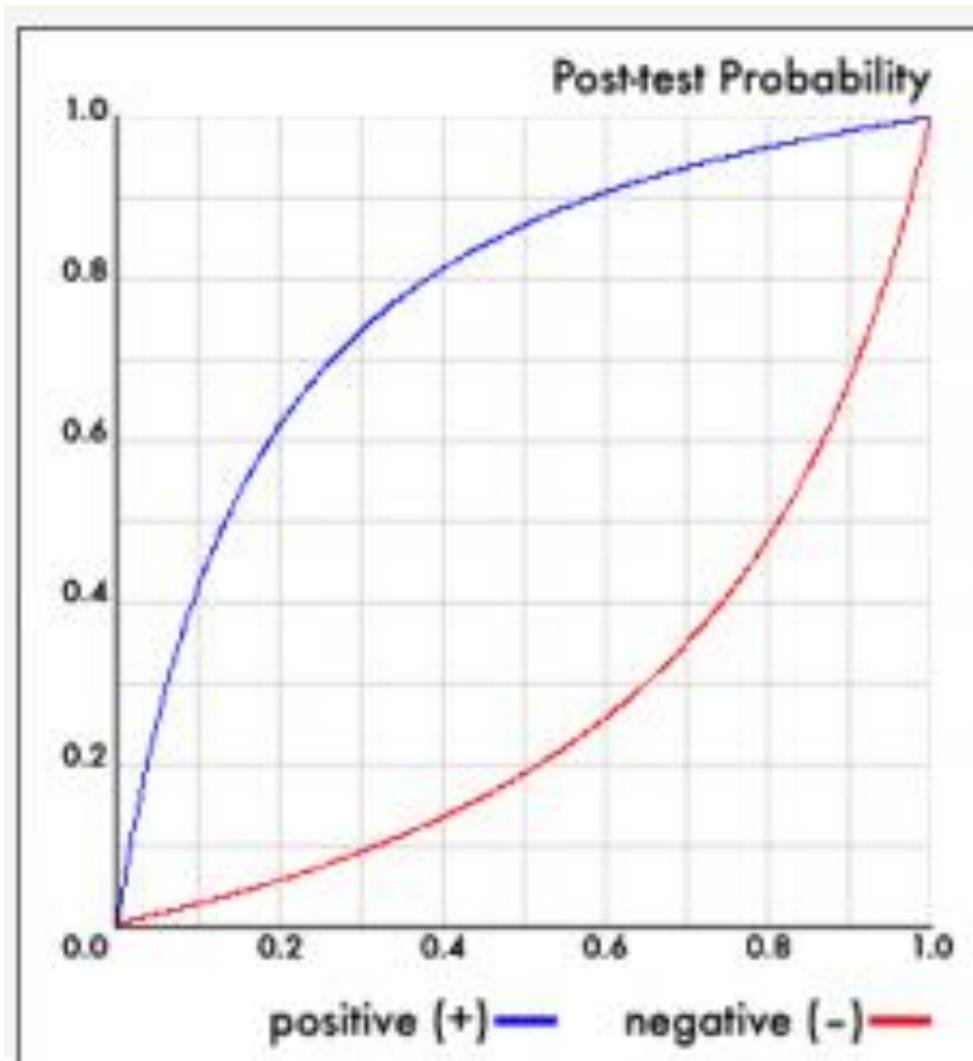
Conclusiones: El presente estudio demostró que el score predictivo es una prueba muy específica para el diagnóstico de cáncer de mama, aunque su sensibilidad es baja. Ningún dato aislado predice adecuadamente la presencia de cáncer de mama, por lo que este score puede ser usado para mejorar la especificidad de la mastografía en la predicción del cáncer de mama.

#### BIBLIOGRAFIA:

1. Barrera FJ, Mohar BA. Manual de procedimientos médicos del Instituto nacional de Cancerología. 1ª Ed. México Masson Doyma, 2005, p 158
2. Globocan
3. Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, Woolf SH, Breast cancer screening a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002; 137(5 party 1); 347-360.
4. Fletcher SW, Elmore JG. Clinical practice. Mammographic screening for breast cancer. N Eng J Med 2003; 348 (17): 1672-1680.
5. Pisano ED, Gatsonis C, Hendrick E, Yaffe M, Baum JK, Acharyya S, et. al. Diagnostic performance of digital versus film mammography for breast-cancer screening. N Engl J Med 2005;353(17): 1773-1783.
6. Berry DA, Crohn KA, Plevritis SK, Fryback DG, Clarke L, Zelen M, et al. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. N Engl J Med 2005; 353(17):1784-1792.
7. Saltzman P, Kerlikowske K, Phillips K. Cost effectiveness of extending screening mammography guidelines to include women 40 to 49 years of age. Ann Intern med 1997;127(11):955-965.
8. Avreux O, Wait S, Schaffer P. Building a model to determine the cost-effectiveness of breast cancer screening in France. Eur J Cancer Care. 2003;12(2):143-153.
9. International Agency for Research on Cancer. Breast Cancer Screening. IARC. Handbooks of Cancer Prevention, vol 7. Lyon. IARC Press, 2002.
10. Advisory Committee on Breast Cancer Screening. Screening for breast cancer in England: Past and future. NHSBSP Publication No 61. february 2006. Typeset by Prepress Projects Ltd, Perth.

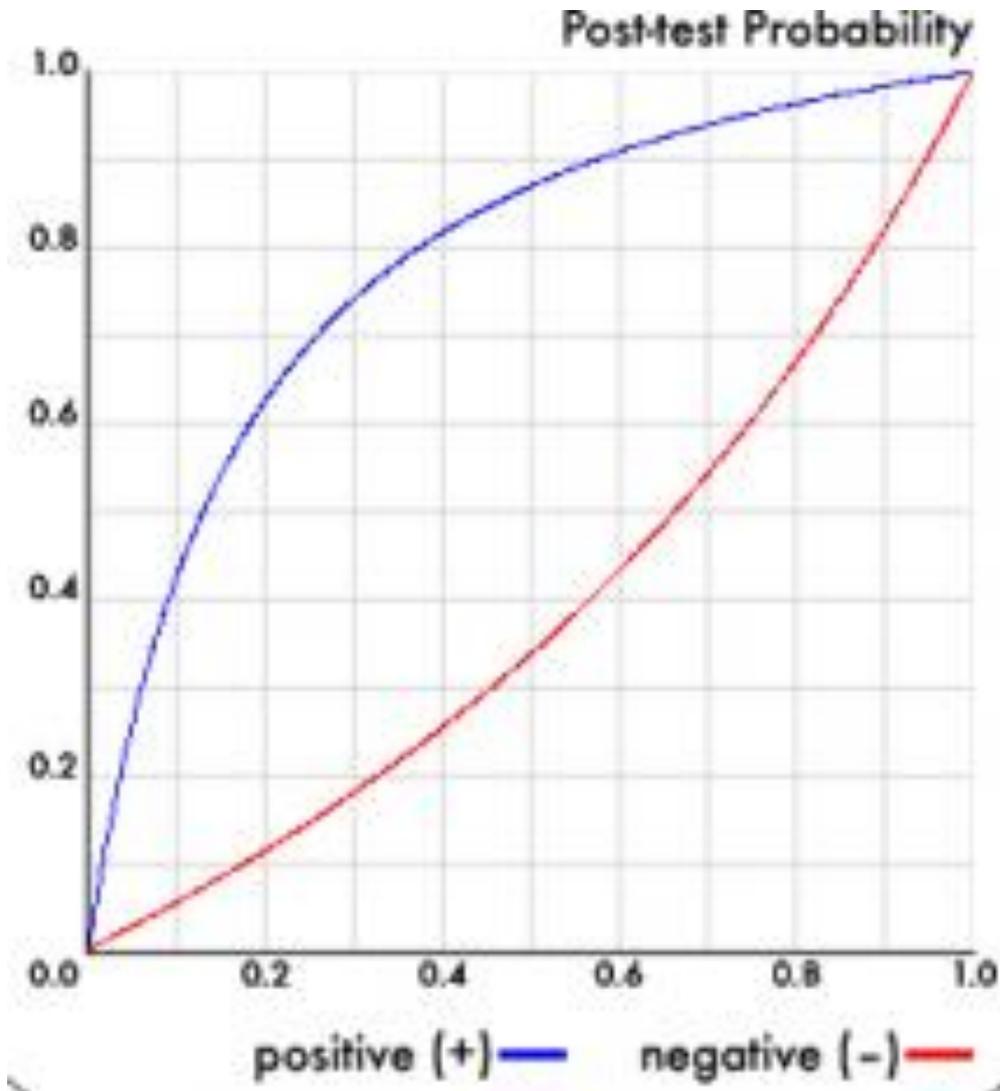
**FIGURAS**

FIGURA 1.



En esta gráfica se muestra la curva ROC en donde se aprecia que tiene una adecuada potencia estadística para predecir la presencia de cáncer de mama.

FIGURA 2



En esta gráfica se muestra la curva ROC en donde se aprecia que la potencia estadística disminuye para predecir la presencia de cáncer de mama. Ya que la curva de resultados negativos se vuelve más lineal y disminuye el área que existe entre ambas curvas a comparación de la observada en la figura 1.

TABLAS: TABLA 1.

<b>Score predictivo de cáncer de mama</b>	SI	NO
Antecedente de Enfermedad Mamaria Previa	1	0
Antecedente de Tabaquismo	1	0
Antecedente de Cáncer de Mama	1	0
Más de un Hallazgo radiográfico	1	0
Distorsión en la mastografía	1	0
Lesión ubicada en Cuadrante Superior Externo de la mama	1	0
Resultado mastográfico de BIRADS (4B o C)	1	0
TOTAL	7	0

En esta tabla se muestra el score creado a partir de los antecedentes, hallazgos clínicos y resultados mastográficos que elevan el riesgo significativamente de cáncer de mama en el estudio piloto.

TABLA 2.

<b>Score predictivo de cáncer de mama (modificado)</b>	SI	NO
Antecedente de Enfermedad Mamaria Previa	1	0
Antecedente de Tabaquismo	1	0
Antecedente de Cáncer de Mama	1	0
Más de un Hallazgo radiográfico	1	0
Distorsión en la mastografía	1	0
Lesión ubicada en Cuadrante Superior Externo de la mama	1	0
Resultado mastográfico de BIRADS (4 o más)	1	0
TOTAL	7	0

En esta tabla se muestra el score modificado en el resultado del BIRADS para poder ser usado en cualquier paciente con cualquier resultado mastográfico.

## **Para saber de:**

# **Eritema Nodoso: manejo en Atención Primaria**

## *Erythema Nodosum: management in Primary Care*

**AUTORES:** Sabela Estévez Moreira. Residente Medicina Familiar e Comunitaria. Centro de Saúde Sárdoma. EOXI Vigo.

Laura González Vázquez. Especialista en Medicina Interna, Hospital POVISA. Vigo

Correo electrónico de contacto: Sabela.Estevez.Moreira@sergas.es

**Palabras Clave:** Eritema Nodoso, Paniculitis, Atención Primaria de Salud

**Keywords:** Erythema Nodosum, Panniculitis, Primary Health Care

### **DEFINICIÓN**

El Eritema Nodoso (EN) consiste en una paniculitis septal sin vasculitis que se presenta clínicamente como placas o tumefacciones eritematosas, duras y dolorosas, localizadas preferentemente en la zona pretibial. Es la paniculitis más frecuente y está originada por una respuesta inmunológica desencadenada por múltiples estímulos antigénicos. Su curso es autolimitado, afectando predominantemente a mujeres jóvenes. Desde el punto de vista dermatológico, se considera una lesión benigna, pero puede ser el primer signo de una enfermedad sistémica.

El dermatólogo inglés Robert Willan (1) la describió por primera vez en 1789. Posteriormente Hebra (2), en 1860, la consideró una entidad específica y precisó sus características clínicas, proponiendo denominarla dermatitis contusiforme, por el color similar a una contusión y la evolución de las lesiones.

### **PRESENTACIÓN CLÍNICA**

El EN se presenta típicamente como nódulos profundos, eritematosos, dolorosos y de color rojo brillante, que aparecen de forma súbita en la cara anterior de ambos miembros inferiores, de forma

bilateral. El tamaño de los nódulos es de unos 2 a 5 cm de diámetro. Con menor frecuencia las lesiones se pueden fusionar formando placas de mayor tamaño o aparecer en otras localizaciones menos frecuentes como cara anterior de miembros superiores o el tronco.

Puede debutar con pródromos como fiebre, fatiga, malestar general, artralgias y/o artritis de grandes articulaciones o síntomas de infección respiratoria de vías altas (3).

Las lesiones suelen resolverse sin atrofia, ulceración ni cicatriz residual en unas 8 semanas (4).

### **EPIDEMIOLOGÍA**

Se puede presentar a cualquier edad, siendo más frecuente en mujeres (1:6) durante la 2ª-4ª década de la vida. La incidencia varía según la prevalencia local de las enfermedades desencadenantes. La mayoría de los estudios hablan de incidencias de 1-5 casos por 100.000 habitantes (5).

En un trabajo realizado en Lugo (6), la incidencia anual de EN demostrado mediante biopsia en mayores de 14 años fue de 52 casos por millón de habitantes. Al recoger sólo los casos con demostración

histológica, probablemente la verdadera incidencia esté subestimada.

La patogénesis no se conoce con exactitud. Se cree que es una respuesta de hipersensibilidad retardada tipo IV frente a una variedad de estímulos antigénicos, ante los cuales se expresaría una reacción cutánea similar.

#### DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es sencillo y se basa en la historia clínica y la exploración física. La confirmación histológica no suele ser necesaria.

En cuanto a la historia clínica, se enfocará hacia el diagnóstico de las patologías más probables. Es importante preguntar por la medicación (en especial anticonceptivos orales, antibióticos y AINEs), viajes realizados, síntomas respiratorios, gastrointestinales y constitucionales. Es necesario preguntar acerca de la historia de las lesiones cutáneas, episodios previos y la presencia de dolor articular.

En la exploración física debemos valorar la presencia de adenopatías o visceromegalias que puedan indicarnos una patología neoplásica subyacente. La búsqueda de úlceras bucales o genitales, junto con la presencia de uveítis, son importantes para valorar un probable origen autoinmune. Se deberá, asimismo, prestar atención a los signos de artritis o tumefacción periarticular en tobillos que orienten a sarcoidosis.

La biopsia profunda de las lesiones sólo será necesaria en aquellos casos que nos planteen dudas diagnósticas, y en presentaciones atípicas de la enfermedad. Si se decide realizarla, se debe obtener una muestra profunda y en fase aguda, donde las características histopatológicas son más evidentes y el diagnóstico más sencillo.

ETIOLOGÍA: existen más de 150 entidades asociadas (tabla 1)

Debemos centrarnos en identificar las etiologías más comunes e importantes, en particular la infección estreptocócica, la sarcoidosis y la tuberculosis.

Sin embargo, en muchos pacientes (hasta un 37% de los casos) no se encuentra ninguna causa de EN (6).

<b>Tabla 1: ETIOLOGÍA DEL ERITEMA NODOSO</b>
<b>INFECCIONES</b>
<b>Bacterianas:</b> infección estreptocócica, tuberculosis, lepra, gastroenteritis por Yersinia, Salmonella o Campylobacter, Mycoplasma Pneumoniae, Tularemia, Leptospirosis, Brucelosis, Chlamydia Trachomatis.
<b>Fúngicas:</b> Coccidioidomicosis, Histoplasmosis, Blastomicosis
<b>Víricas y Clamidias:</b> Psitacosis, Linfogranuloma venéreo, Mononucleosis infecciosa, Enfermedad por arañazo de gato, Hepatitis B, Paravaccinia
<b>FÁRMACOS</b>
Anticonceptivos orales (ACHO), Penicilina, Sulfonamidas, Bromuros, Ioduros, inhibidores del TNF alfa.
<b>ENFERMEDADES INFLAMATORIAS</b>
Enfermedad de Crohn, Colitis Ulcerosa
<b>NEOPLASIAS MALIGNAS</b>
Linfoma, Leucemia, Carcinomas
<b>OTRAS</b>
Sarcoidosis, Embarazo, Enfermedad de Whipple, Síndrome de Behçet, Síndrome de Sweet

#### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Tras el diagnóstico de EN siempre se deberá solicitar:

- Hemograma y Bioquímica básica.
- VSG y/o PCR.

- Prueba de la tuberculina o determinación del interferón gamma (IGRA).
- Pruebas de evaluación de la enfermedad estreptocócica, según disponibilidad: ASLO al inicio y al cabo de 2-4 semanas, test de antígeno rápido o cultivo.
- Radiografía de Tórax (Figura 1).

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debemos considerar otras entidades en casos de afectación cutánea en localizaciones atípicas, persistencia de la sintomatología más de 8 semanas o ulceración de las lesiones.

Se hará principalmente con:

- **Vasculitis nodular o Eritema indurado de Bazin:** se asocia a tuberculosis. Se trata de una paniculitis lobulillar con vasculitis. A diferencia del eritema nodoso son características las lesiones en cara posterior de las piernas y se pueden ulcerar y dejar cicatriz.
- **Infecciones subcutáneas** bacterianas, fúngicas o micobacterianas.
- **Panarteritisnodososa:** consiste en una vasculitis necrotizante de las arterias de pequeño y mediano calibre. Se presenta típicamente como nódulos subcutáneos rojo brillantes que siguen el trayecto de las arterias afectadas. Cuando desaparecen dejan lesiones ulceradas.
- **Infiltrados subcutáneos malignos**
- **Paniculitis pancreática:** relacionada con pancreatitis o cáncer pancreático. El dato característico es la elevación de la lipasa.
- **Deficiencia de alfa-1-antitripsina**

### TRATAMIENTO

El tratamiento tendrá un doble objetivo:

- a) Tratamiento específico de la enfermedad subyacente o retirada del fármaco que lo provoque, cuando sea posible.
- b) Tratamiento sintomático de la lesión cutánea y las manifestaciones asociadas.

La mayoría de los datos disponibles para el tratamiento sintomático de la lesión cutánea proceden de estudios observacionales sobre series de casos. Por ello, establecer unas recomendaciones de tratamiento concretas es difícil y, con frecuencia, el tratamiento depende de la experiencia y de las preferencias del clínico responsable del paciente.

El EN es autolimitado, por lo que el tratamiento en ocasiones no es necesario. Se **tratarán pacientes** con malestar significativo, afectación extensa de la piel o con enfermedad crónica o recurrente.

Es primordial el reposo relativo con elevación de las extremidades.

Como tratamiento sintomático se usarán las terapias de primera y segunda línea:

### PRIMERA LÍNEA

#### 1. AINE

Son el tratamiento más frecuentemente utilizado por la mayor familiarización de los facultativos con sus dosis y contraindicaciones, por lo que se consideran **de elección**, sobre todo si todavía la etiología es desconocida (y no ha sido descartada la tuberculosis u otras infecciones). Se utilizarían AINEs a dosis analgésicas, con especial precaución a la hora de utilizarlos en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal por el riesgo de precipitar un brote<sup>(7)</sup>:

- Ibuprofeno: 400-800 mg cada cuatro a seis horas (máximo 3200 mg por día).

- Naproxeno: 250-500 mg cada 12 horas (máximo 1250 mg al día).
- Indometacina: 25-50 mg cada 8 a 12 horas según sea necesario (máximo 200 mg al día).

## 2. YODURO DE POTASIO

Este fármaco da lugar a una mejora del dolor y más rápida resolución. El fármaco está comercialmente disponible en comprimidos, granulado o gotas. Las dosis más ampliamente utilizadas son de 300 mg tres veces al día.

La duración no está bien establecida, por lo que la mayoría de los autores recomiendan finalizar el tratamiento si no existe mejoría en 2-3 semanas. Se debe controlar la función tiroidea mientras dure el tratamiento y tener precaución a la hora de tratar a pacientes con tuberculosis. Está contraindicado su uso en el embarazo por el riesgo de inducir bocio en el feto.

## SEGUNDA LÍNEA

La segunda línea de tratamiento la reservaremos para aquellos pacientes que no respondan a la primera línea o que tengan sintomatología grave o debilitante.

Se usarán:

- Ciclo corto de corticoides sistémicos: las dosis y pautas para el tratamiento óptimo no están claras. Las opciones propuestas son variables y oscilan entre 20 y 60 mg/día. Una opción recomendable es el uso de Prednisona 20 mg todas las mañanas durante 7-10 días<sup>(8)</sup>. Esta terapia es especialmente útil en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).
- Corticoides intralesionales: como tratamiento alternativo, se utiliza en pacientes con número limitado de nódulos que no pueden tolerar Corticoesteroides sistémicos. Hay que tener en cuenta los posibles efectos secundarios de atrofia e

hipopigmentación en el lugar de la infiltración<sup>(9)</sup>.

Lo más importante antes de utilizar las terapias de segunda línea con glucocorticoides es descartar las causas infecciosas y considerar aquellas comorbilidades que puedan aumentar el riesgo de efectos adversos. Por lo tanto, no deben utilizarse si hay sospecha de infección subyacente (especialmente debe descartarse tuberculosis), y pueden enmascarar una enfermedad inflamatoria o neoplásica.

**Eritema Nodoso crónico o recurrente:** otros tratamientos

1. **DAPSONA:** Los datos se limitan a informes de casos. Se utilizarían dosis de 50-100 mg/día, dando lugar a una resolución en 3-4 semanas. Ha de tenerse precaución con los efectos adversos hematológicos (detección de deficiencia de G6PD y controles hematológicos y función hepática periódica)<sup>(10)</sup>.
2. **COLCHICINA:** Particularmente útil en casos asociados con el síndrome de Behçet. Las dosis han ido variando: 2 mg una vez al día durante tres días, luego 1 mg una vez al día durante dos a cuatro semanas o 0,5 ó 0,6 mg dos o tres veces al día<sup>(11)</sup>.
3. **HIDROXICLOROQUINA:** Especialmente útil en pacientes con EII. Se utilizan dosis de hasta 200 mg dos veces al día, dependiendo del peso corporal. El efecto adverso más frecuente es el daño ocular; para minimizar el riesgo de toxicidad ocular, la dosis de Hidroxicloroquinano debe superar los 5mg/kg y los exámenes oftalmológicos al inicio y de forma periódica son necesarios para su uso a largo plazo<sup>(12)</sup>.

Existen informes de casos que describen el beneficio de los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ) para EN severa o refractaria, particularmente en pacientes con EI subyacente. Se ha reportado beneficio con etanercept, adalimumab e infliximab. Estos agentes sólo deben utilizarse después de que se hayan excluido las causas infecciosas del EN, especialmente la tuberculosis <sup>(13,14)</sup>. La duración del tratamiento en estos casos no está bien establecida, pero, al igual que en otras enfermedades autoinmunitarias e inflamatorias sistémicas, parece razonable mantenerlo al menos hasta que la enfermedad se mantenga inactiva durante varios meses.

### PRONÓSTICO

El pronóstico es bueno, resolviéndose la mayoría de los casos espontáneamente o con tratamiento. Las recaídas pueden ocurrir en hasta un tercio de los casos o en los casos desencadenados por enfermedades crónicas subyacentes.

Debemos considerar la remisión al especialista apropiado cuando el EN es recurrente, no responde a tratamientos de primera o segunda línea o si sospechamos un trastorno subyacente. Se puede realizar un manejo correcto en Atención Primaria una vez descartadas todas las posibles causas subyacentes, y cuando existe respuesta favorable al tratamiento.

### CONCLUSIONES

El interés del EN no sólo reside en obtener una correcta aproximación diagnóstica a la lesión cutánea, ya que ésta en la mayoría de las ocasiones tiene un pronóstico excelente, sino que el verdadero reto radica en alcanzar el diagnóstico de los posibles procesos extracutáneos y sistémicos asociados para poder establecer un tratamiento específico.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Willan R. Cutaneous Diseases. London: Johnson, St. Paul's Church-Yard; 1798.
2. Hebra F. Diseases of the skin. London: New Sydenham Society; 1860.
3. White, Wain L., Michael G. Hitchcock. Diagnosis: erythemanodosum or not? *Semin Cutan Med Surg.* 1999; 18(1):47-55.
4. Requena L, Requena C. Erythemanodosum. *Dermatol. Online J.* 2002 Jun;8(1):4.
5. Ríos JJ, Sendagorta E, González-Beato MJ. Eritema nudoso. *MedClin (Barc).* 2009; 132: 75-79. Doi: 10.1016/j.medcli.2008.09.016
6. García-Porrúa C, González-Gay MA, Vázquez-Caruncho M, López-Lazaro L, Lueiro M, Fernández ML et al. Erythemanodosum: etiologic and predictive factors in a defined population. *Arthritis Rheum.* 2000; 43 (5): 584-92.
7. Requena L, Sánchez Yus E. Erythemanodosum. *Semin Cutan Med Surg.* 2007 Jun; 26(2):114-25.
8. Schwartz RA, Nervi SJ. Erythemanodosum: a sign of systemic disease. *Am Fam Physician.* 2007; 75: 695-700.
9. Song JS, Halim K, Vleugels RA, Merola JF. Dapsone for treatment of erythemanodosum. *Dermatol. Online J.* 2016; 22 (2).
10. Yurdakul S, Mat C, Tuzun Y, Ozyazgan Y, Hamuryudan V, Uysal O, et al. A double-blind trial of colchicine in Behcet's syndrome. *Arthritis Rheum.* 2001; 44:2686-92.
11. Jarrett P, Goodfield MJ. Hydroxychloroquine and chronic erythemanodosum. *Br J Dermatol.* 1996; 134:373.
12. Callejas JL, Ríos R, Sánchez D, Ortego N. Adalimumab en el tratamiento del Eritema Nudoso. *MedClin (Barc).* 2010;135(2):90-94.
13. Boyd AS. Etanercept treatment of erythemanodosum. *Skinmed* 2007; 6:197-9.
14. Clayton TH, Walker BP, Stables GI. Treatment of chronic erythemanodosum with infliximab. *Clin Exp Dermatol* 2006; 31:823-824.

**FIGURAS**



Figura 1. Radiografía de tórax PA y lateral de paciente con Eritema Nodoso, en la que se observan adenopatías hiliares bilaterales, sugestivas de Sarcoidosis

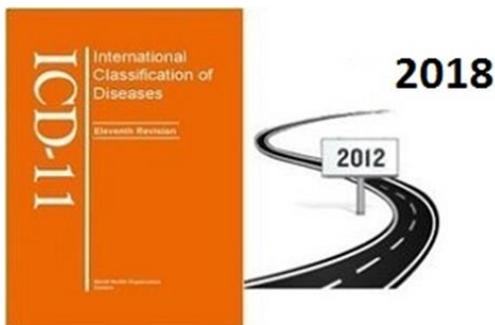
## **NUEVAS TECNOLOGÍAS:**

### **La adicción a los videojuegos, ¿trastorno mental?**

#### *Video game addiction, mental disorder?*

**AUTORES:** Víctor Julio Quesada Varela. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EOXI Vigo. Inmaculada Concepción Carballo Pintos. Estudiante de Psicología Universidad de Santiago de Compostela.

**Palabras Clave:** videojuegos, adicción, Trastorno del juego, Clasificación Internacional de Enfermedades-11, Organización Mundial de la Salud, Trastornos Mentales  
**Keywords:** Video game, addiction, Gaming Disorder, International Classification of Disease-11, World Health Organization, Mental Disorders



La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene la intención de reconocer la **adicción a los videojuegos** como un trastorno mental en la revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades **CIE-11**, que se prevé aprobar en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2018.

En respuesta a esta intención de la OMS; la **ESA** (Entertainment Software Association) ha emitido un comunicado de prensa que dice: *"Al igual que los entusiastas de los deportes y los consumidores de todo tipo de entretenimiento, los usuarios de videojuegos son apasionados y dedicados con su tiempo. Después de haber cautivado a los jugadores durante más de cuatro décadas, más de 2 mil millones de personas en todo el mundo disfrutan de los videojuegos. La Organización Mundial de la Salud sabe que el sentido común y la investigación objetiva demuestran que los videojuegos no son adictivos. Poner esa etiqueta oficial en ellos trivializa imprudentemente problemas reales de*

*salud mental como la depresión y el trastorno de ansiedad social, que merecen tratamiento y toda la atención de la comunidad médica. Alentamos encarecidamente a la OMS a invertir la dirección de su acción propuesta".*

La revisión de la CIE-11 se encuentra todavía en estado de borrador y todavía puede cambiar.

En su redacción actual<sup>1</sup>, el **trastorno del juego (6C51)** se encuentra incluido dentro del bloque **06 Trastornos mentales, conductuales o del neurodesarrollo**, y dentro de este en **los Trastornos debidos a comportamientos adictivos**. Se caracteriza por un patrón de comportamiento de juego persistente o recurrente ("juego digital" o "videojuego"), que puede estar en línea (es decir, a través de Internet) o fuera de línea, manifestado por: 1) control de juegos deteriorado (ej., inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación, contexto); 2) aumentar la prioridad otorgada a los juegos en la medida en que los juegos tengan prioridad sobre otros intereses de la vida y las actividades diarias; y 3) continuación o escalada del juego a pesar de la ocurrencia de consecuencias negativas.

El patrón de comportamiento es de suficiente gravedad como para causar un deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social,

educativo, ocupacional u otras áreas importantes. El patrón de comportamiento del juego puede ser continuo o episódico y recurrente. El comportamiento del juego y otras características son normalmente evidentes durante un período de al menos 12 meses para que se asigne un diagnóstico, aunque la duración requerida puede acortarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico y los síntomas son graves.

**Exclusiones:** Juegos peligrosos (QF12), Trastorno bipolar tipo I (6A60), Trastorno bipolar de tipo II (6A61)

Asimismo, el borrador de la CIE-11, **divide** el trastorno del juego (6C51), en:

- 6C51.0 Trastorno del juego, predominantemente en línea: se caracteriza por un patrón de comportamiento de juego persistente o recurrente ("juego digital" o "videojuego") que se realiza principalmente a través de Internet y se manifiesta por las características anteriores.
- 6C51.1 Trastorno del juego, predominantemente sin conexión: se caracteriza por un patrón de comportamiento de juego persistente o recurrente ("juego digital" o "videojuegos") que no se realiza principalmente a través de Internet y se manifiesta por las características anteriores.
- 6C51.Z Trastorno del juego, no especificado: una categoría residual.

Se han pronunciado en contra algunas asociaciones como la ESA, y algunos especialistas<sup>2</sup>, argumentando que la formalización de un desorden de juego en el CIE-11 tiene repercusiones médicas, científicas, de salud pública, sociales, potencialmente problemáticas por la dificultad de identificar el límite entre el

comportamiento "normal" y la enfermedad real, lo que lleva a diagnósticos falsos. Por lo tanto, se requiere precaución, y proponen una investigación más a fondo antes de su inclusión. Algunas personas pueden jugar excesivamente como un método para sobrellevar otros problemas de salud mental. Para otros, los juegos podrían ser una forma de evitar actividades desagradables como el trabajo o la escuela como parte de una crisis existencial sobre la dirección de la vida....

En el DSM-5<sup>3</sup> (APA, 2013). El gambling disorder se incluye en el capítulo de sustancias adictivas con el argumento de que las conductas de juego activan sistemas de recompensa similares a los que activan las drogas y producen algunos síntomas conductuales comparables a los producidos por sustancias. También encontramos que se ha incluido en el DSM-5 el trastorno por juego en internet como una condición que debe ser estudiada pero no se incluye como trastorno, lo llaman trastorno debido al juego en internet, pero solo en juegos sin apuestas, no los relacionados con recreaciones sociales, esta forma de jugar que ocupa muchas horas, pudiendo ser en grupo, puede acompañarse de malestar o deterioro de la persona llegando a ser significativo en su vida. Para el DSM-V hablamos de hasta 9 síntomas de los que para ser diagnosticado tendrían que cumplirse 5 en un periodo continuado de 12 meses lo que nos deja con un trastorno de ámbito adictivo y no impulsivo.

El Trastorno del juego, es un gran problema a investigar y diagnosticar antes de llegar a situaciones irresolubles, la OMS ha hecho su propuesta, debemos buscar formas de conciliar la vida digital y sus avances sin perder el contacto con la realidad.

## Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. CIE-11 [icd.who.int/dev11/l-m/en](http://icd.who.int/dev11/l-m/en)
2. van Rooij AJ, Ferguson CJ, Colder Carras M, Kardefelt-Winther D, Shi J, Przybylski AK. A weak scientific basis for gaming disorder: Let us err on the side of caution 2018. [psyarxiv.com/kc7r9](https://psyarxiv.com/kc7r9).
3. La adicción a los videojuegos en el DSM-5 / The Internet Gaming Disorder in the DSM-5. Carbonell, Xavier. Adicciones (Palma de Mallorca); 26(2): 91-95, abr.-jun. 2014.

## **Especial XXI Jornadas AGAMFEC:**

### **Comunicaciones orales / Comunicaci3ns orais** **XXI XORNADAS GALEGAS DE MEDICINA FAMILIAR E** **COMUNITARIA**

**WEB:** <https://www.agamfec.com/congreso-agamfec/ourense2017/>

#### **GYMKANA DE SALUD " FUMAR EN CACHIMBA TAMBIEN ES FUMAR" (Comunicaciones de experiencias – CE3)**

*María del Mar Cantero Quir3s, Dolores López Martínez, Carolina Hidalgo Benítez, Diego Rojas Rodríguez*

**OBJETIVOS:** Alertar a padres y tutores la necesidad de advertir a menores acerca del uso de cachimbas.

Conocer consecuencias y peligros de fumar en cachimbas.

Reflexionar sobre las repercusiones de sustancias químicas que la componen.

Concienciar a los adolescentes sobre aspectos positivos del no consumo de fumar en cachimbas.

Promover adquisici3n de valores, habilidades, pautas que contribuyan a preservar la salud y proteger de riesgos de fumar en cachimba.

**DESCRIPCI3N:** "La Gymkana de Salud" actividad preventiva, que utiliza una metodología participativa y socio-educativa grupal planteando una serie de juegos relacionados entre sí, con la finalidad de facilitar la reflexi3n y una intervenci3n comunitaria, en nuestra experiencia, al consumo de fumar en cachimba. Utilizado como recurso en programa "Forma Joven" dirigido a promover entornos y conductas saludables entre jóvenes.

Dirigido al alumnado de ESO, padres y tutores.

Abordándose previamente, la prevenci3n de fumar en cachimba, mediante charlas en clases por sus tutores, asesorados y apoyados por nuestro personal responsable, formado en la materia.

De duraci3n una hora, presentaci3n y cuatro juegos, dividiéndose en cuatro equipos. Informar el desarrollo de la actividad y jugaran de forma secuencial.

Cada juego enfocado a desarrollar los objetivos que pretendemos alcanzar.

Primer juego: reconocer mitos sobre la cachimba y contrarrestarlos.

Segundo juego: profundizar en los efectos inmediatos a corto y largo plazo del consumo de fumar en cachimbas.

Tercer juego: identificar habilidades asertivas ante una invitaci3n al consumo, ofrecer técnicas para hacer frente a la presi3n.

Cuarto juego: tomar conciencia de los efectos negativos del humo en los no fumadores y actitud favorable respetando al no fumador.

#### **En CONCLUSI3N Y APLICABILIDAD**

Experiencia de gran utilidad, para alcanzar, como objetivo prioritario dentro del ámbito de " estilos de vida saludables", la prevenci3n de fumar en cachimba, el uso, abuso y su impacto en la Salud de nuestros jóvenes

## **Promoviendo la Investigación durante la residencia.**

### **(Comunicaciones de experiencias – CE5)**

*Adalid Maldonado Díaz, Néstor J. Sánchez*

Introducción: Entre los objetivos del programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria está la capacitación en investigación, imprescindible en todos los niveles asistenciales, para proporcionar una atención eficiente y de mayor calidad. Por distintas razones no todas las Unidades Docentes disponen de apoyo suficiente. Con la finalidad de solventar esta deficiencia nos planteamos una rotación externa tutorizado por una médica de familia asistencial y con trayectoria investigadora.

Objetivo Principal: Conocer los principios básicos de diseño de proyectos de investigación, búsqueda y revisión bibliográfica, capacitación en lectura crítica, principios éticos de investigación biomédica, análisis estadístico, redacción de originales.

Objetivos secundarios: 1. Diseñar y poner en marcha un proyecto de investigación. 2. Adquirir habilidades en la presentación de resultados: artículos de revista / comunicaciones científicas.

Centros de rotación y tareas realizadas:

Estancia en documentación: Búsquedas bibliográficas, Bases documentales y manejo de gestores bibliográficos (Mendeley, Zotero).

Unidad de epidemiología clínica: Gestión y depuración de bases de datos, análisis estadístico descriptivo, bivalente y multivalente.

Comité de Investigación: Conocer su función, organización y bases que deben cumplir los proyectos de investigación para ser aceptados o rechazados.

Centro de Salud: Elaboración de un proyecto de investigación para presentarlo al Comité de Ética de Investigación (CEI),

conocer y manejar programas de análisis estadísticos (EPIDAT, SPSS).

Aplicabilidad: Ampliar los conocimientos en investigación resulta interesante en nuestra formación para aplicar los resultados a la práctica clínica aumentando su efectividad.

Conclusiones: La formación en investigación es posible y bien recibida si se motiva lo suficiente.

## **ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL AL ESPAÑOL DE LA ESCALA TOOL ASSESSMENT FOR THERAPEUTIC ALLIANCE STUDY. (Proyectos de Investigación– P11)**

*RUBEN RODRÍGUEZ MEDEIROS, ROSA BELEN PÉREZ RAMOS, CARMEN MARIA FERNÁNDEZ SOUTO, JOSE MANUEL ENRIQUEZ VÁZQUEZ, NOELIA LOSADA RAMOS, LUCIA GONÇALVES RODRÍGUEZ.*

OBJETIVOS: Realizar la adaptación transcultural al español de la escala Tool Assessment for Therapeutic Alliance Study(TATA)

MATERIAL Y MÉTODOS: La escala TATA presenta una versión para pacientes y otra para profesionales. La traducción y adaptación se basa en el protocolo diseñado y supervisado por el grupo FPDM (Family Practice Depresión and Multimorbilidad) de la European General Practice Research Network (EGPRN), con la siguiente secuencia: a) Constitución de los equipos de investigación para cada lengua, con 2 MF, 1 lingüista, 1 psicóloga/psiquiatra. La escala deberá ser traducida al español por traductora oficial que comentaran con los investigadores dudas sobre el significado clínico de algunos términos. b) Se valorará la traducción por sus potenciales usuarios en AP siguiendo la metodología Delphi. Para ello se seleccionarán médicos de AP, diferentes al equipo de investigación, con conocimientos de lengua inglesa, actividad clínica e investigadora en AP y acreditación de publicaciones en inglés o actividad como tutores. Se enviará una encuesta

electrónica para manifestar su grado de acuerdo con traducción de cada ítem, en una escala del 1 (total desacuerdo) al 9 (total acuerdo). El grupo europeo definió como traducción consensuada de cada ítem aquella a la que un porcentaje mínimo del 70% de los médicos le otorgaba una puntuación de 7 o superior. c) En la tercera fase se llevará a cabo la retro traducción, por un lingüista que no haya participado en la fase inicial. d) Se revisarán las equivalencias siguiendo a Guillemin y Beaton. En las equivalencias experienciales se deben tener en cuenta aspectos socioculturales. Finalmente, en las equivalencias conceptuales se deberá atender a si las palabras del cuestionario original denotan el mismo concepto en la lengua a la que este se traduce. e) Finalmente, se armonizarán las traducciones en todas las lenguas participantes del grupo FPDM. Se compararán las retro traducciones con la versión original. En aquellos ítems en los que haya discrepancia entre ellas, se valorará si son culturales o semánticas.

**APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS:** El grupo europeo FPDM de la EGPRN, se propuso identificar una herramienta diagnóstica validada, reproducible, efectiva y fácil de utilizar, que pudiera ser utilizada en AP, tanto en clínica como en investigación en un contexto transcultural. Este estudio pretende adaptar al español una herramienta para evaluar la alianza terapéutica que permitiera su comparación en el ámbito de la AP europea.

AUTORIZACION DEL CEIC DE PONTEVEDRA-VIGO-OURENSE CON EL CODIGO 2016/369

**Factores predictivos de adherencia a un programa de cribado de cáncer colorrectal en poboación de risco medio (Proyectos de Investigación– PI4)**

*Olalla Quinteiros Veloso, Martín Menéndez Rodríguez, Carlos Menéndez Villalva.*

**Obxectivo:** Determinar si o apoio social dos participantes captados na primeira ronda do Programa para a Detección Precoz do Cancro Colorrectal inflúe na adherencia ó programa de cribado de CCR en poboación de risco medio.

**Material e Métodos:** Deseño do estudo: Estudio multicéntrico, observacional de casos e controis. Incluídos individuos invitados en Ourense ó cribado de CCR da Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia durante a primeira ronda do programa. Casos aqueles individuos que aceptaron participar no estudo e realizaron a proba de cribado e controis aqueles que non acudiron a cita tras unha carta de presentación ou que acudiron a cita, pero non aceptaron a realización das probas de cribado. Previamente validárase ó galego o cuestionario Rawl de factores conductuais baseado en crenzas de saúde

**Ámbito de realización:** Centros de saúde rurais de Rairiz de Veiga e Calvos de Randín e urbanos Novoa Santos e Mariñamansa.

**Tamaño muestral:** Para unha prevalencia esperada de baixo apoio social do 30% en un IC 95% e unha potencia do 80% e OR 2, o número de individuos por grupo e brazo de estudo será de 202.

**Variables de estudio:** factores sociodemográficos (idade, sexo, tipo de familia, clase social...) factores asociados ó estilo de vida e uso de servicios sanitarios (habito tabaquico, IMC, antecedentes ...), factores psicosociais (apoi social, función familiar...) e factores conductuais basados no modelo de crenzas de saúde (cuestionario Rawl adaptado)

**Análise estatístico:** Análise descriptivo. Variables cuantitativas mediante análise univariante ANOVA e Chi-cuadrado para variables cualitativas. Aquelas variables estadísticamente significativas incluíranse nun estudo de regresión loxística axustado por sexo e idade. Aplicarase a corrección de Bonferroni para comparacións múltiples.

**Aplicabilidade dos resultados esperados:** Identificar que variables sociodemográficas,

psicosociais e de crenzas en saúde influen na adherencia ó cribado de CCR co fin de mellorar a cobertura e rendemento do programa.

Aspectos ético-legais: Código de rexistro de CEIC 2009/120

**RELACIÓN ENTRE PRESENCIA DE AEROLERGENOS EN LA ATMÓSFERA, SITUACIÓN METEOROLÓGICA Y CONSUMO DE ANTIHISTAMÍNICOS EN PACIENTES CON ALERGI A. (Proyectos de Investigación– PI5)**

*Néstor J. Sánchez, Adalid Maldonado Díaz, María Fernández González, María de las Nieves Lorenzo González, F. Javier Rodríguez Rajo, Elvira Santiago Janeiro*

**OBJETIVOS** Evaluar la relación entre la autopercepción de sintomatología alérgica, la concentración de aerolergenos en la atmósfera y los fenómenos meteorológicos en una ciudad del noroeste de España.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio observacional prospectivo. Enero - diciembre 2017. Lugar de realización y nivel de atención sanitaria. Atención Primaria. Se analiza una población potencial de 4400 personas, de edad comprendida entre 18-65 años, asignada a 5 cupos de médicos de familia participantes.

Criterios de selección. Personas de entre 18-65 años, inmunocompetentes, con polinosis diagnosticada y que den consentimiento. Muestra. 187 pacientes. El cálculo se ha realizado para una prevalencia de rinitis alérgica del 24%, intervalo de confianza de 95%, y precisión del 6%. Variables de estudio.

Se analizarán variables sociodemográficas, hábito tabáquico, intensidad subjetiva del síntoma (0=ausencia; 1=leves; 2=moderados; 3=severos), uso/no de antihistamínico. Ambientales: Meteorológicas (Temperatura, humedad, viento, precipitación, presión, situación sinóptica). Calidad del aire (concentración de compuestos NOx, concentración de

ozono, concentración de SO2, concentración de CO, concentración de partículas PM2.5 y PM10). Aero biológicas. Concentraciones diarias totales de polen y de los tipos polínicos más importantes en la atmósfera de la ciudad, así como principales proteínas alérgicas (Pla a1 y Lolp1).

**Cronograma.** Los pacientes seleccionados registrarán diariamente en el CRD intensidad de síntomas y consumo de antihistamínico. Los datos serán volcados en la base de datos creada integrados con los de polinosis y meteorología. Análisis estadístico. Se realizará un análisis descriptivo, donde las variables cualitativas se expresarán como frecuencia y porcentaje, y las continuas como media con desviación estándar y mediana. Se realizarán pruebas paramétricas/no paramétricas para determinar asociación potencial entre las variables de estudio ( $\chi^2$ , T-Student, U de Mann-Whitney, Kruskal Wallis), y para detectar relación o interacción entre las diferentes variables, se estudiarán las correlaciones.

CEIC: GALICIA. COD REG. 2016/566.

**Uso, demanda y consumo de recursos sociosanitarios por una cohorte de ancianos a lo largo de ocho años. (Resultados de Investigación– RI3)**

*MANUEL LUIS DA COSTA MOURE, JAVIER DA COSTA MOURE, ALMUDENA LEIRO MANSO, SILVIA RODRÍGUEZ MEDEIROS, OLGA MARIA ARJIZ CAO, ISACHI MUÑOZ GONZÁLEZ*

**OBJETIVO.** Analizar la demanda y el consumo de los diferentes servicios (mantenimiento básico, sanitarios, sociales y de sostenimiento) en un periodo de ocho años por una cohorte de ancianos.

**MATERIAL Y MÉTODOS.**

Estudio observacional prospectivo, de seguimiento a ocho años. Sujetos: Cohorte de 150 personas mayores de 65 años evaluadas previamente en el año 2001. Medio urbano.

Criterios de exclusión: Negativas. Institucionalizados. Residencia fuera. Ilocalizables.

Variables del Instrumento de medida The Olders Americans Resources and Services Program-Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (OARS-MFAQ), y sociodemográficas.

Análisis estadístico. Descriptivo, bivariante y regresión logística y lineal. Intervalos de confianza 95%, significación p

#### RESULTADOS.

La edad media de nuestra cohorte al final del estudio es de 80,9 años (IC 95%: 79,8;82) siendo mujeres el 63,6% (IC 95%: 53;74,3).

El mayor aumento de demanda significativo de los veintidós servicios a lo largo del periodo de ocho años, fueron: la ayuda para la realización de las tareas domésticas 29,9% (IC 95%: 17,9;41,8), la ayuda para la preparación de las comidas 31 (IC 95%: 20,3;41,8), la ayuda económica para mejorar las condiciones de habitabilidad de la vivienda -9,3% (IC 95%: -18;-1,3), la necesidad de cuidados de enfermería 20,5% (IC 95%: 6,4;34,5), la necesidad de cuidados personales diarios 15,5% (IC 95%: 5,5;19,6) y la necesidad de supervisión continua 14,3% (IC 95%: 5,9;23,6), de mayor a menor demanda respectivamente.

Observamos también que se produce un descenso significativo en este periodo en la necesidad de ayuda o tratamiento por problemas de salud mental -10,9% (IC 95%: -17,7;0).

Las mujeres (Beta=-0,9, IC 95%: -1,6; -0,2), las personas mayores casadas o en pareja (Beta=-1,3, IC 95%: -2,6;0) realizan un mayor consumo de los recursos sociales. A mayor edad se observa un mayor uso de estos recursos(p=0,04)

También observamos que los que creen que necesitan ayuda económica han aumentado sus recursos económicos en el periodo estudiado(p=0.06).

#### CONCLUSIONES

Se produce un aumento significativo del consumo de los servicios de ayuda para la realización de las tareas domésticas, preparación de comidas y expresan mayores necesidades de ingresos económicos, de mejora de la habitabilidad de la vivienda, de cuidados de enfermería, de supervisión continua y de cuidados personales diarios.

El centro de salud es el recurso sanitario más utilizado, aumentando el porcentaje de ancianos que acuden a él.

Las mujeres, los ancianos casados o en pareja y de mayor edad realizan un mayor consumo de recursos sociales.

Financiación. Beca para realización de proyectos de investigación en centros del sistema sanitario público gallego (orden 27/06/2008). N.º expediente PS08/50.

Autorización CEIC-Galicia, cod.2008/287.

#### **Aplicación y valoración de un programa de intervención psicomotriz con musicoterapia en gerontología (Resultados de Investigación- RI6)**

*Rebeca Sobrado Conde, Francisco Javier Formigo Couceiro, José Manuel Mayán Santos*

OBJETIVOS: mejorar la coordinación, el equilibrio y la funcionalidad de los pacientes de edad avanzada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio cuasi experimental de intervención comunitaria. N inicial 104, n final 69 (35 pérdidas por no finalización del programa). Se incluyen sujetos de 65 o más años de edad que viven en la comunidad, muestran una voluntariedad participativa activa y residen en la zona geográfica donde se realiza el estudio. Se excluyen aquellos que tienen problemas severos de movilidad o cognitivos y aquellos que no otorgan el consentimiento informado. Se divide a los participantes en cuatro grupos: control (A), cartas (B), musicoterapia (C) y

musicoterapia más cartas (D). A todos se le realizan las mismas valoraciones, una basal y otras cada tres meses hasta completar el año de seguimiento. Los grupos C y D participan en el programa de intervención psicomotriz con musicoterapia (dos horas a la semana con ejercicios predefinidos y siempre iguales). El grupo B y D juegan a las cartas dos horas a la semana. Las escalas de valoración utilizadas son el Lawton Brody (funcionalidad) y el test de Tinnetti corto (equilibrio), evaluándose especialmente su evolución. Se recogen variables sociodemográficas habituales. Se realiza la estadística descriptiva e inferencial. Estudio limitado por los sesgos de selección y el número de pérdidas.

**RESULTADOS:** Edad media  $74,9 \pm 6,5$  años con un 67% de mujeres. La puntuación media en la escala de Lawton Brody al principio del estudio es de  $6,5 \pm 2$ . La diferencia de puntuación en esta escala entre la primera evaluación y la última es de un 12% en negativo

**CONCLUSIONES:** El programa de intervención psicomotriz con musicoterapia parece efectivo en la mejora del equilibrio con sus posibles efectos en la prevención de caídas y deterioro consiguiente. Los pacientes que más empeoran su funcionalidad son aquellos que no realizan ninguna actividad reglada.

**La monitorización continua de glucosa es más sensible en la detección de alteraciones glucémicas que la HbA1C y la glucosa basal en ayunas: estudio en una población española no diabética (Resultados de Investigación– RI11)**

*Vanessa García-Ciudad Young, Manuel Fernández-Areán, Marcos Pazos-Couselo, José Manuel García-López, Manuela Alonso-Sampedro, Francisco Gude*

Los parámetros utilizados en la práctica clínica para valorar el estado glucémico son la glucosa basal en ayunas (GBA), la sobrecarga oral de glucosa (SOG) y la hemoglobina A1C (HbA1C), aunque no siempre indican el mismo estado glucémico. La monitorización continua de glucosa

(MCG) ofrece una información más detallada del comportamiento de la glucemia; es por ello que en este estudio evaluamos cuál de estos métodos es más sensible en la detección de la disglucemia.

Para evaluar la capacidad de la MCG en el diagnóstico precoz de la hiperglicemia, se recogieron un total de 1521 días completos de datos de MCG válidos en una muestra de una población española no diabética en condiciones reales de vida, así como los valores de GBA y HbA1C correspondientes. Los criterios de exclusión fueron: embarazo, enfermedad renal, enfermedad hepática, y la toma de medicación que afecta a la glucemia.

El 21% de los participantes fueron clasificados como prediabéticos en función de la GBA y/o HbA1C. Los valores medios de 24 horas de la glucosa en sangre (MBG) en los individuos normoglicémicos fueron de  $5.7 \pm 0.4$  mmol/L ( $102.6 \pm 7.2$  mg/dL), pasando el 97% del tiempo con la glucosa en rango normal. El 73% de los sujetos normoglicémicos estuvieron en algún momento por encima del rango de diagnóstico de la intolerancia a la glucosa, e incluso un 5% estuvieron por encima del rango de diabetes. Además, estos mismos individuos tuvieron variaciones glucémicas, medidas mediante SD y MAGE, que fueron similares a las encontradas en sujetos clasificados como prediabéticos a través de criterios estándar. El 44% de los individuos normoglicémicos estuvieron una media de 23 minutos por día en el rango de hipoglucemia.

**Conclusión:** La MCG es un mejor indicador de cambios anormales precoces en la glucemia que la GBA o la HbA1C.

**Financiación:** Este Proyecto de investigación fue financiado por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), proyectos PI16/01395, PI13/02594 y PI11/02219, cofinanciados con fondos FEDER. M.A.S fue financiada con cargo las redes de investigación del ISCIII Red de Investigación en Actividades preventivas y promoción de la salud en Atención Primaria (RD12/0005/0007 y

RD16/0007/0006), y la Red de Trastornos Adictivos (RD16/0017/0018), cofinanciados con fondos FEDER. Este trabajo también tuvo apoyo financiero de Medtronic Ibérica.

CEIC 2012-025 del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia, y sigue las directrices de la Declaración de Helsinki. Se obtuvo consentimiento informado de todos los participantes en el estudio.

### **DISLIPEMIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿COMO LO HACEMOS? (Resultados de Investigación– R114)**

*Fernández Varela, Alba. Martínez Martínez, Honorio Jorge. Bello Bugallo, Nicolás. Fernández Astray, Laura.*

**OBJETIVOS:** Analizar la adecuación del manejo de los pacientes con dislipemia a las recomendaciones de la Guía de la SEC/SEA de 2016. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal, realizado en un centro de atención primaria. Se analizaron todos los pacientes diagnosticados, de novo, de dislipemia desde 2012. Los datos (edad, sexo, riesgo cardiovascular, tratamiento con fármacos, tipo y dosis, cLDL basal y después del tratamiento, indicación de no tratar pacientes con RCV alto/muy alto o de tratar a pacientes con RCV moderado), se obtuvieron de la historia clínica, anonimizándolos para la tabulación y análisis. La principal limitación es inherente al diseño del estudio, la ausencia de registro de algunos datos. Se describen las variables y se analiza su relación con chi cuadrado o test exacto de Fisher (con SPSS 15). **Resultados:** De los 616 pacientes (edad media 59,43 años), 284 son varones (46,1%) y 332 mujeres (53,9%). Son tratados con fármacos el 37,2% (229), el 76% con RCV alto/muy alto, el 27% con RCV moderado y el 1% con RCV bajo. El 97% de los fármacos usados son estatinas (solas o combinadas) de las cuales el 86,7% son atorvastatina y simvastatina. De los pacientes con fármacos, se logra el objetivo terapéutico en un 18,3% (RCV muy alto), 36,1% (RCV alto) y 51,6% (RCV moderado). En RCV alto se usan estatinas de potencia moderada y

en RCV muy alto estatinas de potencia moderada o alta, a pesar de que el 50% de los pacientes tratados precisan una reducción mayor del 50% para alcanzar el objetivo. **Conclusión:** El grado de mejora en el manejo de las dislipemias es considerable, especialmente en pacientes con RCV muy alto. En nuestro perfil de pacientes, se justificaría el uso generalizado de estatinas potentes.

### **PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y EL APOYO SOCIAL EN PERSONAS MAYORES DE 70 AÑOS. (Resultados de Investigación– R115)**

*M<sup>a</sup> Dolores López Fernández; Lucía Barreiro Casal; Ana Isabel Castaño Carou; Cristina Villanueva Otero; Inés Veiga Basalo; Pilar Gayoso Diz*

**OBJETIVOS:** Determinar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y el apoyo social percibido (ASP) en mayores de 70 años (>70a) de un área sanitaria

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Diseño: Estudio transversal descriptivo. **Ámbito:** 5 Centros de Salud (CS) de un área sanitaria. **Selección:** Población >70a asignada a los médicos de familia (MF) del equipo investigador; no institucionalizados; Barthel  $\geq$  90; que aceptan participar voluntariamente y firman el consentimiento informado. **Tamaño muestral:** n=239 (proporción 5%, para nivel de seguridad (1-alfa) 95%, precisión 3%, incremento 15% en previsión de pérdidas); seleccionados por muestreo aleatorio estratificado por cupo de MF participante. **Mediciones y variables de estudio:** Variables: edad, género, IMC, patologías crónicas; déficits sensoriales o motores, medicación activa. Se realizó una entrevista en la que se pasó el cuestionario EuroQol-5D (EQ-5D) de CVRS y el cuestionario Duke-UNC de apoyo social percibido. **Análisis estadístico:** Se realizó un análisis descriptivo para variables cualitativas y un análisis bivariado para variables cuantitativas. Se usó el programa estadístico SPSS. El proyecto está autorizado por el CEIC de Galicia (código-2017/060)

**RESULTADOS:** El 50.2% fueron varones, con una edad media de 75.82 años. Las enfermedades crónicas más frecuentes fueron la hipertensión arterial (75.3%) y la enfermedad osteoarticular (41.4%). El 92.9% de los participantes presentaron un apoyo social normal (Duke-UNC>20). Las dimensiones más afectadas de la CVRS (EQ-5D) fueron dolor/malestar seguida de ansiedad/depresión y movilidad. Casi la mitad de los sujetos presentan un EQ5-VAS mayor de 80 (49,4%). Las variables asociadas con peores resultados de CVRS son el género femenino (EQ5-VAS 68.4 vs 75.8; P=0.005) y el padecimiento de enfermedad osteoarticular (EQ5-VAS 68 vs 75.2; p=0.007). Se encontró correlación entre la CVRS y el apoyo social percibido (coeficiente Spearman=0.152; p=0.019)

**CONCLUSIONES** La CVRS está relacionada con el apoyo social percibido, la enfermedad osteoarticular y el género femenino se asocian a menor CVRS.

**VALIDACIÓN DE LA ESCALA SHORT FES-I EN POBLACIÓN ESPAÑOLA MAYOR DE 70 AÑOS. (Resultados de Investigación– RI16)**

*Ana Isabel Castaño Carou, Cristina Villanueva Otero, M<sup>a</sup> Dolores López Fernández, Lucía Barreiro Casal, Almudena González Montaos, Pilar Gayoso Diz*

**OBJETIVOS:** Validar la escala SHORT FES I en castellano en población española mayor de 70 años (>70a).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Diseño: Estudio observacional transversal de validación de una escala. Ámbito: 5 Centros de Salud (CS) de un área sanitaria. Selección: Población >70a asignada a los médicos de familia (MF) del equipo investigador; no institucionalizados; Barthel  $\geq$  90; que aceptan participar voluntariamente y firman el consentimiento informado. Tamaño muestral: n=231; seleccionados por muestreo aleatorio estratificado por cupo de MF participante. Mediciones y variables de estudio: Variables: edad, género, IMC, patologías crónicas; déficits sensoriales o motores, medicación activa Se realizaron dos entrevistas separadas 4

semanas, se pasaron las escalas FES I y SHORT FES I (miedo percibido a caerse), pruebas de ejecución (Test Time Up and Go, TUG) y fragilidad (SPPB) para medir el riesgo de caídas

**Análisis estadístico:** se estudió la factibilidad, la fiabilidad: consistencia interna (alfa de Cronbach) y reproducibilidad test–retest, (coeficiente de correlación intraclase, CCI) y la validez de constructo discriminante: matriz de correlaciones de Spearman entre las puntuaciones del SHORT FES I, FES I y TUG. El proyecto ha obtenido el CEIC de Galicia

**RESULTADOS:** La escala Short FES-I muestra excelente consistencia interna (alfa de Cronbach= 0,90, CCI= 0,89) y reproducibilidad test-retest (CCI= 0,76). Tiene una elevada validez de criterio concomitante analizada por su correlación con FES-I (CCI= 0,90). La validez de constructo discriminante ha sido confirmada tanto para SPPB como TUG. Las curvas ROC muestran una buena clasificación para fragilidad (SPPB) con AUC=0,715; se analizaron los posibles puntos de corte proponiendo un valor > 8 para moderado/alto miedo a caídas.

**CONCLUSIONES** La escala Short FES-I es un buen instrumento de medida del miedo a las caídas en población española mayor de 70 años y es válida para su uso clínico y en investigación.

CEIC: 2017/060

**¿Influye una intervención sobre médicos de Atención Primaria, en el registro de tabaquismo en historia clínica? (Resultados de Investigación– RI17)**

*Adalid Maldonado Díaz, Néstor J. Sánchez Sánchez, María Teresa Alves Pérez*

**OBJETIVOS:** Determinar si una intervención anual sobre médicos de familia mejora el registro de tabaquismo activo en historia clínica.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Diseño, ámbito de realización y marco o nivel de atención sanitaria, criterios de

selección, número de sujetos incluidos, número de sujetos que responden y abandonos, intervenciones (si procede), variables y métodos de evaluación de la respuesta. Análisis estadístico, limitaciones, aspectos ético-legales.

Estudio de intervención con evaluación pre-post de efectividad al registrar en historia clínica electrónica (HCE) en centro de salud urbano. Población diana: 28161 habitantes >15 años; 20 médicos de familia. Muestra: todas las HCE que cumplían criterios de inclusión: consentimiento de los médicos de familia y participación en las intervenciones. Exclusión: pediatría, desplazados, fallecidos, ausencia profesional >1mes, estabilidad del cupo <6 meses. Variables recogidas: sociodemográficas del paciente; del médico: sexo, historia tabáquica, turno, tutor/no tutor, población asignada; episodio "abuso de tabaco" basal, 6 y 18 meses.

Intervención. Sesiones clínicas centradas en tabaquismo impartidas por residentes.

Limitaciones. Derivadas de HCE y validez externa.

## RESULTADOS

Evaluamos una población de 13109 personas asignadas a 9 médicos. El registro

de tabaquismo global aumentó de 5.16% a 7.30% ( $p < 0,001$ ). También respecto al registro anual previo ( $p = 0.006$ ). Pero de 2015 a 2016 empeoró ( $p = 0.031$ ), no existiendo diferencia respecto al registro previo a la intervención ( $p = 0.600$ ).

La media de edad de los fumadores fue de 49 años (IC 95%: 48,87-50,59), menor entre mujeres ( $p = 0.014$ ). 53.3% hombres.

Entre profesionales, la intervención mejoró el registro entre las médicas ( $p < 0.001$ ), en los fumadores respecto a nunca fumadores ( $p < 0,001$ ), en los cupos >1500 tarjetas (0.001), en turno de tarde y deslizantes ( $p < 0.001$ ) y entre tutores respecto a los que no lo eran ( $p < 0.001$ ). Los médicos no mejoraron en la primera intervención, y en 2016 empeoraron ( $p < 0.005$ ).

## CONCLUSIÓN

Una intervención en centro de salud para mejorar el registro de tabaquismo es eficaz a corto plazo. Se requieren estrategias para concienciar en la importancia de, este hábito y establecer mecanismos para mejorar su registro en HCE.

## **Especial XXI Jornadas AGAMFEC:**

### **Comunicaciones póster / Comunicacions póster XXI XORNADAS GALEGAS DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA**

**WEB:** <https://www.agamfec.com/congreso-agamfec/ourense2017/>

#### **Poster con defensa**

#### **SÍNDROME DE LA PIEL TOSTADA. (Casos Clínicos- CC4)**

*Cassandra Veiga Rodríguez, Verónica Rodríguez Fernández, Tania Vázquez Rodríguez*

ÁMBITO: Atención primaria

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor lumbar

HISTORIA CLÍNICA: Mujer de 72 años con dolor en región lumbar en tratamiento con analgésicos y calor local mediante una botella de agua caliente. Antecedentes personales: Obesidad, depresión, poli artrosis, Diabetes tipo II. Tratamiento: metformina, citalopram, Lorazepam, tramadol y paracetamol.

Exploración física: lesiones marronáceas reticuladas e hiperpigmentadas en región dorso-lumbar.

Enfoque familiar: viuda con escaso soporte familiar, vive sola

Juicio clínico: eritema ab igne o síndrome de la piel tostada

Diagnóstico diferencial: enfermedades de tejido conectivo como lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido, síndrome de Snedon, vasculitis primarias sistémicas o cutáneas.

Tratamiento: Retirar la fuente de calor, hidratación cutánea y analgesia.

Evolución: tras tres semanas discreta mejoría de las lesiones con dolor controlado.

CONCLUSIÓN: El "síndrome de piel tostada" o eritema ab igne es un efecto adverso a la exposición repetitiva del calor. En el pasado era frecuente en miembros inferiores por exposición a fogatas o calentadores. Hoy en día no es habitual, lo que hace que su diagnóstico sea confundido con patologías sistémicas. Si aparece se relaciona con el manejo del dolor mediante calor local con bolsas, botellas, etc. El diagnóstico es clínico, por lo que es importante una buena historia clínica. El tratamiento es la eliminación inmediata del agente causal. Según la intensidad y tiempo de exposición las lesiones pueden permanecer por largo tiempo y precisar medicación tópica con tretinoína o hidroquinona. El pronóstico es bueno, siempre y cuando se remueva el agente causal de forma temprana. Si la exposición persiste las lesiones evolucionan a atrofia de la dermis y premalignidad.

Puede simular otras enfermedades, por lo que su conocimiento es útil para no plantear pruebas complementarias y tratamientos innecesarios, dado que no tiene un tratamiento específico.

#### **CUANDO DESPRESCRIBIR ES LA MEJOR OPCIÓN TERAPÉUTICA. (Casos Clínicos- CC5)**

*Andrea Carolina Soto Ball, Natalia Lueiro Gonzalez, Flavia Berrocal de Paterarroyo*

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria

Motivos de consulta: Dolor crónico no oncológico

Anamnesis: Paciente de 59 años, nueva en el cupo quien nos consulta por primera vez en Enero 2016 por dolor, revisamos HC electrónica desde el 2009 su principal motivo de consulta es dolor con necesidad de subida progresiva en la escala analgésica hasta 3º escalon OMS, necesitando por efectos secundarios laxantes, procinéticos, antieméticos.

Antecedentes Personales: Fibromialgia, Dolor crónico no oncológico, Trastornos de somatización, Abuso de fármacos, Distimia, HTA.

Tratamiento al inicio de la intervención: Cymbalta 60: 1-0-0, Cymbalta 30: 0-1-0, Deprax 100: 0-0-1, Tranxilium 50: 0,5-0,5-0,5, Lorazepam 2: 0-0-1, Parapres Plus Forte 32/25: 1-0-0, Enantyum 25: 1-1-1, Omeprazol 20: 1-0-0, Metamizol a demanda, Domperidona: 1-1-1, Fentanilo 75 Parches 1/72h. Fentanilo 200mcg. A demanda.

Plan de actuación: Reducción de medicación, Programar consultas de seguimiento, Establecer buena relación Médico-Paciente.

Evolución: Se establece una buena comunicación médico-paciente, se pauta en consenso la reducción progresiva de medicación. Este 1,5 año tuvo algunos problemas (sobre ingesta medicamentosa vs crisis conversiva). Actualmente vive sola, continúa reduciendo la medicación no necesita analgésicos opioides, se pautado la retirada progresiva de aines, no precisa antihipertensivo, se han reducido las consultas en PAC/URG. centrando la atención en MF, ha evolucionado favorablemente con mejoría significativa del dolor y otros síntomas (mareos, náuseas, estreñimientos, fatiga). En el aspecto psiquiátrico continua estable en descenso de medicación iniciado 2014. Probablemente de continuar con esta estrategia pueda llegar a estar sin medicación.

CONCLUSIONES:

-Establecer una buena relación médico-paciente es fundamental para garantizar la adherencia terapéutica y continuidad de la atención medicación.

-Conocer el entorno del paciente, la HC, las prescripciones médicas nos pueden dar una visión global para individualizar las estrategias terapéuticas pudiendo lograr así un mejor manejo.

-los médicos nos formamos para prescribir, pero en este arte que es la medicina algunas veces la soluciones está en lo contrario.

### **MÁS ALLÁ DE LA CEFALEA. (Casos Clínicos-CC20)**

SANTIAGO FERNÁNDEZ BLAS, LUIS MENENDEZ RODRIGUEZ, LORENA GONZALEZ ARZA

Ámbito: Atención Primaria

Motivo de consulta: Cefalea

Hª Clínica: -Enfoque individual: Mujer de 53 años diabética tipo 1 con retinopatía, hipotiroidismo subclínico, gastritis atrófica, y tabaquismo. Consulta por cefaleas frecuentes de características mixtas que no ceden con analgesia habitual desde hace 2 meses. La exploración física y neurológica es normal. Presenta un mal control metabólico con Hb glicada de 8%. No presenta hipoglucemias. En la escala de Goldberg presenta una elevada puntuación en la subescala de ansiedad (8 puntos)

-Enfoque familiar: Convive en una familia nuclear en fase de nido vacío. Su red social es de tamaño medio (3 contactos). Presenta un bajo apoyo social (27 puntos), tanto afectivo como confidencial, según la escala de Duke-Unc. Al explorar la dinámica familiar se detecta una disfunción familiar grave en la escala de APGAR familiar (2 puntos) secundaria a una relación de pareja conflictiva con perfil de género.

Identificación de Problemas:

- 1.- Diabetes Mellitus tipo 1 con mal control
- 2.- Tabaquismo activo en fase precontemplativa

3.- Cefaleas de características mixtas.

4.- Disfunción Familiar con problemática de pareja

Tratamiento y Planes de actuación: Se realiza un abordaje biopsicosocial centrado en la persona. La paciente identifica sus episodios de cefalea con periodos de mayor conflictividad conyugal. Tras varias consultas programadas con psicoterapia de apoyo y tratamiento antiinflamatorio, triptanes y ansiolíticos se controlan los episodios de cefaleas y se rebaja el nivel de ansiedad. La trabajadora social del centro de salud realiza apoyo y asesoramiento anticipatorio.

Evolución: Una vez centrado el caso y detectado el problema psicosocial de base, se logra controlar la hiperfrecuentación y la sintomatología. De manera participativa y con estrategias de corte motivacional se fija el siguiente objetivo, que es mejorar el control metabólico de la diabetes, dejando por el momento el abandono del tabaquismo. Si la paciente decide hacer un cambio en su dinámica familiar tendrá a su disposición los recursos asistenciales ofertados. Los problemas psicosociales tienen una prevalencia elevada en las consultas de Atención Primaria, suelen presentarse como síntomas clínicos, hiperfrecuentación o mal control de enfermedades crónicas. Pasar consulta pensando en "términos de familia" ayuda a su detección y manejo.

**Fuera de ficha técnica.  
(Casos Clínicos– CC28)**

*Gómez Hung Mairene, Abdulkadir Asaad Hassan, Sastre Gervás M<sup>a</sup>*

Ámbito: Mixto. Atención Primaria (AP), Hospitalización a Domicilio (HADO) y Farmacia de AP.

Motivo de consulta: prurito refractario.

Antecedentes personales: Ex bebedor, Hepatopatía crónica por VHC y enólica. Recién ingreso hospitalario con diagnóstico de hepatocarcinoma estadio 3 no subsidiario de tratamiento específico.

Exploración: afebril. Ictericia cutáneo mucosa. Xerosis cutánea, excoriaciones por rascado en zona dorsal y piernas. Abdomen: globuloso, blando, depresible, ascitis, hepatomegalia 4 traveses con borde hepático irregular.

Pruebas complementarias: Bioquímica: Bilirrubina: 7.3 GOT 308 GPT 73, FA: 1189, LDH 350. Eco abdominal: Múltiples LOES en LDH compatibles con metástasis o tumor primitivo con metástasis. TAC abd-pélvico: Masa hipodensa en segmento VI-VII hepático, polilobulada, presencia de nódulos en segmentos III, V y VI en probable relación con hepatocarcinoma multicéntrico. Trombosis de la rama derecha de la porta, probablemente tumoral.

Juicio clínico: Prurito colestásico refractario.

Evolución: Se trata de un paciente con hepatopatía crónica por VHC y enólica y hepatocarcinoma subsidiaria sólo de medidas paliativas que consulta por prurito muy intenso sin alivio con tratamiento antihistamínico pautado en ingreso hospitalario, como era de esperar, ya que el prurito colestásico no suele responder a estos fármacos. En AP intentamos otras líneas de tratamiento con resinas de intercambio iónico, barbitúricos y ácido ursodesoxicólico, sin mejoría. Realizamos búsqueda bibliográfica y encontramos un algoritmo terapéutico del Hospital del Mar de Barcelona en donde se recomienda el tratamiento con Ondansetrón. Lo comentamos en HADO, donde ingresa el paciente para paracentesis evacuadora y con nuestra farmacéutica de referencia al tratarse de una indicación fuera de ficha técnica. En HADO pautan tratamiento con Ondansetrón 8 mg c/12 horas con resolución del prurito.

Conclusiones: El tratamiento del prurito colestásico no resulta sencillo, requiriendo acudir a varias líneas de tratamiento, incluyendo aquellos que se encuentran fuera de ficha técnica como en nuestro caso ocurre con el Ondansetrón. Resaltar que

resultó fundamental la colaboración de AP, HADO y FAP en el manejo de este paciente.

**Gamificación, una oportunidad en educación para la salud (Comunicaciones de experiencias – CE2)**

*Verónica Rodríguez Fernández, Casandra Veiga Rodríguez, Tania Vázquez Rodríguez*

Objetivos de la experiencia

Actividad educativo-sanitaria encaminada a lograr el empoderamiento en el sentido biopsicosocial del paciente.

Potenciar habilidades resilientes para prevenir factores de riesgo en Diabetes Mellitus.

Colaboración multidisciplinar

Descripción de la experiencia: Se trata de cuatro encuentros en los que de forma dinámica y participativa se charla sobre conceptos generales de Diabetes Mellitus y su prevención, detección y respuesta adecuada ante situaciones urgentes, cesta de la compra y recetas de alimentos sabrosos y saludables. Así mismo, se ofrece información sobre la importancia del ejercicio físico y se realizan una serie de ejercicios fáciles y accesibles para incorporar en la vida diaria.

Todo ello, dinamizado a través de la adaptación del conocido "Juego de la Oca".

Conclusión: Los pacientes con una mentalidad resiliente pueden afrontar con mayor éxito posibles adversidades, favoreciendo conductas encaminadas a mejorar su salud.

Es importante que los médicos tomemos conciencia de la importancia de la educación sanitaria, que, aunque la realizamos como podemos en la consulta, no consigue en la mayoría de los casos los objetivos que nos proponemos. Por tanto, trabajar conjuntamente con enfermería es una buena oportunidad para desarrollar talleres grupales con el objetivo de mejorar los niveles de conocimiento, la adhesión al tratamiento y el grado de satisfacción de estos pacientes.

Aplicabilidad: La salud es un problema tan complejo que precisa la alianza de equipos multidisciplinares para ofrecer oportunidades de educación sanitaria. El médico tiene por su formación una visión parcelada del hombre o de la comunidad, por lo que la cooperación puede favorecer las habilidades resilientes de los pacientes. Además, las técnicas de aprendizaje tipo "gaming" son una estrategia de enseñanza que pretende hacer el aprendizaje más atractivo y estimulante a través del juego.

**¿QUE FACTORES PUEDEN INFLUIR EN LA ELECCION DE LA ESPECIALIDAD DE MFYC EN GALICIA? ENCUESTA REALIZADA A RESIDENTES DE PRIMER AÑO DE MFYC DE GALICIA. (Comunicaciones de experiencias – CE6)**

*Natalia Franco Zárata, Jesús Valverde Leis*

OBJETIVOS: Conocer las características demográficas de los residentes de primer año para determinar de qué manera pueden influir en la toma de decisión de elección de la especialidad en Galicia.

Estudiar las posibles causas que puedan afectar el decidir realizar la especialidad en determinada unidad docente.

Plantear vías de mejora en los recursos que dan a conocer las unidades docentes gallegas.

Optimizar la forma de motivar a los estudiantes de medicina para que tengan gran interés en la especialidad en MFyC.

Descripción: Hemos solicitado a las unidades docentes gallegas, que enviaran un correo a sus MIREs de primer año, el cual contenía un vínculo para contestar una encuesta on-line en el formato google forms. Se realizó de manera anónima y voluntaria. De 92 residentes gallegos hemos obtenido 44 respuestas. Actualmente la encuesta sigue activa.

Conclusiones: Hemos concluido que los residentes encuestados tienen diversos motivos para elegir la especialidad en Galicia, más allá de la ubicación. También influye los motivos familiares y personales,

y la organización y/o estructura de la unidad docente, la cual, era conocida por más de la mitad de ellos antes de elegir plaza, y un porcentaje importante la por una llamada realizada a un residente desconocido que ya pertenecía a dicha unidad.

La mayoría respondieron que la principal razón que motivó a elegir la especialidad fue por haber realizado prácticas de verano en Centros de Salud, otro porcentaje porque tenía muy buenas referencias sobre la especialidad, y en menor porcentaje por el lugar.

Aplicabilidad: Las anteriores conclusiones podrían permitir a una unidad docente mejorar la forma como se da a conocer a los futuros residentes, así como, buscar otras opciones para motivar a los estudiantes para que tengan altas expectativas y gran interés de realizar la especialidad de medicina de familia y comunitaria en Galicia.

#### **¿LA MANIOBRA LIBERADORA EN EL VERTIGO PAROXISTICO BENIGNO (VPB) SON FACTIBLES EN LA PRACTICA CLINICA DIARIA? (Proyectos de Investigación – PI3)**

SANTIAGO FERNÁNDEZ BLAS, LUIS MENÉNDEZ RODRIGUEZ, MARÍA JOSE FERNÁNDEZ DOMINGUEZ, KARIN MEIER CÁCHARO, MAITE TERESA SANTIAGO PUGA, MIGUEL ÁNGEL MARÍN GARCÍA

OBJETIVOS: Comprobar la efectividad de las maniobras liberadoras en la patología del VPB.

Diseño: Estudio de casos (tratados con maniobras liberadoras de Epley) y controles (tratamiento farmacológico).

Lugar de realización: Centro de salud

Marco de nivel de atención sanitaria: atención primaria

Criterios de selección: Paciente diagnosticado de VPB según los criterios de la Clasificación Internacional de los Trastornos Vestibulares (ICVD).

Número de sujetos necesarios: Suponiendo que tras un periodo de tiempo de

seguimiento de 6 meses el 83% de los casos han mejorado de sus síntomas de vértigo frente al 58% de los controles, para un nivel de confianza del 95% y una potencia del 90% se precisan 136 pacientes, 68 casos y 68 controles

Intervenciones: Se realizarán a los pacientes diagnosticados de VPB y que firman el consentimiento informado:

- Controles: toma de betahistina.

- Casos: maniobra liberadora de Epley.

Análisis estadístico: Se realizará el análisis descriptivo donde las variables cualitativas se expresarán como frecuencia y porcentaje. Las variables continuas se expresarán como media  $\pm$  desviación estándar, mediana. Se realizarán pruebas paramétricas / no paramétricas (Chi-Cuadrado, T-Student, U de Mann- Whitney)

#### **Perfil demográfico y asistencial de una consulta urbana y estudio de la gestión de citaciones (Resultados Investigación – RI2)**

Alejandra Ibáñez Quintana, M<sup>a</sup> Montserrat Franco Ojea, Cristina Luiña Fernández, Rocio Sobrino Souto, Ana Zamora Casal

Presentamos un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo del perfil demográfico y asistencial de una consulta de atención primaria en medio urbano y de la correcta o no citación de pacientes en las diversas categorías (demanda, programada, telefónica y forzada/urgente) a lo largo de tres meses.

Los objetivos principales del mismo eran determinar si los pacientes que consultaban habían sido citados correctamente de acuerdo a las características de su cuadro clínico y necesidades asistenciales concretas (¿Se citan como urgencias pacientes cuya patología no lo justifica o telefónicamente pacientes cuyo cuadro aconseja consulta presencial? ¿Cuál es la tasa de citas programadas y a demanda?), conocer características de la población y constatar patologías preponderantes.

La metodología conlleva el citado estudio en base a registro estadístico de un cupo de AP urbano, considerando las siguientes variables:

- De pacientes: sexo, edad y motivo de consulta
- De citas: tipo (programada, a demanda, urgente), medio por el cual se lleva a cabo (presencial o telefónica).

Se recogieron los datos obtenidos de dichas variables, realizando su descripción y asociación en el período estudiado. Se analizó información obtenida y se elaboran conclusiones pertinentes.

En lo referente al análisis de resultados destacamos los siguientes:

- Se atendieron 2222 consultas; 91.98% a demanda y solo 8.01% programadas.

-11,56 % no tenían cita previa, acudieron por urgencia; estando justificadas solo el 40.46 %.

- Se atendieron 385 consultas telefónicas; 36.88% citadas incorrectamente por consultar patologías que precisan valoración presencial, estar citadas como consultas de enfermedad y tener como finalidad la renovación de prescripción, etc.

En base a estos resultados y al resto de los que se aportarán, se evidenció, como conclusión, la necesidad de invertir tiempo y recursos tanto en educación sanitaria del paciente medio como en formación de administrativos y profesionales sanitarios responsables de mejorar la gestión de citas/consulta.

**ADECUACIÓN DE LA DERIVACIÓN DE PACIENTES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS (SUH) (Resultados Investigación – RI21)**

*Fontao Paradela M, González Alonso C, Vila Nuñez R, Gayoso Diz P, Gulín González R, Martín García C.*

OBJETIVOS: Identificar los factores que influyen o modifican la adecuación de las

derivaciones desde Atención Primaria a un SUH. Describir las características de los pacientes, así como los patrones estacionales de frecuentación.

Material y método:

Diseño: Estudio observacional transversal. Informe favorable del CEIC de Galicia.

Ámbito de realización y población: Estudiamos una muestra de 432 paciente mayores de 15 años, adscritos al equipo de mañana de un Centro de Salud urbano, que entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2015 fueron atendidos en un SUH. El tamaño muestral se ha estimado en base a la proporción de derivación inadecuada comunicada en estudios previos; para un nivel de seguridad del 95%, un porcentaje de inadecuación del 30 % y una precisión en la estimación del 5%,

Variables: Del paciente: Edad, sexo, pluripatología y CARS. Del episodio: Origen, hora de la asistencia, día de la semana, día del mes, destino, adecuación de la atención (PAUHm) y concordancia.

Análisis estadístico: Se emplearon medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas y frecuencia y porcentajes para las variables cualitativas. En el análisis bivariante se realizó comparación de proporciones y medias (X<sup>2</sup> y t-Student) y en el análisis multivariante modelos de regresión logística binaria. Para el procesamiento y análisis de datos empleamos el paquete estadísticos SPSS 23.0. Se consideran estadísticamente significativos valores de p <0,05.

Resultados: Edad media 59 años (IC al 95% 57-61) sin diferencia entre sexos. El 55% eran mujeres. Un 87% de los pacientes no tenían pluripatología. El 77% tenían un riesgo bajo en la clasificación CARS. El 73% acudieron a urgencias por iniciativa propia. El 75% fueron alta (15% dirigidos a consultas externas y el resto a domicilio). El porcentaje de adecuación fue del 64%. La concordancia de los pacientes derivados fue del 90%. Lunes y viernes son los días de mayor frecuentación en el SUH, siendo el

sábado el de mayor frecuentación por iniciativa propia y el martes el de mayor frecuentación por derivación. Enero y marzo son los meses de mayor frecuentación en el SUH, siendo marzo y diciembre los de mayor frecuentación por iniciativa propia y enero y septiembre los de mayor frecuentación por derivación. El tramo horario de 15 a 22 horas es el de mayor frecuentación en el SUH, siendo el de 15 a 22 horas el de mayor frecuentación por iniciativa propia y el de 08 a 15 horas el de mayor frecuentación por derivación. Los pacientes de mayor edad tienen significativamente más pluripatología ( $p < 0,001$ ), riesgo más alto en el CARS ( $p < 0,001$ ), acuden menos por iniciativa propia ( $p 0,049$ ) e ingresan más ( $p 0,002$ ). La adecuación es mayor en los pacientes derivados ( $p < 0,001$ ), en los que tienen pluripatología ( $p 0,02$ ) y en los que tienen un riesgo alto en el CARS ( $p 0,02$ ).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes que demandan atención urgente hospitalaria lo hacen por iniciativa propia y en el tramo horario de 15 a 22 horas. Los pacientes derivados desde atención primaria tienen una alta concordancia y una mayor adecuación. La edad, la pluripatología y el riesgo son otros factores que influyen en la adecuación.

#### **Encuesta de satisfacción a acompañantes de pacientes. Urgencias Hospitalarias. Sección Pediatría.**

##### **(Resultados Investigación – RI20)**

*G Lorenzo Pazos*

OBJETIVOS: Conocer el grado de satisfacción global de los usuarios de nuestra unidad de urgencias pediátricas (UUP); analizar los factores que podrían haber influido en su valoración.

##### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Ámbito: Complejo Hospitalario-Universitario de Segundo Nivel.

Estudio de cohortes prospectivo basado en una encuesta a los acompañantes de pacientes menores de 14 años atendidos en la UUP durante Enero y Febrero del 2017. Muestreo aleatorizado, sistemático, con garantía de anonimato de los encuestados, y entrega en mano del formulario al alta hospitalaria.

Para obtener una muestra representativa, se estimó un tamaño muestral necesario  $n = 93$ . Finalmente se realizaron 104 encuestas (103 cumplieron criterios de inclusión).

El diseño del cuestionario (41 ítems agrupados en varias categorías) se basó en dos estudios similares cuyos formularios habían sido validados previamente.

Criterios inclusión: - Respuestas válidas: al menos 70% de los ítems,

Criterios exclusión: - Inmigrantes o indigentes no filiados, - Hablantes de idioma extranjero sin dominio del español o gallego - Pacientes que requirieron ingreso hospitalario.

##### **RESULTADOS:**

En esta muestra, el 95% de los encuestados se muestra "satisfecho" / "muy satisfecho" con la atención recibida.

El grado de satisfacción demostró relación con el tiempo transcurrido hasta la atención por el facultativo, así como de la calidad de sus "explicaciones" (expectativas, cuidados en domicilio...) sobre el motivo de consulta.

El alivio efectivo y precoz del dolor, y los retrasos "injustificados" en el proceso asistencial se han mostrado como los aspectos más susceptibles de mejora.

##### **CONCLUSIONES:**

En el presente estudio, la percepción de los encuestados ha aportado un grado de satisfacción superior a trabajos similares. Dicha percepción permite detectar áreas de mejora: el impacto de las intervenciones en este sentido podría evaluarse/validarse mediante realización de encuestas periódicas.

## **Poster**

### **TALLER DE IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DEL CONSEJO DIETÉTICO INTENSIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA**

#### **(Comunicaciones de experiencias – CE1)**

*María del Mar Cantero Quirós, Manuela Sánchez Cañadas, Margarita Ramos Vázquez, Carolina Hidalgo Benítez, Diego Rojas Rodríguez*

**OBJETIVOS:** Ofrecer Consejo Dietético Intensivo como complemento.

Plantear servicio de inclusión en Plan para Promoción de Actividades Físicas y Alimentación Equilibrada.

Reducir morbilidad relacionada con alimentación inadecuada y sedentarismo.

Instaurar hábitos saludables

Conocer importancia de una alimentación y actividad adecuada.

**DESCRIPCIÓN:** Consejo Dietético Intensivo estrategia que ofrece consejo de mayor intensidad, y en pacientes con factores de riesgo. Participe de sesiones socioeducativas grupales, incrementando conocimientos sobre alimentación y ejercicio físico adecuado.

**Dirigido:** a personas adultas con sobrepeso u obesidad, sedentarias y/o factores de riesgo de Diabetes, cardiovascular; los intervenidos por Consejo Básico insuficiente. A población adulta que solicita participación por iniciativa propia.

El CDI estructurado por actividades individuales y grupales dividido en:

- Actividad individualizada, con valoración integral de problemas relacionados con la nutrición y ejercicio físico, (NANDA), resultados objetivos (NOC), e intervenciones (NIC), establecer plan de cuidados, e intervención educativa motivacional. Cálculo de IMC, Cuestionario de dieta mediterránea e IPAQ.

- Taller de alimentación y actividad física de cuatro sesiones grupales.

- Consulta individualizada post-taller, con valoración evolutiva y educativa.

- Seguimiento doce meses.

La captación de población susceptibles al taller tiene dos vías: prioritaria (por médico y enfermero de familia, miembro de EBAP, nivel asistencial, recomendado y por iniciativa propia) se deriva a enfermería, y/o alternativa (personas sin Factores de Riesgo para aumentar conocimientos relacionados con alimentación y ejercicio físico) cumplimentarían solicitud de derivación, entregarían en UAC, recogería el enfermero y los llamará incluyéndolos en el grupo.

**En CONCLUSIÓN y APLICABILIDAD:** Con este proceso educativo, no sólo se transmite conocimientos, sino adquisición de habilidades y destrezas, actitudes y fuerza de voluntad para mantener conductas sobre hábitos alimentarios y actividad física adecuada.

Es fundamental para la salud de la población que, desde Atención Primaria, se realice intervenciones del CDI ofreciendo asesoramiento, acercamiento, y permitiendo mejorar los estilos de vida saludables.

#### **Análisis Causa Raíz de un Suceso Centinela**

##### **(Comunicaciones de experiencias – CE4)**

*Estela Simón Montero, Beatriz Campos Rivas, M<sup>a</sup> Aránzazu Dorrego López, Ana Margarida Roseiro Sordo Faria Claro, Alicia Vírveda Sacristán, M<sup>a</sup> Mercedes Guerra García*

**OBJETIVOS:** 1. Compartir el análisis causa raíz (ACR) elaborado en nuestro centro a partir de un suceso centinela. Aplicabilidad del SINASP (sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente).

2. En nuestro centro de salud realizamos cirugía menor, y por consiguiente utilizamos material quirúrgico. Parte de ese material es

desechable, y otra parte se esteriliza en el propio centro. El suceso que tratamos se produjo cuando una auxiliar realizaba el proceso de esterilización. Se pinchó con una cureta desechable que había sido utilizada en un paciente seropositivo. Precisó recibir tratamiento antirretroviral.

Nuestro centro de salud forma parte del SINASP desde 2014, por lo que estamos concienciados de la importancia de notificar este tipo de incidentes. Elaborar un ACR a partir de este acontecimiento nos ha permitido identificar y analizar de forma retrospectiva los factores contribuyentes al suceso y tomar las medidas necesarias para modificar los errores potenciales que hayan podido ocasionarlo, así como definir las medidas preventivas necesarias.

Para esto se formó un equipo de trabajo multidisciplinar que incluyese un representante de cada uno de las unidades de trabajo relacionadas con el evento y se estudiaron los factores relacionados con el entorno en el que se produjo.

Se detectaron errores en distintos niveles del proceso tanto intrínsecos como extrínsecos que detallamos en el estudio.

3. El ARC nos ha permitido detectar procedimientos inadecuados, problemas de comunicación escrita y oral, deficiencias de formación en el manejo de materiales potencialmente peligrosos, y promover pautas de mejora para evitar que se repita.

4. Es nuestro deber trabajar para mejorar de nuestra práctica diaria y reducir al máximo este tipo de eventos, tanto para la seguridad del paciente como la de nosotros mismos. Compartiendo este tipo de experiencias esperamos concienciar y animar al resto de profesionales sanitarios a participar de forma activa en su detección y prevención.

#### **¿En qué brazo debe tomarse la tensión?**

#### **(Comunicaciones de experiencias – PI2)**

*María Bizarro Fernández, Ana Cerezo Álvarez, Antia Blanco Rodicio*

**OBJETIVOS:** Ámbito de actuación: Atención primaria.

**Motivo de Consulta:** Control Riesgo Cardiovascular

**Historia Clínica:** Varón de 78 años. HTA. Dislipemia. Ictus isquémico hace 15 años. Arteriopatía periférica con Bypass femoro poplíteo hace 5 años. Diabetes Mellitus. Buena calidad de vida.

Controlado en centro de salud y cirugía vascular. Revisión Clínica 20/03/2013. PA BD 151/61 154/57 152/58 Fc 77 76 72. AMPA 131/62 138/61. MAPA periodo de actividad 129/67 mm Hg y periodo de descanso nocturno 112/60 mm HG.

Control Cirugía Vascular 26/04/2013. Estudio Doppler ITB BD 1, BI 0,96, PD 0,53, PI 0,81.

Revisión Clínica 29/04/2014. Registros de PA en 2014 similar por los 3 métodos

Revisión Clínica 22/06/2015. PA BD 143/64 133/61 132/61 Fc 66 66 65. AMPA 143/61 134/58. MAPA periodo de actividad 110/68 mm Hg y periodo de descanso nocturno 110/63 mm HG.

Revisión Clínica 18/10/2016. Asintomático, excepto sintomatología de Claudicación. PA BD 151/61 157/63 161/64 Fc 65 65 62. AMPA 141/60 127/55. MAPA periodo de actividad 97/62 mm Hg y periodo de descanso nocturno 97/63 mm HG

Tratamiento HTA actual. Indapamida R 1,0,0; Valsartan 320 0,0,1; Amlodipino 5 0,0,1. Suspendemos Amlodipino y reducimos Valsartan a 160. Se cita en un mes con AMPA.

Revisión Clínica 23/11/2016. Asintomático. AMPA 182/68 160/64. MAPA 115/112 112/67. Sin Cambios.

Control Cirugía Vascular 15/02/2017. Estudio Doppler ITB BD 1, BI 0,61, PD 0,47, PI 0,91. PA BD 188/78 182/78 179/69 PA BI 107/69. Se reinicia tratamiento HTA con controles de AMPA en brazo derecho.

Revisión Clínica 23/06/2017. PA BD 122/49 136/52 131/51 Fc 87 85 85. AMPA 145/62 140/59. MAPA (Brazo Derecho) periodo de actividad 124/62 mm Hg y periodo de descanso nocturno 118/55 mm HG

Conclusiones: Las guías de HTA recomiendan que en el momento del diagnóstico tomemos la PA en ambos brazos, para luego usar el brazo con la PA más alta como él de referencia. Este caso nos enseña que, en pacientes con enfermedad aterosclerótica establecida, es perentorio realizar este procedimiento de forma periódica, que podría ser anual. Sería recomendable realizarlo en todos los hipertensos ya que, si la diferencia es mayor de 10 mm HG se asocia con enfermedad vascular periférica con baja sensibilidad, pero alta especificidad<sup>1</sup>

1. *Association of a difference in systolic blood pressure between arms with vascular disease and mortality: a systematic review and meta-analysis.* Clark, Christopher E et al. *The Lancet*, Volume 379, Issue 9819, 905 - 914

**Hospitalización por insuficiencia cardiaca en Pontevedra-sur, Galicia y España en la última década: cada vez más ancianos, cada vez mayor mortalidad.**

**(Resultados de Investigación – RI1)**

ANTIA BLANCO RODICIO, PABLO DOMINGUEZ ERQUICIA, JULIO MONTES SANTIAGO, LUIS OTERO MILLAN, GLORIA REY-GARCIA

OBJETIVOS: Comparar las características demográficas, evolutivas y asistenciales de la insuficiencia cardiaca (IC) hospitalizada en Pontevedra-Sur, Galicia y España y determinar si estas se han modificado a lo largo de la última década.

Material y métodos Se analizaron los ingresos por IC hospitalizados en Galicia y España en los años 2006, 2014 y 2015, a partir del Conjunto Mínimo de Datos del Sistema Nacional de Salud (CMBD, Ministerio de Sanidad). Para su comparación se analizaron las historias

clínicas de una muestra aleatoria significativa de pacientes ingresados en Medicina interna en el área de Vigo-Pontevedra Sur en 2006 (53), 2014 (60) y 2016 (59) con diagnóstico al alta de IC. Tal área cubre la asistencia a 167000 personas >14 años.

Resultados Los hallazgos demográficos en 2006, 2014 y 2015, fueron respectivamente: Mujeres (%): Pontevedra Sur: 57-53-64; Galicia: 52-53-53, España. 57-57-56. Porcentaje >75 años: Pontevedra Sur: 73-78-86; Galicia: 74-79-84; España: 74-82-83. Estancia media. Pontevedra Sur: 11,6-10,7-10,8; Galicia: 9,8-8,9-8,7; España: 9,4-8,6-8,5. Mortalidad intrahospitalaria: Pontevedra sur: 2,0-7,0-14,0; Galicia: 10,5-11,1-11,7; España: 9,9-10,0-10,6. Ingreso en Medicina interna (Geriatría en Vigo): ND-64-58; Galicia: 70-70-71; España: 56-61-61.

Conclusiones. En todos los ámbitos territoriales, pero más acentuado en el área de Pontevedra Sur, los pacientes con IC son cada vez más ancianos. En el momento actual casi 9 de cada 10 pacientes son >75 años. Los pacientes con IC en Vigo y Galicia son atendidos mayoritariamente por los Servicios de M. interna y presentan mayor letalidad en relación con dicha edad avanzada.

**Caracterización demográfica evolutiva en el siglo actual de la hospitalización por insuficiencia cardiaca en Pontevedra-sur**

**(Resultados de Investigación – RI4)**

ANTIA BLANCO RODICIO, PABLO DOMINGUEZ ERQUICIA, JULIO MONTES SANTIAGO, LUIS OTERO MILLAN, GLORIA REY-GARCIA

OBJETIVOS: Analizar las modificaciones demográficas experimentadas en el presente siglo por los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca (IC) en el área de Pontevedra-Sur.

Material y métodos. Se analizaron las características demográficas, etiológicas y de morbimortalidad de cohortes compuestas por muestras aleatorias

consideradas significativa de 110 (2000-2001), 53 (2002), 51 (2006), 60 (2014) y 59 (2016) pacientes de entre todos los ingresados en un Servicio de Medicina interna con un diagnóstico principal al alta de IC. Dicha área abarca la atención de cerca de 167000 personas >14 años.

**Resultados** En los años 2000-2002-2006-2014-2016 se obtuvieron los siguientes resultados, respectivamente (expresados en %). Edad media (años): 74,3-76,7-77,8-78,8-82,4. Mujeres: 51-45-55-52-64. Etiología: a) Isquémica: 24-23-32-20-41. b) Hipertensiva (HTA): 45-36-53-83-83. c) Valvulopatía: 18-17-12-31-31. Fracción de eyección (FEVI) >45%: 56-32-50-62-75. [El % de ecocardiografías osciló entre el 62% (2002) y 90% (2016)]. Fibrilación auricular (FA): 51-53-51-75-81. Uso de anticoagulantes: 42-15-25-65-68. Número total de fármacos (media): 5,2-5,2-7,2-9,2-10,3. Estancia media (días): 11,2-11,2-11,6-10,7-10,8. Mortalidad intrahospitalaria: 14-13-2-7-14. Mortalidad al año: 26-28-30-32-35.

**Conclusiones.** Los pacientes ingresados por IC en la última década son cada vez más ancianos, con creciente polimedicación y mayoritariamente con FEVI preservada. Aunque la etiología predominante es la hipertensiva muchas veces en combinación con la isquémica se observa aumento creciente de la valvular. Existe elevada prevalencia y de tendencia creciente de FA. En consonancia con ello hay también un uso incrementado de anticoagulantes. Tanto la mortalidad intrahospitalaria como la anual no han descendido, e incluso parecen estar incrementándose.

### **EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA E ICTUS ISQUÉMICO EN GALICIA DURANTE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS (2006-2015)**

#### **(Resultados de Investigación – RI9)**

*Estela Simón Montero, Beatriz Campos Rivas, M<sup>a</sup> Aránzazu Dorrego López, Alicia Vírveda Sacristán, M<sup>a</sup> Mercedes Guerra García, Ángeles Charle Crespo*

**OBJETIVOS:** 1. Analizar la tendencia evolutiva de episodios tromboembólicos (ET) graves en Galicia de 2006-2015. Determinar el reingreso y la mortalidad asociada al ingreso.

2. Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Ámbito: Red Pública Sanitaria del Servicio Galego de Saúde. Inclusión: mayores de 18 años con diagnóstico principal al ingreso: tromboembolismo pulmonar (TEP), trombosis venosa profunda (TVP) o ictus.

Exclusión: ingresos programados. Variables: Tasa de incidencia (incidencia/100.000 habitantes), Reingreso y Mortalidad durante el ingreso. Fuente datos: Servicio de admisión y documentación clínica de la Estructura Organizativa de Xestión Integrada de Vigo e Instituto Galego de Estadística. Análisis de datos: Tasas anuales estandarizadas según el método directo por grupos etarios de población. Estimación de tendencia observada entre 2006-2015 mediante análisis de regresión lineal y método de regresión de Joinpoint, que proporciona el porcentaje anual del cambio (APC) para un intervalo de confianza (IC) del 95%.

3. Se identificaron 50.611 ingresos: 24.012 (47'4%) hombres. Edad media: 75'47 (18-107) de ellos 14.215 (28'1%) entre 70 y 79 años y 23.335 (46'1%) mayores de 80.

Tasa de incidencia media (TIM) para IC95% de ingreso por TEP para el grupo 70-79 años: 108'22 [97'43, 119'00] en hombres y 112'18 [99'16, 125'24] en mujeres. De 80 o más años: 204'46 [182'35, 226'57] en hombres y 234'97 [200'65, 269'30] en mujeres.

La TIM de ingreso por Ictus para el grupo 70-79 años: 456'61 [432'88, 480'34] en hombres y 291'82 [277'01, 306'62] en mujeres. De 80 o más años 940'84 [901'01, 980'68] en hombres; 882'06 [854'95, 909'17] en mujeres.

Razón de Tasas (RT)=1'20 para la totalidad de ET. RT=1'68 por TEP, RT=1'11 por ictus, y RT=0'96 en TVP.

APC (2006-2015) =2,20 para tasa de ingreso por ET; para el TEP: APC (2006-2011) =9'76 y APC (2011-2015) =2'68; para Ictus: APC (2006-2011) =1'01. Para TVP APC=0'02.

El reingreso alcanzó 16'3%(8.254 ingresos).

La mortalidad en ingreso por TEP fue 8'1%(882). Para ictus 14'0% (4.992).

4.Se detectó un incremento generalizado de episodios tromboembólicos. El mayor incremento de la incidencia se ha detectado en el TEP, menos acusado desde 2011.

### **Sedación paliativa refractaria**

#### **(Resultados de Investigación – RI10)**

*Martín Menéndez Rodríguez, José Vicente Montón Bueno, Ernesto Olcina Aguado, Amparo Gisbert Aguilar, Maite Martínez Martínez*

**INTRODUCCIÓN:** La sedación paliativa es el tratamiento indicado ante síntomas de difícil manejo en pacientes con enfermedad avanzada, no controlables con medidas terapéuticas habituales. Las guías clínicas recomiendan el uso de midazolam y levomepromazina como primera elección, mientras que en aquellos pacientes que no responden se propone el uso de propofol o barbitúricos.

**OBJETIVOS:** Identificar las características clínicas, sociodemográficas, y terapéuticas de aquellos pacientes que precisan sedación con propofol o barbitúricos.

**MATERIAL Y METODOS:** Se registraron todos los pacientes fallecidos en la sala de hospitalización de Oncología, en el periodo entre enero de 2009 y marzo de 2017, un total de 1386. Se recogieron de forma retrospectiva las siguientes variables a partir de la historia clínica: sexo, edad, diagnóstico oncológico, síntomas principales que han motivado la sedación, farmacoterapia analgésica previa y tiempo de hospitalización.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo, expresando los datos en forma de porcentajes y medianas.

La principal limitación de este estudio es el diseño del mismo, dado su carácter retrospectivo.

**RESULTADOS:** De los 1386 pacientes estudiados, 727 (un 52%) precisaron sedación. Únicamente en 23 (un 1,7%) se utilizaron propofol o fenobarbital.

La mediana de edad fue 57 años, siendo un 57% varones. La mediana de duración del ingreso fue 12 días; las neoplasias más prevalentes fueron las de pulmón y las del aparato digestivo (un 30% respectivamente).

Los síntomas principales que justificaron la sedación fueron el dolor (43%) y la agitación (35%); todos los pacientes habían requerido analgesia de tercer escalón durante el ingreso.

**CONCLUSIONES:** El uso de propofol y fenobarbital es necesario en una minoría de los pacientes que precisan sedación paliativa. Estos pacientes presentan más frecuentemente como síntoma principal el dolor, requiriendo un manejo especializado del control de sus síntomas.

### **Valoración de la Telemedicina por profesionales de Atención Primaria**

#### **(Resultados de Investigación – RI12)**

*Helena Alonso Valencia, Goretti Fernández Morón, Lucía Pereira Fernández, Marta Adriana Vilas Boas Soutelo, Silvia Portela Pérez, María Isabel Carril Caamaño*

**OBJETIVOS:** Conocer la opinión de médicos especialistas en Familiar y Comunitaria sobre tele consulta y consulta telefónica, en busca de características positivas y otras susceptibles de mejorar.

**Sujetos:** Médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria que trabajan en la actualidad en Atención Primaria de un área sanitaria.

Métodos: Encuesta anónima e individual estructurada en dos bloques: uno dirigido a la Telemedicina y otro a la consulta telefónica. Cada uno de ellos desarrollado en preguntas de respuesta sí/no y otras de valoración numérica.

La encuesta fue entregada en soporte físico y vía email para ser respondida online por médicos especialistas en MFyC en situación activa actualmente en Atención Primaria, excluyéndose médicos de urgencias, entre diciembre 2016 y enero 2017. El tamaño muestral inicial es de 254. Las principales limitaciones son tratar un área en concreto (se desconoce si es extrapolable a otras poblaciones) y depender de la voluntad de los encuestados para cubrir los cuestionarios.

Nos declaramos exentas de conflictos de intereses.

Resultados: El 75% de los encuestados reconoce tener dudas a la hora de realizar la tele consulta y hasta un 90% afirma no disponer de un soporte de resolución de dudas adecuado y/o suficiente. Además, el 93% responde que no dispone de un protocolo de actuación consensuado. El 40% valora negativamente la imposibilidad de realizar una derivación directa cuando así lo creen necesario.

Con respecto a la consulta telefónica, el 74,10% asegura cerciorarse de la identidad del paciente. Un 17% respeta el horario de la cita telefónica. Un 48,28% cree que la consulta se agiliza, pese a no equivaler a una presencial.

Conclusión: Los encuestados valoran positivamente la implantación de la consulta telefónica, aunque refieren dudas sobre sus aspectos ético-legales. La Tele consulta no les resulta tan resolutiva como pudiera suponerse.

**Vacunación fronte ao neumococo, ¿estámolo a facer ben? Primeiros resultados.**

**(Resultados de Investigación – RI13)**

*Villamarín Bello B, Rodríguez Álvarez R, Caamaño Triáns N*

Obxectivo: coñecer o adecuado estado vacinal fronte ao neumococo na poboación de 65 anos ou máis nun centro de Atención Primaria (AP). -Material e métodos: estudo descriptivo retrospectivo, realizado no ámbito da AP. A poboación seleccionada foron os individuos de 65 anos ou máis dun centro de AP nos que por medio da revisión da historia clínica preténdese coñecer se están axeitadamente vacinados ou non fronte ao neumococo (segundo as recomendacións do Servizo Galego de Saúde vixentes en xaneiro de 2017). Para isto, tras a recollida dos datos realizouse a análise descriptiva dos mesmos. O estudo conta coa aprobación por parte do Comité de Ética correspondente. -Resultados: dos 98 pacientes estudados ata o momento, 63 son mulleres. A idade é de 65 anos ou máis en todos os casos, presentando o 20% unha idade superior aos 90. Están axeitadamente vacinados fronte ao neumococo 50 pacientes (49%), recibiron a vacina de polisacáridos 39 (38%), mentres que 17 (17%) recibiron tanto a vacina de polisacáridos como a conxugada por pertencer a algún dos grupos de risco que debían recibir ambas vacinas. No grupo dos non vacinados de maneira axeitada, o principal motivo foi a non vacinación coa vacina de polisacáridos tras cumprir os 65 anos, debido na meirante parte dos casos ao rexeitamento da vacinación por parte do paciente. -Conclusións: aproximadamente a metade dos pacientes maiores de 65 anos non están vacinados axeitadamente fronte ao neumococo, polo que resulta imprescindible o papel do persoal sanitario de AP para aumentar a cobertura fronte a unha enfermidade inmunoprevible. A publicación das novas recomendacións en xullo deste ano polas que se debe vacinar con ambos tipos de vacina á poboación estudada, supuxo un estímulo importante xa que avala a importancia de vacinar axeitadamente a este grupo de poboación, un dos obxetivos primordiais que impulsou este traballo.

## **CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA. DOS AÑOS DE EXPERIENCIA Y EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO.**

### **(Resultados de Investigación – RI19)**

*Rodríguez Jiménez C, Franco Zarate NC, Ruido Taboada AM, Valverde Léis J, Gulín González R, Fontao Paradela M.*

**OBJETIVOS:** Analizar las actividades de cirugía menor en Atención Primaria incluyendo el grado de satisfacción del usuario. Comparar los resultados más recientes con los obtenidos en el período 1996-2001. **Material y método:** Diseño y ámbito: Estudio observacional retrospectivo. Centro de salud urbano. **Mediciones:** 275 intervenciones (2015-2016). **Variables:** Edad, sexo, motivo de consulta, localización de la lesión, tiempo de espera, diagnóstico clínico, tipo de intervención, incidencias, tipo de incidencias, diagnóstico histológico, complicaciones, tratamiento. Encuesta telefónica de satisfacción. **Comparación con 276 intervenciones (1996-2001).** **Resultados:** El 61% eran mujeres. Mediana de edad de 57 años (61 en las mujeres y 54 en los hombres). Los motivos de consultas más frecuentes fueron dolor (43%) y estético (34%), siendo este más frecuente en las mujeres (37% frente a 31% en varones). El 33% de las consultas por miedo a la malignización fueron por nevus y el 47% de las consultas por dolor fueron por quistes. El 43% de las lesiones se localizan en cabeza y cuello. Tiempo de espera entre 0 y 66 días con una mediana de 12. La intervención más utilizada fue el curetaje/rebanado (44%). Los diagnósticos clínicos más frecuentes fueron lesiones hiperqueratósicas (28%), fibromas (26%) y quistes (22%). Se analizaron histológicamente 120 lesiones, obteniéndose una concordancia clínico-histológica del 74%. Hubo sólo 3 incidencias y el 95% no sufrieron complicaciones. Precisarón tratamiento el 27% de los casos siendo el más usado los analgésicos. Se realizaron 184 llamadas, llegando a encuestar a un total de 73 pacientes (40%). El 96% de los usuarios encuestados piensan

que han sido bien o muy bien atendidos. Un 92% elegirían nuevamente el centro de salud en circunstancias similares. El 92% valora el tiempo de espera para la intervención como poco o muy poco. El 62% considera adecuadas las explicaciones recibidas por su médico y la higiene sólo fue mal calificada en un solo caso. En el análisis comparativo entre períodos encontramos un aumento significativo en la edad de los pacientes (mediana de 52 frente a 57) y en el tiempo de espera (mediana de 7 frente a 12), y un descenso no significativo en la correlación clínico-histológica (82% frente a 74%). **Conclusiones:** La cirugía menor en nuestro Centro tiene buenos resultados, pocas incidencias y complicaciones y una amplia satisfacción entre los usuarios encuestados. En los últimos años ha aumentado la demanda y el tiempo de espera con un ligero descenso en la concordancia clínico-histológica, lo que nos obliga a reflexionar sobre medidas organizativas y formativas que nos permitan mejorar nuestra calidad asistencial.

## **HUMANIDADES:**

### **Médicos Gallegos ilustres III**

#### **El Dr. D. Jacobo López Elizagaray (1860-1934)**

#### *Illustrious Galician doctors III. Dr. D. Jacobo López Elizagaray (1860-1934).*

**AUTORES:** Fernando J. Ponte Hernando<sup>1</sup>, Fernando Granados Espinoza\*\*, Ricardo Buendía Santiago\*\*

<sup>1</sup> Doctor en Medicina y Cirugía. Doctor en Historia de la Ciencia. Grupo de Investigación GI-1565 OARMA (USC). Pediatría.C. S. Ribeira. SERGAS. Fernando.Ponte.Hernando@sergas.es

\*\* Estudiantes de 6º de Medicina. Universidad ANAHUAC. México norte. Rotatorios C. S. Ribeira. SERGAS.

#### **Nacimiento**

Hijo de D. Domingo López Lorenzo y D<sup>a</sup> Josefa Elizagaray Jauriquiverri. Jacobo nació en la calle del Preguntoiro nº 23 de Santiago de Compostela el 13 de Octubre de 1860 y fue bautizado al día siguiente<sup>2</sup>.

#### **Bachillerato**

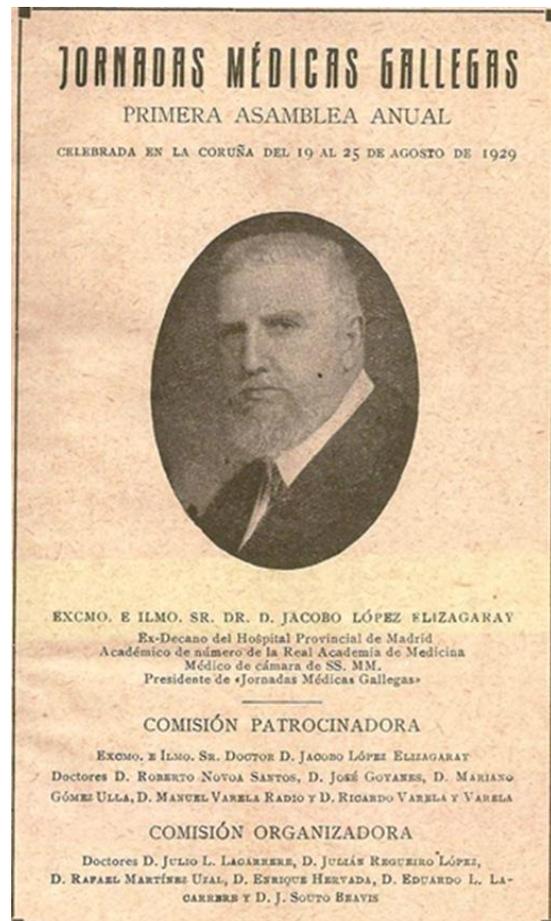
El 30 de Octubre de 1874 concluye el bachillerato en Santiago de Compostela con la calificación de aprobado, recibiendo la titulación el 13 de mayo de 1875.

#### **En la Facultad de Medicina<sup>3</sup>**

Estudió la carrera de Medicina en la Facultad Compostelana, entonces ubicada en el Colegio de Fonseca, licenciándose el 14 de junio de 1880. El día 17 realizó el primer ejercicio, que consistió en diagnosticar cáncer de estómago, resultó apto para pasar al segundo, que se celebró el 18, donde realizó un ejercicio operatorio sobre cadáver, ambas pruebas concluyéndolas de manera satisfactoriamente.

Se doctoró en Madrid el 20 de enero de 1885 con la calificación máxima, presentando la tesis: "Diagnóstico de los tumores cerebrales".

Fig. 1. Portada del Libro de Actas de las Jornadas Médicas Gallegas de 1929



#### **Médico de la Armada<sup>4</sup>**

Ganó la oposición de ingreso, recibiendo la formación militar correspondiente a un oficial médico, en 1881. El 13 de julio de dicho año aparece un documento en que se le nombra Médico 2º<sup>5</sup>, sin sueldo ni

antigüedad, pasando a una especie de lista de espera de incorporación al servicio, hasta el 29 de mayo de 1885, en que se le asciende de Médico 2º provisional a efectivo y, seguidamente, el 11 de junio de 1885, se le destina al servicio de guardias del Hospital Militar de San Carlos (Cádiz)<sup>6</sup>.

El 30 de Julio oficia, por encontrarse enfermo, sin haberse incorporado al destino, pero, según se hace constar en otro documento, sí se había presentado en el Ministerio de Marina el 1 de Junio, pasando la revista administrativa y no llegando, al parecer, a incorporarse al servicio activo. En septiembre de 1885<sup>7</sup> se le concede la baja en la Armada por enfermedad. Alegaba presentar amigdalitis recidivantes, cuadro clínico complejo de curar en la era preantibiótica.

### **Matrimonio y Familia**

D. Jacobo tuvo dos hermanas, Juana y Carmen y tres hermanos varones, Francisco, nacido en Compostela el 24 de mayo de 1870, Licenciado en Medicina por la Universidad de Santiago con Sobresaliente el 23 de febrero de 1893, opositó a médico militar, llegando a teniente coronel, y jubilándose en Junio de 1931. Sus hijos oficiales del ejército fueron asesinados por militantes de izquierdas durante la guerra civil de 1936-1939<sup>8</sup>.

Luis, prestigioso pedagogo, profesor y director de la compostelana Escuela Normal de Maestros, figura importante del Ateneo León XIII, autor de diversos trabajos de corte pedagógico y literario, y Rafael que falleció joven, siendo Profesor Auxiliar de la Escuela de Artes y Oficios.

Jacobo contrajo matrimonio con Dolores López Ferreiro hermana del intelectual y canónigo de Santiago, D. Antonio López Ferreiro (1837-1910), autor de la monumental historia de la catedral en once tomos y director de la recuperación de los huesos del Apóstol en 1879.

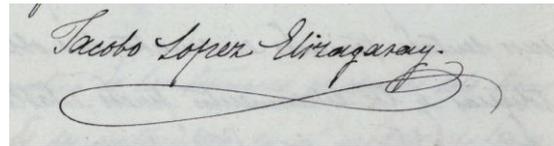


Fig. 2.- Firma de D. Jacobo López Elizagaray

Otra hermana de D. Antonio López Ferreiro, Carmen (+1916)<sup>10</sup>, estaba casada con el Ingeniero D. Antonio Eléizegui Ituarte (+1914)<sup>11,12</sup>, y fueron padres del Dr. D. José Eléizegui López (1879-1956)<sup>13</sup>. Este, natural de Santiago, sobrino de D. Jacobo, fue un Pediatra, pedagogo y maestro nacional---Catedrático de Higiene Escolar en la Escuela Nacional de Puericultura de Madrid.

Fundador y director de España Médica (1911-1936), revista profesional de la época, fue también redactor médico de Heraldo de Madrid (1890-1939) y ha sido considerado como el renovador del periodismo médico moderno español. Estuvo muy atento siempre a las actividades de su tío.

### **Hospital Provincial de Madrid.**

D. Jacobo obtuvo por oposición, una plaza en el hospital de la Beneficencia Provincial de Madrid en 1884-85, dónde ejerció, de por vida la medicina interna y la Jefatura de la Sala de Enfermedades del Pecho. Se destacó por ser un extraordinario clínico, con una clara preferencia a la patología cardiopulmonar.

Formó parte de numerosos tribunales de oposiciones a los más diversos cuerpos médicos y académicos, como Competente, figura esta correspondiente a un médico que había de reunir determinadas condiciones reconocidas.

### **Médico y Decano del Hospital de San José y Santa Adela.**

Loa Primeros tiempos en este hospital no fueron fáciles para D. Jacobo, situaciones que merecen ser comentadas brevemente. En 1887 una dama acaudalada dejó fondos para hacer un hospital para chicas del

servicio doméstico afectadas de cáncer, nombrando albacea y administrador del mismo a su médico de cabecera doctor don Eduardo Castillo del Piñero<sup>14</sup>.

Fue así que se construyó una elegante edificación, la cual fue diseñada por el arquitecto D. José Marañón, siguiendo el sistema de pabellones, rodeadas de un jardín verdaderamente variado en especies arbóreas. Al terminar la obra se acabó el capital fundacional y quedó todo abandonado. Tras un intento fallido de los famosos Dres. Pulido y Cortezo, no se consiguió corregir este estado de cosas, hasta 1913.

Se constituyó un Patronato dirigido por una Junta de Damas que obtuvo fondos del Gobierno, Ayuntamiento, Obispado y Diputación y que abrió el hospital dirigiéndolo a sus fines originales. Se nombró director a D. Jacobo López Elizagaray y subdirector al cardiólogo D. Baudilio López Durán y siete profesores<sup>15</sup> médicos de guardia.

#### **Médico de la Real Cámara**

D. Jacobo fue Médico de Cámara de Alfonso XIII. entre otras tareas atendió hasta su muerte a la Emperatriz de los franceses, la española D<sup>a</sup> Eugenia de Montijo<sup>16</sup> (1826-1920), vda. de Napoleón III, que murió de un ataque de uremia en Madrid, en el Palacio de Liria, propiedad de sus parientes de la Casa de Alba, con 94 años cumplidos.

Asimismo, atendió hasta su fallecimiento<sup>17</sup> al ilustre jurista y político gallego, D. Eugenio Montero Ríos<sup>18</sup>.

#### **Gran Cruz de Beneficencia**

El Rey Alfonso XIII concedió a D. Jacobo, en 1928, la Gran Cruz de la Orden Civil de Beneficencia, con distintivo morado y blanco, que le fue impuesta a principios del año siguiente.

#### **Numerario de la Real Academia Nacional de Medicina**

A la muerte del Dr. Ortega Morejón fue Académico Numerario de la Real de Medicina por unanimidad el 28 de junio de 1917, a propuesta de los Dres.: Carracido el sabio farmacéutico y químico compostelano, quien llegó a ser Rector de la Universidad Central, y ocupaba una de las plazas que a estas profesiones se les reservaba en la Real Academia Nacional de Medicina<sup>19</sup> ---Codina, Isla, Huertas Barrero y Cisneros, y leyó su discurso de ingreso el 23 de Mayo de 1920, acerca de: Crisis agudas de insuficiencia cardíaca.

D. Jacobo quedó adscrito a la Sección de medicina y especialidades médicas, dónde cuajó una gran labor, ostentando la medalla nº 48.

#### **La Revista Clínica de Madrid**

El doctor Elizagaray, fue fundador de esta revista en la que se publicaron importantes aportaciones científicas originales de la clínica española.

Entre sus colaboradores destaca el más prestigioso de los dermatólogos españoles, el catedrático de Madrid, Juan de Azúa Suárez (1858-1922), acompañado, por médicos como Juan Madinaveitia (1861-1938) y cirujanos como José Ortiz de la Torre (1858-1928), León Cardenal y Pujals (1878-1960) y el renombrado cirujano monfortino, formado en Madrid y discípulo de D. Alejandro San Martín., José Goyanes Capdevila (1876-1964).

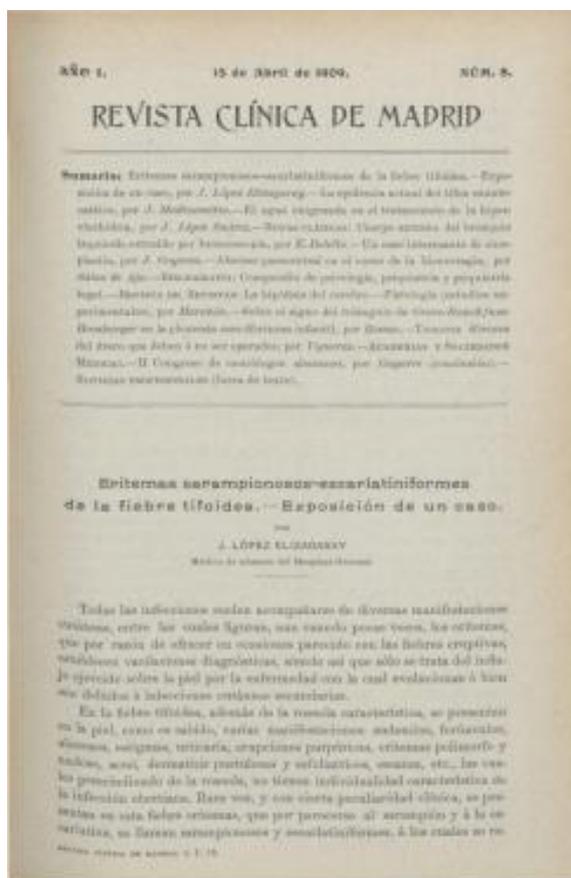
Hay que citar además al malogrado neurocientífico Nicolás Achúcarro Lund (1880-1918), discípulo de Cajal<sup>20</sup>, el catedrático de Terapéutica Teófilo Hernando (1881-1976), íntimo de Marañón (1887-1960), con el que emprenderá la aventura editorial del Manual conocido como "el Hernando y Marañón", primero de medicina interna hecho íntegramente por españoles; el parasitólogo G. Pittaluga

(1876-1956); y el pionero de la cirugía gástrica nacional, discípulo de Madinaveitia, Luis Urrutia y Guerezta (1876-1930).

D. Gregorio Marañón, que era profesor auxiliar y médico del Hospital General de Madrid, publicó en ella sus primeros trabajos clínicos y experimentales, compartiendo<sup>21</sup> la jefatura de redacción con Miguel Gayarre Espinel (1866-1936), director de los manicomios de Ciempozuelos, de formación alemana, discípulo de Cajal, que presentará la primera aportación española a las controversias psicoanalíticas, en el artículo: *La génesis sexual del histerismo y de las neurosis en general*,<sup>22</sup> de neto rechazo a las teorías freudianas, publicado en el primer número de la revista.

Después de 7 años al final de 1915, la revista fue absorbida por la veterana cabecera de *El Siglo Médico* (1854-1936),<sup>23</sup>

Fig 3.- Revista Clínica de Madrid <sup>24</sup>



### Maestro de médicos

El Dr. Codina, en su discurso de 1920, refiriéndose a 1896, describe a Jacobo como:

*“Un buen mozo, alto, con carnes sin obesidad, ágil de frente recta, con profundas entradas, cabeza redonda y pequeña, como artístico estuche que contuviera condensada y seleccionada materia, adornado con pelo y barba rizados, cara ligeramente aplastada, con ojos no por chicos, de mirada menos suave y escudriñadora, con finos ademanes y la sonrisa siempre dispuesta a asomar en sus labios.”*<sup>25</sup>

El periodista gallego Martínez Morás<sup>26</sup> en su libro *Semblanzas Raciales*, que recoge perfiles de médicos gallegos ilustres, afincados en Madrid, lo ve así:

*“Alto, robusto, corpulento; con cabeza troglodítica y hercúleo torso, D. Jacobo, dulcemente, con ademán compasivo, va viendo a sus enfermos”*<sup>27</sup>

Durante el curso 1891-1892, D. Jacobo tuvo como “residente” a Juan Madinaveitia Ortiz de Zárate, quién sería fundador de la especialidad de Aparato Digestivo en España. Posteriormente, también formaría al médico y famoso literato Pío Baroja Nessi, quién conseguía enfadar a D. Jacobo por su escaso interés en la profesión, y al luego maestro de varias generaciones de médicos españoles, Carlos Jiménez Díaz.<sup>28</sup>

### En Asociaciones y Jornadas Médicas

D. Jacobo fue Secretario general de la Academia Médico-Quirúrgica Española<sup>29</sup>, Consiliario de la Sociedad Española de Higiene y fundador y Vicepresidente de la Sociedad Española de Especialistas en Enfermedades del Pecho.<sup>30</sup> Incluso presidente de las I Jornadas Médicas Gallegas, de 1929, asimismo Presidente honorario de los Congresos de la Tuberculosis de Zaragoza, en 1908, y

Barcelona de 1910; y todavía de las II jornadas Médicas Gallegas de 1931.

### Con los Médicos gallegos en Madrid



Fig 4. 1928. homenaje a Nóvoa Santos. Sentados de izda. a derecha: Dr. Varela y Varela, médico de Alfonso XIII, detrás de él el Dr. Eléizegui; con barba blanca D. Jacobo López Elizagaray, D. Roberto Nóvoa Santos, Dr. Varela Radío, detrás de él Dr. D. Julio López Lacarrere,; de pie, primero por la derecha, el Dr. D. Mariano Gómez Ulla.

En 1928, en Madrid hubo un homenaje al nuevo catedrático gallego de Patología General de la Universidad Central, D. Roberto Nóvoa Santos. Presentamos esta foto, en la que D. Jacobo ocupa lugar preferente, junto al homenajeado.

### El Centro Gallego y La Gallega, Casa de Salud

Elizagaray fue vicepresidente y vocal del Centro Gallego de Madrid en múltiples mandatos.

### Referencias

1. Doctor en Medicina y Cirugía. Doctor en Historia de la Ciencia. Grupo de Investigación GI-1565 OARMA (USC). Pediatría.C. S. Ribeira. SERGAS.
2. Fol. 76 v. del libro octavo de bautizados de San Félix de Solovio y Santa María Salomé. EN: Archivo Histórico Universitario de Santiago, Legajo 713, Expediente 1.
3. Archivo Histórico Universitario de Santiago, Legajo 713, Expediente 1.
4. Archivo General de Marina Álvaro de Bazán, Viso del Marqués (Ciudad Real), Gpo. Sanidad Militar, 2898-85.
5. Asimilado a teniente.
6. La Correspondencia de España: diario universal de noticias, 14 de junio de 1885, pág. 3.
7. La Unión: diario democrático de la mañana, 19 de septiembre de 1885, pág. 3.
8. Archivo Histórico Militar de Segovia, Expediente de D. Francisco López Elizagaray.
9. Gaceta de Galicia, diario de Santiago, decano de la prensa compostelana, 20 de Julio de 1888.
10. España Médica, 20 de julio de 1916, pág. 1. España Médica, Comienza a publicarla en uno de febrero de 1911, primero con periodicidad decenal, después quincenal y a partir de 1931 con frecuencia mensual. Su paginación y formato varía, desde las 16 hasta las 40 páginas, según aumenta su frecuencia de aparición, así como su composición, de las tres a las dos columnas. Será un periódico de información científica-profesional e ilustrado, al incorporar

Contribuyó a la puesta en marcha del Centro Gallego y La Gallega, una Casa de Salud.

Los fines humanos, benéficos, educativos y sanitarios del Centro Gallego, eran ciertamente loables, y avanzados socialmente, para el marco de la época.

### Muerte de D. Jacobo

Falleció el 1 de octubre de 1934 por agravamiento de su insuficiencia cardíaca. En la sesión necrológica celebrada en la Real Academia de Medicina, el 23 del mismo mes el Presidente D. Amalio Gimeno Cabañas, Conde de Gimeno<sup>31</sup> y los académicos Álvarez Ude, Simonena y Marañón, destacaron las dotes del difunto y la pérdida significaba<sup>32</sup>.

El Dr. Eléizegui dedicó, en su triple condición de Médico, sobrino, y director de España Médica, unas bellas páginas necrológicas a D. Jacobo en el número de 1 de Octubre de 1934<sup>33</sup>, en ellas dice:

*La vida del Dr. Elizagaray merece ser biografiada extensamente. Fue una vida rectilínea que trazó la austeridad del deber, sin desviarle en nada ni pasiones ni conveniencias de ningún género. Por eso hay que hacerla conocer en todos sus detalles, para que constituya ejemplo firme de un proceder honrado y de un trabajo sin mancha.*

- un buen número de fotograbados en sus entregas.
11. España Médica, 20 de febrero de 1914, pág. 1.
  12. D. Antonio fue Ingeniero jefe de Orense y Coruña, Inspector general, miembro del Consejo de Minería y director de la fábrica de gas de Santiago. Hombre polifacético, publicó ensayos sobre ciencia y trabajos sobre aguas minerales y minería.
  13. Sobre él, vid. Andrés MARTÍNEZ MORÁS, Semblanzas raciales, Madrid, Espasa Calpe.1930, pág. 164-166.
  14. O Piñeyro, según otros.
  15. La denominación de profesores a los médicos era muy común en la Beneficencia.
  16. De soltera, María Eugenia Palafox Portocarrero y Kirpatrick, Condesa de Teba.
  17. Gaceta de Galicia, diario de Santiago, decano de la prensa compostelana 15 de Mayo de 1914.
  18. La Correspondencia de España, diario universal de noticias 12 de Mayo de 1914.
  19. D. José Rodríguez Carracido, ingresó en la Real Academia Nacional de Medicina como Académico de número, con destino a la Sección de Farmacología y Farmacia el 4 de febrero de 1906, con el discurso: «Farmacodinamia de los modificadores de la oxidación orgánica». En nombre de la Academia le contestó D. Juan R. Gómez y Pamo. Su incursión literaria en La Muceta roja, Madrid, Imprenta de Fortanet, 1890, nos parece, sencillamente, plúmbea
  20. Enriqueta LEWY RODRÍGUEZ, Así era Cajal, 1ª ed., Madrid, Espasa-Calpe, 1977 (Col Austral).
  21. Desde Julio de 1914.
  22. Revista Clínica de Madrid. Año I, núm. 1 (1 de Enero de 1909).
  23. Vid. Hemeroteca Nacional Digital.
  24. Portada de trabajo de D. Jacobo en. Revista Clínica de Madrid.
  25. José CODINA CASTELLVI, “Contestación al discurso de Ingreso en la RANM de D. Jacobo López Elizagaray”, en España Médica, 20 de junio de 1920.
  26. Hijo de A. Martínez Salazar, Presidente de la Real Academia Gallega y padre de Carlos Martínez Barbeito, Presidente de la Academia Gallega de Bellas Artes.
  27. Andrés MARTÍNEZ MORÁS, Semblanzas raciales, Madrid, Espasa Calpe, 1930, pág. 30.
  28. Daniel ZULAICA, Vida y obra... pág.61.
  29. Leyó la memoria del año anterior en la apertura del curso 1902-1903. El Imparcial, diario 17 de noviembre de 1902.
  30. España Médica, 20 de diciembre de 1915.
  31. Catedrático de Patología General, ocho veces ministro y mentor de Ferrán.
  32. Modificado de Archivo de la Real Academia Nacional de Medicina.
  33. España Médica, 1 de Octubre de 1934, págs. 7-8.

### **BIBLIOGRAFÍA: Fuentes Primarias**

- 1.Libro de Bautizados de la Parroquia de San Félix de Solovio y Santa María Salomé.
2. Archivo Histórico Universitario de Santiago. Legajo 713, Expediente 1.
3. Archivo General de Marina Álvaro de Bazán. Viso del Marqués. (Ciudad Real). Gpo. Sanidad Militar. 2898-85.
4. Archivo General Militar de Segovia. Expediente de D. Francisco LÓPEZ ELIZAGARAY.5.-Gómez Ulla, M. (1913c). La Enseñanza de la Cirugía de Guerra en las Escuelas de Aplicación de Italia y Francia. *Rev. San. Mil.* Año III. Nº 5. Marzo. P.141-144.

### **Fuentes Secundarias**

- 1.Álvarez Sierra, José, El doctor Blanco Soler y su época, Madrid, Ediciones y Publicaciones Españolas S.A., 1964.
2. Álvarez Sierra, José, Historia de la Medicina Madrileña, Madrid, Editorial Universitaria Europea, 1968.
3. Codina Castellví, José, “Contestación al discurso de ingreso en la R.A.N.M. de D. Jacobo López Elizagaray”, en España Médica, 20 de junio de 1920.
- 4.Granjel, Luis S., Historia General de la Medicina Española, vol. V: Medicina Española Contemporánea,

- Salamanca. Ed. Universidad, 1986.
5. Martínez Morás, Andrés, Semblanzas Raciales, Madrid, Espasa Calpe, 1930.
6. Pérez Lugin, Alejandro, Arminda Moscoso, Madrid, Librería Casa Ed. Hernando, 1928.
7. Ponte Hernando, Fernando J Ángel Baltar Cortés (1868-1934) Maestro de Cirujanos, A Coruña, Ed. Inéditor, 2011 (Col. Scripta).
8. Ponte Hernando, Fernando J., Rego Lijó, Isabel. La Locura y el Bisturí: I Centenario de D. Timoteo Sánchez Freire, Santiago de Compostela, Seminario Mayor de San Martín Pinario; Servicio de Publicaciones Universidade de Santiago de Compostela; Asociación Cultural Rocha Forte, 2012.
9. Ponte Hernando, Fernando J., Rego Lijó, Isabel; González Castroagudín, S . Un sabio médico gallego: D. Jacobo López Elizagaray (1860-1934). Santiago. CSIC. Cuadernos de Estudios Gallegos, LX. Nº 126. (enero-diciembre 2013) p. 337-358.
- 10.Lewy Rodríguez, Enriqueta, Así era Cajal. 1ª ed., Madrid, Espasa-Calpe, 1977 (Col Austral).
- 11.Unamuno, Miguel de, La Dignidad Humana, 5ª ed., Madrid, Espasa Calpe, 1961 (Col. Austral).
- 12.Zulaica Aristi, Daniel, Vida y obra del Dr. Madinaveitia, Guipúzcoa. Ed. Diputación Foral, 1985.

## **Cartas al director: FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON LUMBALGIA E INCAPACIDAD PROLONGADA**

### ***FAMILY FUNCTIONALITY IN PATIENTS WITH BACKACHE AND PROLONGED DISABILITY***

**AUTOR:** <sup>1</sup>Perla M. Lombera-Ramirez, <sup>2</sup>José R. Sarabia-Ramirez, <sup>2</sup>Eufrasia Rendón-Arias, <sup>3</sup>Carlos Gómez-Alonso, <sup>4</sup>Alain R. Rodríguez-Orozco

1. Unidad de Medicina Familiar # 80. Instituto Mexicano del Seguro Social. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán, México

2. Unidad de Medicina Familiar # 80. Instituto Mexicano del Seguro Social. Morelia, Michoacán, México

3. Centro de Investigación Biomédica de Michoacán. Instituto Mexicano del Seguro Social. Morelia, Michoacán, México

4. Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr Ignacio Chávez". Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán, México

La lumbalgia está considerada la principal causa de limitación de la actividad en personas menores de 45 años y la patología musculoesquelética más prevalente en mayores de 65 años. <sup>1</sup> Se ha estimado que entre 70% y 80% de los adultos sufrirán, al menos, un episodio de dolor lumbar en sus vidas y entre 2 y 5% de la población general consultará alguna vez por causas relacionadas. <sup>2</sup>

Este trabajo se hizo con el objetivo de evaluar la funcionalidad familiar en pacientes con lumbalgia e incapacidad prolongada y edades de 35 a 45 años, por ser este el rango de edades en el que se encuentran más del 80% de los casos de incapacidad prolongada por lumbalgia en nuestra unidad de medicina familiar

En nuestra unidad de medicina familiar de Enero a Julio del 2013, se estableció diagnóstico de lumbalgia a 4796 pacientes, de ellos 42 pacientes con más de 91 días de incapacidad, con una media de 231.91 ± 84.74, superior a la media de 143.73 días reportada por Martínez en un estudio realizado en Veracruz, México, también en el año 2013<sup>3</sup>

Respecto a los datos sociodemográficos se encontró un predominio de sexo masculino con un 65.2%, escolaridad secundaria

39.1%, estado civil casado 91.3% y estrato socioeconómico medio bajo 56.5%.

Respecto al nivel de funcionamiento familiar estimado con el cuestionario FF-SIL<sup>4</sup> fue percibido por los pacientes como familia funcional 30.43%, moderadamente funcional 47.83% y disfuncional 21.74%.

Se encontró que existió una tendencia a encontrar mayor compromiso del funcionamiento familiar en aquellos pacientes a los que se otorgaron más días de incapacidad, aunque esta relación no fue significativa estadísticamente  $\chi^2 = 12.934$ ,  $gl = 8$   $P = .114$ . No se encontró relación entre disminución del ingreso económico por incapacidad y funcionalidad familiar  $\chi^2 = 11.378$ ,  $gl = 8$   $P = .181$

Llama la atención que, a pesar de la disminución del aporte económico y el elevado número de días de incapacidad, cerca del 80% de las familias de los pacientes con lumbalgia crónica percibieron sus familias como funcionales o moderadamente funcionales. Resulta interesante comparar los recursos con los que cuentan estas familias para enfrentar una crisis paranormativa de esta magnitud respecto a aquellos que percibieron a sus familias como disfuncionales.

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1.-Ocaña-Jiménez U. Lumbalgia ocupacional y discapacidad laboral. Rev fisioter (Guadalupe). 2007; 6(2): 17-26

2. - Rubin DI. Epidemiology and risk factors for spine pain. Neurol Clin. 2007; 25(2): 353-71

3.- Martínez-Mayoral A. Causas traumatológicas y ortopédicas de

incapacidad prolongada en trabajadores afiliados a la seguridad social en Veracruz. [Tesis de licenciatura]. Veracruz: A Martínez-Mayoral; 2013. Universidad de Veracruz, México.

4.-De la Cuesta D, Pérez E, Louro I, Bayarre H. Un instrumento de funcionamiento familiar para el médico de la familia. Rev Cub Med Gen Integr. 1996;12(1):24-31.

# AGAMFEC

## estrea nova web

**AGAMFEC**  
ASOCIACIÓN GALEGA DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA

**O PRIMEIRO: NON FACER DANO**  
XIX XORNADAS GALEGAS DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA  
14-15 NOVEMBRO · HOTEL TALASO LOUXO LA TOXA · ILLA DE A TOXA · PONTEVEDRA

15 ARTIGOS PARA LER

QUE É AGAMFEC? · ACTIVIDADES FORMATIVAS · ÁREA DE SOCIOS · PUBLICACIÓNS · CONTACTE CON AGAMFEC

NOVAS App de Agamfec - fai 1 día

AGAMFEC-SEMFYC

**PACAP**

XVI PREMIO SEMFYC  
Agamfec - 2 Agosto 2014

**Convocatoria XVI premios semFYC PACAP**

App de Agamfec  
Únete o noso grupo en Facebook  
4º Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar e Comunitaria

Convocatoria premios semFYC  
Expansión África

Asóciate a AGAMFEC  
Actividades  
Foros  
Revista CADERNOS

Tódolos eventos/actividades

Atopar actividades/eventos

Datos: [input] Preto...

Categorías: Todas as categorías

Reión: Tódalas rexións

Cidades: Tódalas cidades

26 Setembro, 2014

Datos: 26/09/2014 - 27/09/2014  
Tódala xornada

Evento: CURSO DE SOPORTE VITAL AVANZADO CARDIO-TRAUMATOLÓXICO  
HOSPITAL MONTECELO (PONTEVEDRA), Pontevedra Pontevedra

14 Novembro, 2014

Datos: 14/11/2014 - 15/11/2014

Volume 19

CADERNOS

Volume 19 nº 1 · Volume 19 Nº 2 · Volume 19 Nº 3 · Volume 19 Nº 4

O Grove Pontevedra

**Grupos de traballo**

Os grupos de traballo de Agamfec, son xunto coas vocacións, a alma da nosa sociedade. Son os seus membros os que fan a investigación, o ensino, e toman o pulso ás novas demandas dos cidadáns e da nosa profesión, e buscan estratexias para actualizar coñecementos e habilidades para manterse ó día e continuar a servir a poboación. Formar parte dun grupo de traballo permíteche poñer en común experiencias con outros profesionais de que teñen, dentro da medicina de familia, intereses comúns. Estes intereses levaron á creación de grupos de varios temas. Esta variedade non para de crecer ante os novos problemas de saúde e á luz de novos estilos de vida. Se vostede está interesado en participar nun grupo de traballo so ten que enviar un correo electrónico o coordinador do mesmo. Se o que quere é crear un novo grupo, póñase en contacto co coordinador de grupos (grupos@agamfec.com), non esqueza ler as normas dos grupos de traballo.

📄 **Descargar as normas de funcionamento dos Grupos de Traballo**

Responsable dos grupos de traballo:  
Rosana Izquierdo Fernández, Médico de familia, Centro de saúde de Coruxo, Vigo

- 📄 Grupo de traballo de Enfermidades respiratorias e abordaxe ao tabaquismo
- 📄 Actividade física e saúde
- 📄 Alcohollismo
- 📄 Alimentación e nutrición
- 📄 Atención á muller
- 📄 Cirurxía menor, dermatoloxía e vendaxes funcionais

máis actualidade · máis información · máis participación



[www.agamfec.com](http://www.agamfec.com)