

# CADERNOS

## de atención primaria

a publicación dos profesionais de atención primaria en Galicia



Vol. 27(3)  
OUTUBRO 2021



### Editorial

#### Ourense 2021. Retomando el camino

Cristina Margusino Framiñán, Trinidad Gamarra Mondelo

Páx. 3

### Editorial científica

#### Axendas e accesibilidade

Jesús Sueiro Justel

Páx. 5

### Orixinais

#### Análisis de la percepción de síntomas y manejo del tratamiento en pacientes con rinitis polínica.

Analysis of symptoms perception and management in patients with pollen rinitis

Lucía Estévez Valencia, Néstor J. Sánchez Sánchez, Mercedes A. Hernández Gómez, Francisco Javier Rodríguez Rajo

Páx. 6

#### Conocimiento de la prescripción *off-label*. Encuesta a los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia

Knowledge of *off-label* prescription. Survey to the residents of Family and Community Medicine of Galicia

Coñecemento da prescripción *off-label*. Enquisa aos residentes de Medicina Familiar e Comunitaria de Galicia

Ruben Eduardo Molano Zárate

Páx. 14

#### Utilidad del registro de la actividad quirúrgica de consultorio en una unidad de atención primaria

Usefulness of a office-based surgical register in a primary health care unit

Utilidade do rexistro da actividade quirúrxica de consultorio nunha unidade de atención primaria

Francisco Javier Formigo Couceiro, Sara Castro Cageao, Francisco Javier Ayape Amigot, Jesús Sueiro Justel.

Páx. 22

#### Prevalencia, gravedad, evitabilidad y factores contribuyentes de los incidentes de seguridad en centros docentes de Atención Primaria

Prevalence, severity, avoidability and contributing factors of safety incidents in primary care teaching health centers

Clara González-Formoso, M<sup>a</sup> Victoria Martín-Miguel, Fernando Lago-Deibe, María José Fernández-Domínguez, Margarita Pérez-García, Luis Ramil-Hermida, Antonio Rial Boubeta, Ana Clavería

Páx. 28

### Para saber más

#### Adicciones comportamentales: qué debe saber el profesional de Atención Primaria

Behavioural addictions: what the Primary Care should know

Jacinto Mosquera Nogueira, Carmen Guimeráns Freijeiro

Páx. 39

### Casos clínicos

#### Hemangioma Lobular Capilar, revisión de un caso en Atención Primaria

Hemangioma Lobular Capilar, revisión dun caso en Atención Primaria

Capillary Lobular Haemangioma, a case report in Primary Care

Beatriz López Gómez, Santiago Fernández Blas, Carlos Menéndez Villalva

Páx. 44

### Especial XXIV Xornadas Agamfec

Páx. 46

### Cartas ao director

#### La práctica sistemática y monitorizada de ejercicio físico en el adulto mayor pudiera disminuir la coexistencia de altos niveles de ansiedad y depresión

The systematic and monitored practice of physical exercise in the elderly could reduce the coexistence of high levels of anxiety and depression

Nalleli Tovar Zavala, María Guadalupe Campos Aguilera, Alain Raimundo Rodríguez Orozco

Páx. 101

**Editada por:**

ASOCIACIÓN GALEGA DE MEDICINA  
FAMILIAR E COMUNITARIA  
[www.agamfec.com](http://www.agamfec.com)

**Redacción - Secretaria Técnica:**

E-mail: [secretaria@agamfec.com](mailto:secretaria@agamfec.com)  
T +34 634470960 de 10:00 a 13:00 de L-V

Dep. legal: C 1072-1994  
ISSN: 1134-3583

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

Diseño e maquetación:



ISSN (Internet): 1989-6905

Categoría: Ciencias da Saúde.

Acceso: Gratuito.

Mención específica de dereitos: Non.

URL intruções autores:

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

¿Permite o autoarquivo? Si.

Versión autoarquivo: Post-print (versión editorial).

¿Cando? Inmediatamente despois da publicación.

¿Onde? Web persoal, repositorio institucional, repositorio temático.

Esta publicación ten revisión por pares.

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.

**Editor Xefe** Ana Isabel Castaño Carou

**Comité editorial**

Eva Jacob González

**Editores eméritos**

Pablo Vaamonde García - Fundador e director da revista (1994-2005)

Ramón Veras Castro (2005-2012)

Francisco Javier Maestro Saavedra (2013-2015)

Ana Paula Núñez Gavino (2016)

Víctor Julio Quesada Varela (2017)

**Coordinador AGAMFEC**

Jesús Sueiro Justel

**Consello asesor**

Ana Clavería Fontán

Susana Aldecoa Landesa

Julia Bóveda Fontán

José Luis Delgado Martín

Carlos Eirea Eiras

Antonio Regueiro Martínez

Pilar Gayoso Diz

Raimundo Gulín González

Enrique Nieto Pol

Lucía Barreiro Casal

Ana Prada Vigil

Ramón Veras Castro

Ana Carvajal de la Torre

M.ª Jesús Cerecedo Pérez

Jesús Combarro Mato

Bernardino Pardo Teijeiro

Francisco Martínez Anta

Juan Francisco Ollarves

Susy Osinaga Peredo

José Ramón Moliner de la Puente

Susana Hernáiz Valero

## Ourense 2021. Retomando el camino

Cristina Margusino Framiñán<sup>1</sup>, Trinidad Gamarra Mondelo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MÉDICA ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD XINZO DE LIMIA. COORDINADORA DEL GRUPO DE TRABAJO MEDICINA RURAL AGAMFEC

<sup>2</sup> MÉDICA ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD PONTEDEVA. GRUPO DE TRABAJO MEDICINA RURAL AGAMFEC.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Cristina Margusino. E-mail: cristinamargusino@hotmail.com

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 3-4



Ser médico de familia implica ser competente científicamente en la resolución de problemas de salud en el marco de una relación médico-paciente adecuada y promover la salud en la comunidad.

En el medio rural es precisa una extraordinaria disciplina para mantener actualizadas las competencias y habilidades en un entorno de soledad y dispersión. En este contexto de despoblación paulatina, los problemas sociales suelen diferir con respecto a los núcleos urbanos: mayores tasas de desempleo, envejecimiento y dependencia.

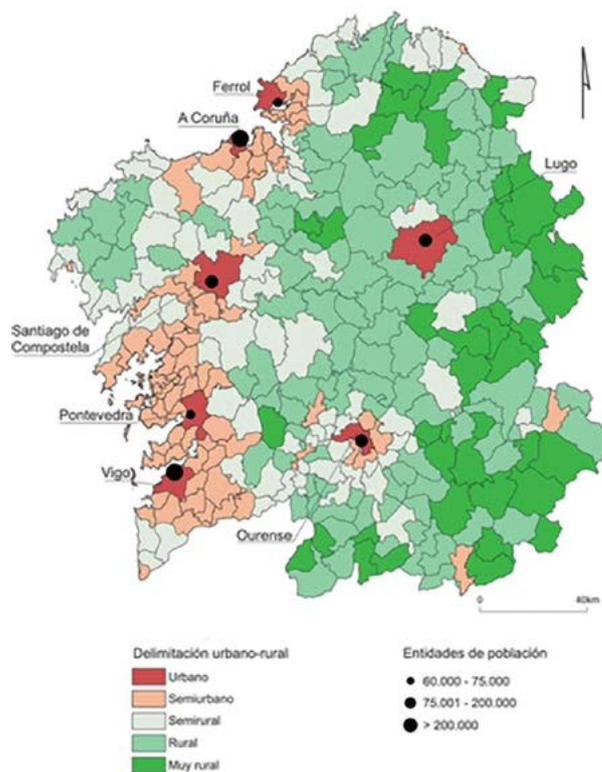
En noviembre de 2016 se celebró en Ávila una Jornada que reunió a Médicos de Familia "rurales", profesionales preocupados por la práctica de una medicina de calidad. Se establecieron las bases para conseguirla, redactando un documento que implicaba una responsabilidad de grupo, al que se denominó: "Declaración de Ávila"(1).

Desde el grupo de trabajo de Medicina Rural de la AGAMFEC/semFYC, reivindicamos una Atención Primaria excelente, independientemente de su localización geográfica, y que sea un pilar en el Programa Formativo de los Médicos Residentes de la especialidad.

Manteniendo la equidad y accesibilidad de nuestra población rural, y respetando sus localismos, pretendemos ser representantes de una medicina transversal, sin olvidar la prevención y promoción de la salud, y a la vez ser un motor en nuestra formación y en la de los futuros profesionales, con manejo y conocimiento de las nuevas herramientas digitales y una cultura propia de investigación y que, siendo parte en la presente y futura planificación de la Atención Primaria Rural, seamos capaces de ilusionar a las generaciones de médicos jóvenes.

A pesar de que la España vaciada va ocupando cada vez más espacio, tanto en la prensa como en los foros políticos, la realidad es que no hay medidas reales que traten de solucionar los problemas de esta amplia parte de la población española.

El médico rural, aunque esté integrado en los centros de salud más cercanos, sigue en clara desventaja respecto a los compañeros urbanos: mayor carga de trabajo puramente administrativo (recepción de llamadas, gestión de la cita a demanda), desplazamientos dificultosos y escasamente remunerados, necesidad de apoyo por parte de otras instituciones, como ayuntamientos, para poder contar con unas condiciones mínimas en nuestras consultas. Según diversos estudios publicados se confirma que Galicia es claramente rural, de un total de 315 municipios gallegos, 248 son rurales y sólo 7 son claramente urbanos, debiendo adecuarse la organización de la Atención Primaria en base a estos datos(2)



### Índice de Ruralidad para Galicia

Estas desventajas no se tienen en cuenta desde la Administración, ya que se aplica, con muy pocas diferencias, la misma cartera de servicios y se exigen los mismos objetivos que en los centros de salud urbanos(3).

El programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se convierte en otro reto para la medicina rural. El entorno docente fundamental de la Medicina Familiar y Comunitaria es el Centro de Salud y por ello se han ido incorporando a la formación los Centros de Salud rurales debido a las connotaciones específicas que tienen las actividades en este medio. La rotación de medicina rural, incluida en el Programa tiene una duración de 3 meses y se desarrolla a lo largo del segundo año de residencia(4).

El Grupo de Trabajo de Medicina Rural de la semFYC organiza, de forma periódica, unas jornadas dedicadas a tratar los temas que más nos afectan, buscando establecer puntos de encuentro

Este año, tras la pausa obligada del año 2020, semFYC en colaboración con AGAMFEC organiza las V Jornadas de Medicina Rural en Ourense bajo el lema "Retomando el Camino". La intención de este encuentro, además de seguir reivindicando el papel de la Medicina Rural Familiar y Comunitaria, es crear un espacio de diálogo, de debate y de aprendizaje.

**¡Nos vemos en Ourense !**

<http://www.semfyc.es/rural2021>

### BIBLIOGRAFÍA

- 1 González Lorenzo Portal. *Medicina Rural: manifiesto de Ávila*. *Cad Aten Primaria*, 2016. Num. Extraordinario, 22:3.
- 2 Armas Quintá, F. X., & Macía Arce, X. C. (2018). REFLEXIONES ACERCA DE LA DELIMITACIÓN Y DEFINICIÓN DEL MEDIO RURAL. DISEÑO DE UN ÍNDICE DE RURALIDAD PARA GALICIA. *Finisterra*, 52(106). <https://doi.org/10.18055/Finis9955>
- 3 Arroyo de la Rosa IA, Guerrero Mayor O, Barneto Clavijo A, Güimil Salas T. *Luces y sombras de la medicina rural: a propósito de la docencia [Lights and shadows of rural medicine: concerning teaching]*. *Aten Primaria*. 2007 Apr;39(4):219-20. Spanish. doi: 10.1016/s0212-6567(07)70883-1. PMID: 17428430; PMCID: PMC7664576.
- 4 Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. 2005 .Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y ciencia

## Axendas e accesibilidade

Jesús Sueiro Justel

MÉDICO DE FAMILIA. AMBULATORIO CONCEPCIÓN ARENAL. SANTIAGO DE COMPOSTELA

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Jesús Sueiro Justel. E-mail: [jesus.sueiro.justel@sergas.es](mailto:jesus.sueiro.justel@sergas.es)

*¡No es esto, No es esto!*

*J. Ortega y Gasset*

Nestes tempos de pandemia nos que se sumou a precariedade do cadro de personal, a sobrecarga dos contaxios e os contactos e o envellecemento dos profesionais, xurdiron debates e grupos de traballo sobre a xestión e deseño de axendas de calidade para os médicos de familia, coma se fose a solución da falta de accesibilidade e saturación dos centros de saúde (CS)

A primeira reflexión é que consideramos unha contradición o deseño de axendas co concepto mesmo de axendas de calidade. Porque a primeira definición para asegurar a calidade é a flexibilidade e a autonomía dos propios CS e os seus xefes de servizo para adaptalas aos fluxos coñecidos da poboación de referencia, as necesidades e demandas dos usuarios e as súas características sociodemográficas. Podemos aclarar conceptos, propoñer criterios e mesmo indicadores, pero nunca facer un modelo de copia e pega exportable a toda Galicia (1). O mesmo concepto, por exemplo, que levamos aceptando anos sen caer na conta do oxímoron que encerra é o de "consulta administrativa". Por definición, se unha consulta é administrativa, non é medicina e debe ser xestionada noutro eido fóra da consulta médica.

A seguinte cuestión vén dada pola repetida frase de que na atención primaria (AP) non debe existir lista de agarda, erixindo a accesibilidade no principio fundacional e inmutable da AP. O noso nivel asistencial, de cuxa fortaleza veñen os recoñecementos internacionais da calidade do sistema sanitario (2), ten unha serie de características que o fan indispensable: a accesibilidade, é certo que é unha delas, pero tamén a capacidade resolutiva, a lonxitudinalidade (non esquezamos que esta é a única que ten amosado a diminución de morbilidade e mesmo mortalidade da poboación), a visión integral e integrada, a implicación da comunidade, a docencia, a investigación... e a ninguén se lle escapa que para ter unha AP de excelencia non chega con ter unha característica única, neste caso a accesibilidade, senón ser quen de poder compaxinar con equilibrio tódalas súas funcións e capacidades. Non ten sentido accesibilidade absoluta para ter que derivar ao segundo nivel, por falta de tempo, problemas banais; e así podemos relatar unha morea de exemplos absurdos.

Compre salientar outro problema, non menos importante, que non fomos capaces de poñer en debate: a accesibilidade é unha característica da AP, non da medicina de familia. Hai unha fermosa verba que describe esta figura literaria: A Sinéqdoque, ou sexa, tomar o todo pola parte. Por mellor dicir, hai que facilitar o acceso dos doentes, pero non só ao seu médico de familia. Ninguén pensou nunca na lista de agarda para enfermería, a matrona, o fisioterapeuta ou a traballadora social e tamén forman parte indispensable dos nosos servizos. E moitas veces resolverían problemas que vemos nas demandas forzadas das nosas consultas.

Polo tanto debemos facer unha visión integral do problema, non caer en solucións simplistas e apostar por unha reformulación da AP, con maiores competencias de todos os profesionais, implementar demanda de enfermería, con potenciación das áreas administrativas que poidan asumir máis tarefas e a distribución dos doentes nas consultas mais axeitadas aos seus problemas, ser referentes na comunidade e buscar a súa complicidade e apoio nos seus activos, fomentar a proactividade nas consultas, potenciar a investigación que dé respostas as nosas incertezas e seguir formando médicos e profesionais sanitarios comprometidos coas persoas. E nunca deixar de reclamar un cadro de persoal autosuficiente e o tempo axeitado para acadar unha atención integral. A axenda é un medio para facilitar o traballo e non entorpecelo, non nos deixemos cegar con propostas simples que nos alonxen da busca dunha AP con criterios de excelencia (3). O reto non é doado, pero a sostibilidade do sistema sanitario está en xogo.

- 1 [http://www.unidadefectividad.net/Portals/0/WebHelp\\_Ag\\_Calidad/WebHelp\\_AC/index.htm](http://www.unidadefectividad.net/Portals/0/WebHelp_Ag_Calidad/WebHelp_AC/index.htm)
- 2 <https://borgenproject.org/tag/bloomberg-healthiest-country-index/>
- 3 <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1154/Por%20una%20atenci%C3%B3n%20primaria%20vertebradora%20del%20sistema%20de%20salud%20-%20WEB.pdf>

# Análisis de la percepción de síntomas y manejo del tratamiento en pacientes con rinitis polínica

Analysis of symptoms perception and management in patients with pollen rinitis

Lucía Estévez Valencia<sup>1,2</sup>, Néstor J. Sánchez Sánchez<sup>3</sup>, Mercedes A. Hernández Gómez<sup>3</sup>, Francisco Javier Rodríguez Rajo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ENFERMERA. CENTRO DE SALUD NOVOA SANTOS (OURENSE)

<sup>2</sup> DEPARTAMENTO DE BIOLOGÍA VEGETAL Y CIENCIAS DEL SUELO. FACULTAD DE CIENCIAS, UNIVERSIDAD DE VIGO (OURENSE)

<sup>3</sup> MÉDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD NOVOA SANTOS (OURENSE)

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Néstor J. Sánchez Sánchez. E-mail: njsanchezs@gmail.com

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 6-13

## RESUMEN

**Objetivo:** evaluar la relación entre los síntomas de las personas afectadas por rinitis alérgica, sus características sociodemográficas, la concentración polínica atmosférica y la decisión de tomar o no antihistamínicos.

**Diseño:** Estudio observacional prospectivo a un año.

**Emplazamiento:** centro de salud urbano, facultad de ciencias.

**Participantes:** pacientes de 18-65 años con rinitis alérgica estacional.

**Mediciones principales:** edad, sexo y variables clínicas (intensidad subjetiva de síntomas, antecedente de alergia a gramíneas, uso de antihistamínico, antecedente de asma, tratamiento con inmunoterapia y hábito tabáquico).

**Resultados:** Se incluyeron 35 pacientes, 65,7 % son mujeres, media de edad de 42 años, 31,40 % tienen asma y el 51,40 % ha recibido inmunoterapia. Los meses con mayor sintomatología registrada se sitúan entre marzo y julio, durante el mes de abril se registraron los síntomas más graves y los pacientes con alergia a gramíneas presentaron otro pico sintomático en octubre. No existe relación entre la intensidad de los síntomas y el consumo de antihistamínicos.

**Conclusiones:** Los síntomas más severos se concentran en la temporada de mayor polinización en nuestra región, presentando síntomas en otras épocas probablemente por reactividad cruzada con otros alérgenos. La educación sanitaria jugará un papel importante en la optimización del tratamiento sintomáticos en estos pacientes.

**Palabras clave:** rinitis alérgica, contaminación del aire, alergia respiratoria, polen.

## ABSTRACT

**Objective:** to evaluate the relationship between allergic rhinitis patients' symptoms, their sociodemographic characteristics, the atmospheric pollinic concentration and the decision of treatment.

**Design:** observational prospective research.

**Setting:** urban primary health care center, faculty of science.

**Participants:** 18-65 years old allergic rhinitis patients.

**Main measurements:** age, sex and clinical variables (subjective intensity symptoms, Gramineae allergic antecedents, use of antihistaminic, asthma antecedents, immunotherapy treatment and smoking habit).

**Results:** 35 patients were included, 65,7% women. Overage age 42 years old. 31,4% are asthmatic and 51,4% were treated with immunotherapy. Symptoms were more frequent between March and July; severe symptoms were predominant in April. Gramineae allergic patients had in October another peak. No relationship was found between the intensity of symptoms and the use of antihistaminic.

**Conclusions:** most severe symptoms are concentrated in with the highest pollination season in our region, presenting symptoms at other times probably due to cross-reactivity with other allergens. Health education will play an important role in optimizing symptomatic treatment in these patients

**Key words:** allergic rhinitis, air pollution, respiratory allergy, pollen.

---

## INTRODUCCIÓN

---

La rinitis alérgica (RA) es una reacción inmunológica desencadenada por aeroalérgenos, mediada por IgE a nivel de la mucosa nasal, produciendo su inflamación. Los síntomas más frecuentes son congestión nasal, estornudos, rinorrea y prurito nasal, presentando asociada conjuntivitis frecuentemente. La RA constituye un importante problema de salud al afectar a personas de todas las edades a causa del contenido polínico atmosférico (1,2); afectando así a más de 150 millones de personas en Europa, lo que representa una de las mayores fuentes de incapacidad en los países desarrollados (3–5). Según las previsiones de la European Academy Allergy and Clinical Immunology (EAACI), dentro de 15 años el 50 % de los europeos sufrirán algún tipo de alergia (3).

Se clasifica, en función de la duración de los síntomas, como intermitente (síntomas presentes  $\leq 4$  días a la semana o durante  $< 4$  semanas consecutivas) o persistente (síntomas  $\geq 4$  días a la semana y  $> 4$  semanas consecutivas). En base a su intensidad se clasifica como leve, moderada o grave según la cantidad de ítems afectados (alteraciones en el sueño, afectación de las actividades laborales/ocio, existencia de síntomas molestos).

Si el diagnóstico clínico es claro, debe iniciarse tratamiento (6) con corticoides, antihistamínicos y/o inmunoterapia (1,2); siendo fundamental evitar los factores desencadenantes, conociendo las plantas que inducen sus síntomas y los momentos de polinización.

Los pacientes alérgicos sufren una enfermedad con un gran impacto sobre la vida social y profesional, produciendo pérdida de productividad y rendimiento en sus actividades sociales y/o laborales. Por ello, es importante abordar esta patología desde un punto de vista de eficiencia y lograr disminuir, en la medida de lo posible, este alto coste tanto económico como social (2,3,7).

El polen de gramíneas es el más común en Europa, siendo la primera causa de polinosis debido a su gran alergenicidad y a su extensa distribución vegetal. La familia de las gramíneas contiene más de 600 géneros y más de 10.000 especies, su subfamilia Pooideae comprende la mayoría de los géneros importantes en producir polinosis; siendo muy importante la reactividad cruzada entre ellos (4,8).

Muchos de los cambios que se están llevando a cabo en el planeta (aumento de los gases de efecto invernadero, incendios forestales, sequías, inundaciones...) tienen efectos negativos sobre la salud, aumentando la frecuencia, prevalencia y gravedad de las enfermedades respiratorias (9,10). Esto, unido al aumento de la duración y la gravedad de la temporada polínica, sugieren que los factores de riesgo ambiental están teniendo cada vez un mayor efecto en la biosfera, la biodiversidad y el medio ambiente humano (10,11).

La urbanización y los altos niveles de emisiones de los vehículos y las industrias aumentan la sensibilidad de las vías aéreas a aeroalérgenos, provocando una mayor frecuencia de alergia respiratoria prevalente en personas que viven en áreas urbanas en comparación con personas que viven en áreas rurales (12-14), aunque es en estas últimas donde se encuentra una mayor concentración de polen. Existe una interacción entre el polen y los contaminantes de las ciudades, provocando un incremento en la alergenicidad de los mismos. Así, el polen de gramíneas de zonas contaminadas presentan una mayor concentración de alérgenos Lol p5 respecto a otras de zonas menos contaminadas; por tanto, siendo más alergénico en zonas con alta polución (10,15).

El cambio climático también está afectando a la temporalidad, calidad y distribución del polen, adelantándose los eventos de primavera y retrasándose los de otoño en comparación con décadas anteriores (16,17). Además, afecta a la concentración de ozono al nivel del suelo, cuya inhalación puede empeorar el asma y la bronquitis, entre otras enfermedades (12,18).

Según datos publicados por la EAACI y la Sociedad Española de Alergia e Inmunología Clínica (SEAIC), la alergia comienza a ser una amenaza para la salud pública de dimensiones pandémicas con gran impacto en la calidad de vida y la economía (3,14). Por ello, se necesita tomar medidas para desarrollar, fortalecer y optimizar estrategias de prevención y tratamiento (3). La educación sanitaria juega aquí un papel muy importante, ya que es una práctica indisoluble de la terapéutica en el paciente con rinitis alérgica; buscando el empoderamiento del paciente. Para ello es necesario el conocimiento de la enfermedad y las alternativas terapéuticas, de modo que el paciente reconozca precozmente los síntomas y decida cuándo seguir el tratamiento sintomático pautado (19).

Los objetivos del estudio son evaluar la sintomatología en los pacientes con rinitis alérgica por polen de gramíneas en la ciudad de Ourense según su concentración atmosférica (principal) y determinar las características sociodemográficas de la población consultante y analizar el manejo de dicha patología (secundarios).

---

## MATERIAL Y MÉTODOS

---

*Diseño del estudio:* Estudio observacional prospectivo a un año por encuestas de autoevaluación de sintomatología y consumo de antihistamínicos en pacientes con rinitis alérgica.

**Población en estudio:** Personas entre 18 y 65 años diagnosticadas en alergología de rinitis estacional que residen en la ciudad de Ourense o un perímetro de 25 Km.

**Criterios de inclusión:**

- Pacientes de 18-65 años diagnosticados de rinitis polínica que hayan dado su consentimiento para participar y registrar las variables clínicas y farmacológicas diariamente durante un año.

**Criterios de exclusión:**

- No cumplir criterios de inclusión.
- No polinosis diagnosticada en alergología/carecer de informe.
- Inmunodepresión o en tratamiento crónico con corticoides.
- Residentes fuera del radio de estudio.

**Centros de realización del estudio:** Centro de salud Novoa Santos de Ourense. Facultad de Ciencias de la Universidad de Vigo.

**Período del estudio:** Enero - diciembre 2017.

**Variables del estudio:**

- Sociodemográficas: sexo, edad.
- Clínicas: intensidad subjetiva del síntoma (0, sin síntomas; 1, leves; 2, moderados; y 3, severos); uso de antihistamínico, asma, inmunoterapia, alergia a gramíneas, hábito tabáquico.

**Tamaño muestral:** se precisan 35 pacientes para una prevalencia del 10%, un intervalo de confianza de 95%, y precisión del 10%. La población total, asignada a los 5 médicos de familia participantes, es de 4400 personas.

**Análisis estadístico:** los datos se recogieron en un cuaderno de recogida de datos (CRD) diseñado al efecto y posteriormente se volcaron en una base de datos creada directamente sobre SPSS 14.0 para Windows. Inicialmente se realizó un análisis descriptivo donde las variables cualitativas se expresan como frecuencia y porcentaje. Las variables continuas se expresan como media  $\pm$  desviación estándar, mediana [mínimo-máximo]. Se calcularon intervalos de confianza al 95% para los valores medios de las variables y para las proporciones. Para conocer la normalidad de las variables se realizaron los test de Kolmogorov- Smirnov/ Shapiro-Wilk.

Se realizaron pruebas paramétricas/no paramétricas para determinar la asociación potencial entre las variables de estudio (Chi-Cuadrado, prueba de Friedman y U de Mann- Whitney), y para detectar relación o interacción entre las diferentes variables se estudiaron las correlaciones.

En todos los análisis se consideran estadísticamente significativas las diferencias con  $p < 0.05$ . El análisis se ha realizado con los programas SPSS 22.0, Epidat 4.1 y el software libre R (<http://www.r-project.org>).

**Aspectos éticos:** la investigación realizada cumple los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, así como los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética.

Todos los pacientes incluidos en este trabajo han sido informados y han firmado un consentimiento informado específicamente elaborado, de acuerdo con los protocolos del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia. Este trabajo ha sido aprobado por Comité Autonómico de Ética de la Investigación Galicia (CEIC 2016/566) y por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (MGH-ANT-2016-01).

La gestión de los datos recogidos como el manejo de las historias clínicas ha cumplido en todo momento con las exigencias de la Ley Orgánica de Protección de Datos (15/1999) y el RD 994/99.

Los datos clínicos de las pacientes han sido recogidos por el investigador en el CRD específico del estudio, siendo cada uno de ellos anonimizado.

**Dificultades y limitaciones:** Los sujetos participantes han sido seleccionados al azar y, por tanto, son representativos de la población total para ese tramo de edad. La principal dificultad ha estado en la captación de personas, por tratarse de un estudio que exige un registro diario durante un año de la autopercepción de síntomas y del tratamiento sintomático tomado. Ha sido fundamental la motivación y la colaboración de los participantes.

## RESULTADOS

Se analizan los datos de 35 pacientes, 65,7 % mujeres, con edad media de 42,76 años (IC 95 %: 18,09- 59,79). El 25,7 % son fumadores.

Los antecedentes clínicos y terapéuticos relacionados con la alergia se muestran en la Figura 1.

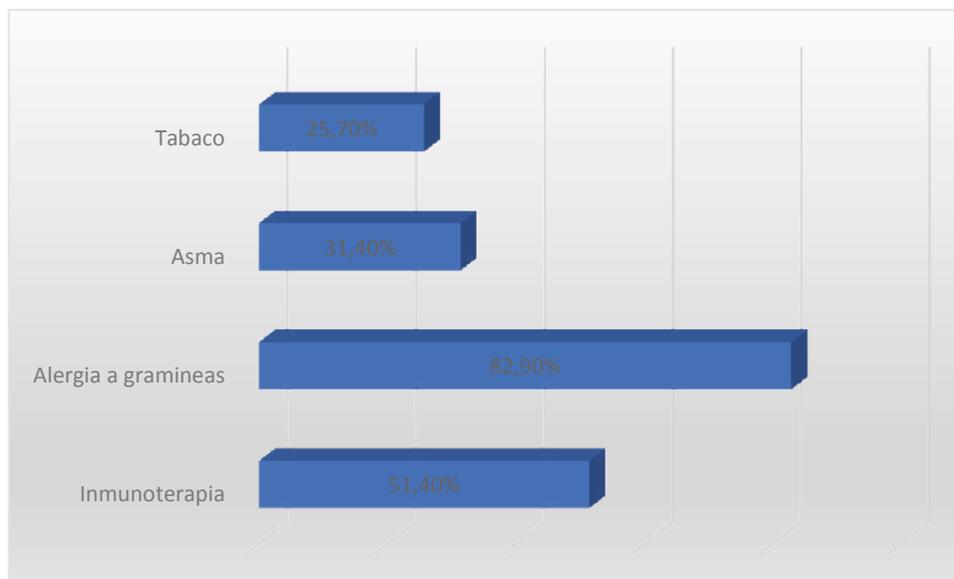


Figura 1. Antecedentes personales de los pacientes (en porcentajes)

No encontramos diferencia significativa ( $p=0,235$ ) en la edad entre los pacientes alérgicos a gramíneas y los que no lo son.

La intensidad de los síntomas, los días del mes que presentan síntomas y la realización de tratamiento aparece resumida en la figura 2. Los síntomas leves destacan los meses de marzo a julio, los síntomas moderados de abril a junio y en el mes de abril los síntomas graves. Los pacientes realizaron el tratamiento sintomático con antihistamínicos fundamentalmente entre los meses de marzo a junio.

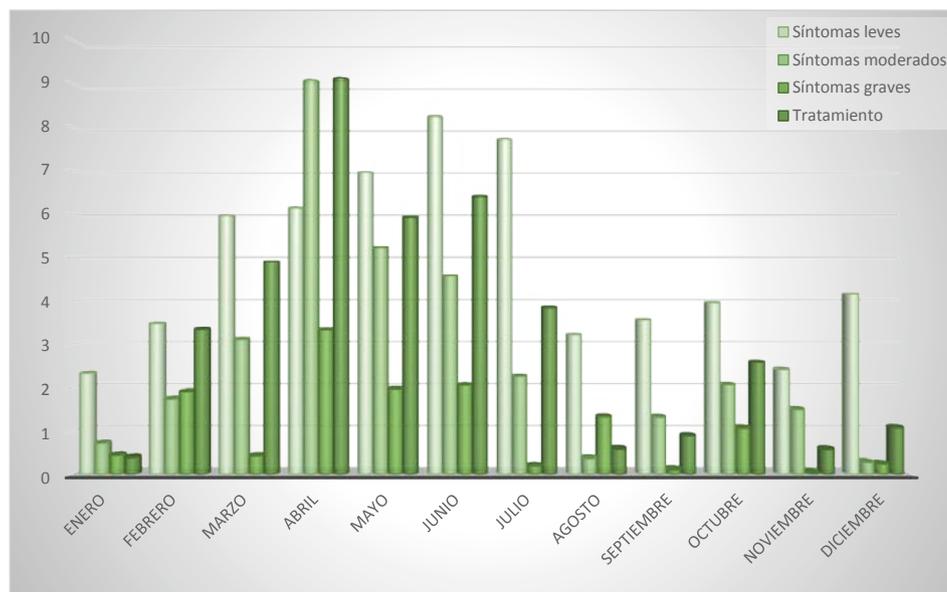


Figura 2. Días con síntomas según su intensidad por mes y días en los que se necesitó tratamiento

Comparamos los síntomas de los pacientes en función si son o no alérgicos a las gramíneas. Durante el mes de mayo son el grupo de pacientes alérgicos a gramíneas quien tiene más días de síntomas moderados ( $p=0,049$ ). Entre los que no tienen esta sensibilización hubo más registro de síntomas en noviembre, siendo estadísticamente significativo ( $p=0,04$ ). (Tabla 1, Figura 3).

	No alérgicos a gramíneas				Alérgicos a gramíneas			
	Síntomas	Leves	Moderados	Graves	Síntomas	Leves	Moderados	Graves
Enero	5,75	2,5	1,75	1,5	2,86	2,29	0,43	0,14
Febrero	9	2,6	3,6	2,8	6,61	3,72	1,22	1,67
Marzo	8,67	5,33	3,17	0,17	9,7	6,11	3,11	0,48
Abril	19	10,17	6,67	2,17	18,93	5,29	9,59	3,59
Mayo	9	8,67	0,33	0	15,29	6,61	6,29	2,39
Junio	6,4	5,6	0,6	0,2	16,54	8,77	5,35	2,42
Julio	6,4	4,4	1,8	0,2	11,05	8,5	2,36	0,18
Agosto	6,8	6	0,6	0,2	4,5	2,59	0,32	1,59
Septiembre	7	6	0,8	0,2	4,57	3,04	1,43	0,09
Octubre	7	6,4	0,2	0,4	7,14	3,41	2,5	1,23
Noviembre	6,2	4,8	1,2	0,2	3,43	1,86	1,57	0
Diciembre	6,8	5,8	0,8	0,2	4,15	3,75	0,15	0,25

Tabla 1. Media de días que presentan síntomas leves, moderados y graves por meses, comparando los pacientes alérgicos a gramíneas con los que no lo son

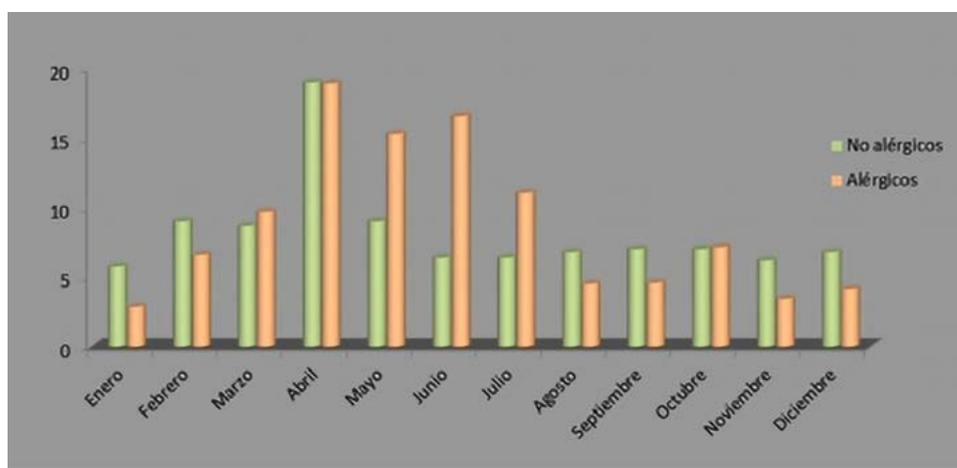


Figura 3. Días con síntomas por mes según alergia o no a gramíneas

En los meses de febrero, marzo y agosto toman más antihistamínicos los pacientes no alérgicos ( $p=0,014$ ;  $p=0,012$ ;  $p=0,011$ , respectivamente). Tabla 2.

	No alérgicos a gramíneas	Alérgicos a gramíneas
Enero	0	0,5
Febrero	9,4	1,67
Marzo	13	3,11
Abril	14,17	8,1
Mayo	2,5	6,68
Junio	0,8	7,5
Julio	0,6	4,59
Agosto	1	0,5
Septiembre	1,2	0,83
Octubre	0,4	3,09
Noviembre	1	0,48
Diciembre	1,2	1,05

Tabla 2. Media de días que utilizaron tratamiento por meses, comparando los pacientes alérgicos a gramíneas con los que no lo son

No se ha encontrado relación entre alergia a gramíneas con el sexo del paciente, hábito tabáquico y asma. Tampoco se encuentran diferencias significativas al comparar el total de días con síntomas entre pacientes alérgicos a gramíneas en función de haber recibido inmunoterapia o no.

## DISCUSIÓN

En Galicia, la riqueza de biodiversidad y de áreas climáticas y/o fitogeográficas de las que está compuesta provoca que en cada punto geográfico las floraciones de las diversas especies se sucedan a lo largo del año siguiendo un comportamiento diferente en cada una de las diferentes especies alergógenas (4). La particularidad de este estudio, es que hasta donde conocemos es la primera vez que se obtienen mediciones sintomáticas diarias de pacientes con sensibilización polínica.

Destacamos la participación femenina, dato similar a lo encontrado en otros estudios (13,20) y que pudiera deberse a una mayor colaboración o también a qué son más consultantes, por eso fueron captadas.

La mayoría de participantes son alérgicos a gramíneas, dato acorde con que es el polen más común en Europa y la principal causa de polinosis (4,8). Sin embargo, en nuestro trabajo esta sensibilización es notablemente superior a la encontrada en un estudio previo realizado en quince hospitales de toda España (20). En nuestro estudio no se trata de analizar la prevalencia de alergia a gramíneas sino de valorar la percepción de síntomas por los pacientes, por lo que los datos no son comparables.

La rinitis y el asma están muy vinculadas desde el punto de vista epidemiológico y patológico, siendo la rinitis un factor de riesgo independiente de asma (21). La prevalencia de asma en el grupo estudiado es similar a la de otros estudios (20).

Entre pacientes alérgicos debemos además hacer educación sanitaria para no iniciarse en hábito tabáquico o para abandonarlo, ya que una cuarta parte de los participantes son fumadores, dato similar al encontrado en otros estudios, donde se ha concluido que el tabaco podría aumentar la sensibilización alérgica a haptenos en entornos ocupacionales (11).

No hay diferencia en el registro total de síntomas de los participantes por mes en función de la alergia a gramíneas, pudiéndose deber al pequeño tamaño muestral. Entre los alérgicos a gramíneas, los síntomas son moderados entre abril y junio, graves en el mes abril; resultado similar al encontrado en un estudio realizado en Santiago de Compostela (4). En ambos casos es compatible con la polinización de las gramíneas en nuestra región, que al igual que en el centro, norte y este de Europa, se inicia a principios de mayo y termina a finales de julio (8). Sin embargo, también observamos que estos pacientes han experimentado síntomas fuera de la temporada polínica, principalmente en el mes de octubre. Este resultado es consistente con la aportación de otro estudio donde los pacientes presentaron síntomas graves fuera del período de polinización de las gramíneas, en los meses de octubre y noviembre; atribuyéndose a la existencia de reactividad cruzada con otros pólenes presentes en la atmósfera en ese momento (8). Este mismo trabajo ha demostrado que la correlación entre los recuentos de polen y los síntomas no siempre es uniforme, algunos pólenes pueden ser demasiado grandes para llegar a la pequeña vía aérea y provocar una respuesta alérgica (8). Ésta discordancia no ha recibido mucha atención, debido a que los estudios aerobiológicos se han centrado principalmente en el análisis de la relación entre la concentración de alérgeno y los recuentos de polen, sin tener en cuenta la percepción de los afectados, lo que viene a justificar trabajo como el realizado.

El tratamiento con antihistamínicos se ha realizado entre los meses de marzo y julio, coincidiendo con los meses con más sintomatología. Cabe destacar que los pacientes alérgicos a gramíneas deciden seguir tratamiento en meses en que registran pocos síntomas moderados y graves, y en agosto coincidiendo con un pequeño pico de sintomatología grave, apenas se han tratado. Mientras que durante los meses de febrero, marzo y agosto quienes toman antihistamínicos son los que no tienen esta sensibilización. La rinitis alérgica, es una enfermedad crónica y fluctuante, los pacientes no padecen la misma sintomatología a lo largo de todo el año y no requieren medicación diariamente. Por ello entendemos que el cumplimiento terapéutico en ocasiones resulta difícil de realizar o de mantener; y es particularmente importante en este tipo de enfermedades realizar una buena educación para lograr una total implicación del propio paciente en su enfermedad, consiguiendo así su empoderamiento. El hecho de recibir tratamiento farmacológico no garantiza el éxito terapéutico del paciente y deben asociar medidas no farmacológicas. En un estudio comparativo en dos grupos de pacientes con diagnóstico de rinitis alérgica al grupo en que se realizó una intervención educativa de enfermería se logró una disminución de la sintomatología y mayor adherencia al tratamiento farmacológico (19).

Aunque en el mes de mayo los que habían recibido desensibilización tendieron a registrar menos síntomas, no existe diferencia entre los pacientes que recibieron inmunoterapia (más de la mitad) y los que no la recibieron al comparar el total de días con síntomas. Posiblemente debido al tamaño de la muestra, pero destacamos que son los propios pacientes quienes han registrado su percepción, no siendo extrapolada de consultas o ingresos, por lo que es una línea en la que habría que profundizar, ya que hay estudios donde después de seguir tratamiento inmunoterápico toleraron mayores concentraciones de alérgeno (22). Se necesitarían estudios similares, para poder precisar más.

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1 Martín Mateos AJ, Martínez Gutiérrez E, Romero Sánchez E, García Cantos MD. Guía clínica de Rinitis [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 17]. Available from: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/rinitis/>.
- 2 Antolín-Américo SD, Rodríguez- Rodríguez M, Barbarroja-Escudero J, Álvarez de Monsoto M. Protocolo diagnóstico de la rinitis. *Medicine*. 2013;11(29):1835-8.
- 3 Calderón MU, Demoly P, Wijk RG Van, Bousquet J, Sheikh A, Frew A, et al. EAACI: A European Declaration on Immunotherapy. Designing the future of allergen specific immunotherapy. *Clin Transl Allergy*. 2012;2(20):1-8. Available from: <http://www.ctajournal.com/content/2/1/20>.
- 4 Márquez Riveras C, Suárez Luque S, Queiro Verdes T, Lado Lema ME, Abraira García L. Impacto de los niveles de polen en la utilización de los servicios sanitarios en Santiago de Compostela. *Rev. Salud ambient*. 2012; 12(2): 110-121.
- 5 Jarvis D, Newson R, Lotvall J, Hastan D, Tomassen P, Keil T, et al. Asthma in adults and its association with chronic rhinosinusitis : The GA2LEN survey in Europe. *EAACI A Eur Declar Immunother*. 2012;67:91-8.
- 6 Snellman L, Adams W, Anderson G, Godfrey A, Gravley A, Johnson K, et al. Diagnosis and Treatment of Respiratory Illness in Children and Adults How to cite this document : Health Care Guideline : Diagnosis and Treatment of Respiratory Illness in Children and Adults. *ICSI Inst Clin Syst Improv*. 2013.
- 7 Cvetkovski B, Kritikos V, Yan K, Bosnic-Anticevich S. Tell me about your hay fever: a qualitative investigation of allergic rhinitis management from the perspective of the patient. *NJP Prim Care Respir Med*. 2018;28(1):3. doi: 10.1038/s41533-018-0071-0. PMID: 29362452.
- 8 Lara de la Rosa M<sup>a</sup> del Pilar. Cuantificación de aeroalergenos de gramíneas y olivo y correlación entre granos de polen , aeroalergenos y síntomas en los pacientes alérgicos de Ciudad Real [Tesis Doctoral]. Universidad de Córdoba; 2014.
- 9 Paramesh H. Air Pollution and Allergic Airway Diseases: Social Determinants and Sustainability in the Control and Prevention. *Indian J Pediatr*. 2018;85(4):284-94. doi: 10.1007/s12098-017-2538-3. PMID 29313309.
- 10 D'Amato G, Holgate ST, Pawankar R, Ledford DK, Cecchi L, Al-Ahmad M, et al. Meteorological conditions, climate change, new emerging factors, and asthma and related allergic disorders. A statement of the World Allergy Organization. *World Allergy Organ J*. 2015;8(1):1-52. doi: 10.1186/s40413-015-0073-0. PMID 26207160.
- 11 Prieto del Prado AM. Caracterización clínica e inmunológica de pacientes jóvenes con rinitis. [Tesis Doctoral]. Universidad de Málaga; 2015.
- 12 Amato GD, Pawankar R, Vitale C, Lanza M, Molino A, Stanziola A, et al. El cambio climático y la contaminación atmosférica : Efectos sobre la alergia respiratoria. 2016;8(5):391-5. doi: 10.4168/aaair.2016.8.5.391. PMID 27334776.
- 13 Marchetti P, Pesce G, Villani S, Antonicelli L, Ariano R, et al. Pollen concentrations and prevalence of asthma and allergic rhinitis in Italy: Evidence from the GEIRD study. *Sci Total Environ*. 2017;584-585:1093-1099. doi: 10.1016/j.scitotenv.2017.01.168 PMID 28169023
- 14 Ávila Barrios F. Análisis del tratamiento médico y calidad de vida en pacientes con rinitis y asma del Hospital Escalante Pradilla, Pérez Zeledón, Costa Rica. Período 2012-2013. [Tesis Doctoral] Universidad de Salamanca; 2015.
- 15 Terán LM, Haselbarth-López MMM, Quiroz-García DL. Alergia, pólenes y medio ambiente. *Gac médica México*. 2009;145(3):215-22. PMID 19685827.
- 16 Demoly P, Matucci A, Rossi O, Vidal C. A year-long, fortnightly, observational survey in three European countries of patients with respiratory allergies induced by house dust mites: Methodology, demographics and clinical characteristics. *BMC Pulm Med*. 2016;16(1):1-14. doi: 10.1186/s12890-016-0246-9. PMID: 27215208.
- 17 Vaquero del Pino C. Estudio de la variación intradiaria de los principales tipos polínicos en la atmósfera de Castilla-La Mancha 2015. [Tesis Doctoral]. Universidad de Castilla- la Mancha; 2015.
- 18 D'Amato G, Cecchi L. Effects of climate change on environmental factors in respiratory allergic diseases. *Clin Exp Allergy*. 2008;38(8):1264-74. doi: 10.1111/j.1365-2222.2008.03033.x. PMID: 18537982.
- 19 Solís-Flores L, Acuña-Rojas R, López-Medina L, Meléndez-Mier G. La consejería de enfermería disminuye la sintomatología y recaídas en pacientes pediátricos con rinitis alérgica. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2017;74(5):349-56.
- 20 Navarro Pulido A, Colás C, Antón E, Conde J, Dávila I, Dordal MT, et al. Epidemiology of allergic rhinitis in allergy consultations in Spain: Alergológica-2005. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2009;19(Suppl. 2):7-13.

- 21 Baena Cagnani CE, Solé D, González Díaz SN, Zernotti ME, Sisul JC, Sánchez Borges M, et al. Actualización de rinitis alérgica y su impacto en el asma (ARIA 2008). La perspectiva latinoamericana. Rev Alerg Mex. 2009;56(2):56–63.
- 22 Rondon C, Campo P, Blanca-López N, Del Carmen Plaza Seron M, Gómez F, Ruiz MD, et al. Subcutaneous Allergen Immunotherapy in Patient with “Local Allergic Rhinitis” Sensitized to Dermatophagoides Pteronyssinus. J Allergy Clin Immunol. 2015;135(2):AB171.

### PUNTOS CLAVE

#### Lo conocido sobre el tema

- La rinitis alérgica es un importante problema de salud que afecta a 150 millones de personas en Europa, siendo el polen causante más común el de las gramíneas.
- El polen de gramíneas presenta mayor concentración de alérgeno en áreas con gran contaminación por lo que los síntomas son mayores en grandes ciudades.
- El cambio climático está afectando en las épocas de polinización más habituales junto a las características del polen.

#### Que aporta este estudio

- En Ourense, los síntomas más intensos se concentran en primavera, aunque hay un pico en otoño.
- Los síntomas son similares se haya recibido o no tratamiento con inmunoterapia.

# Conocimiento de la prescripción *off-label*. Encuesta a los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia

Knowledge of off-label prescription. Survey to the residents  
of Family and Community Medicine of Galicia

Coñecemento da prescripción *off-label*. Enquisa aos residentes  
de Medicina Familiar e Comunitaria de Galicia

Ruben Eduardo Molano Zárate

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. MÉDICO ASISTENCIAL PUNTO DE ATENCIÓN  
CONTINUADA - PAC CHANTADA/LUGO, ESPAÑA. ORCID: [HTTPS://ORCID.ORG/0000-0002-2812-780X](https://orcid.org/0000-0002-2812-780X)

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Ruben Eduardo Molano Zárate. E-mail: [rubemolanozarate@gmail.com](mailto:rubemolanozarate@gmail.com)

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Páxs. 14-21

## RESUMEN

**Introducción.** El concepto de prescripción *off-label* se refiere a la utilización de un medicamento en condiciones diferentes a las autorizadas en la ficha técnica (FT). El presente estudio tiene como objetivo establecer el conocimiento que tienen los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) al respecto del tema.

**Método:** Estudio descriptivo de corte transversal y de ámbito autonómico mediante encuesta on-line a los residentes (n=359) que se encuentran cursando cualquiera de los cuatro años de residencia de MFyC en las Unidades Docentes de la Comunidad Autónoma de Galicia.

**Resultado:** Se recibieron 81 encuestas. Un 80,2% identifican correctamente el concepto *off-label*, solamente el 24,7% agotaría todas las opciones autorizadas por FT disponibles antes de prescribir *off-label*, la mitad de los residentes recabaría previamente el Consentimiento Informado (CI), la mayoría explicitándole al paciente la utilización en condiciones no autorizadas por la FT. La mitad de los residentes considera que el beneficio del paciente es lo más importante, y justifica un tratamiento *off-label*, aunque cuente con poca evidencia científica.

**Conclusiones.** Si bien los resultados son aceptables, se identifican áreas susceptibles de mejora en el concepto global que permitirían consolidar la prescripción *off-label* en condiciones óptimas entre los futuros especialistas en MFyC de Galicia.

**Palabras clave:** *off-label*; fuera de ficha técnica; uso no autorizado de medicamento; encuesta a residentes, residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

## SUMMARY

**Introduction.** The *off-label* concept refers to the use of a drug in different conditions than those authorized in the technical label. The objective of this study is to establish the Family and Community Medicine (CFM) residents knowledge on the subject.

**Method.** Descriptive cross-sectional study of regional scope, through an online survey of residents (n=359) who are studying any of the four CFM residence years in the Autonomous Community of Galicia Teaching Units .

**Results.** 81 surveys were received. 80.2% identify the *off-label* concept correctly, only 24.7% would use all the authorized label options available before use *off-label*, a half would previously obtain the Informed Consent (IC), majority expliciting to the patient the use in *off label* conditions. A half consider the benefit of the patient the most important thing, and that would justifies an *off label* treatment, although it had a little scientific evidence.

**Conclusions.** Although the results are acceptable, susceptible to improvement areas are identified in the global concept that would allow consolidating the *off-label* prescription in optimal conditions among future CFM specialists in Galicia.

**Key words:** *off-label*; out of label use; unauthorized use of medication; survey of residents, residents of Family and Community Medicine.

---

## INTRODUCCIÓN

---

La *Ficha Técnica* (FT) es el documento público en donde se reflejan las condiciones de uso autorizadas para el medicamento y que recoge la información científica esencial para la prescripción por los profesionales sanitarios. Dicho documento contiene también un apartado para las *contraindicaciones*, esto es, los usos para los cuales el medicamento está desaprobado, ya que, con un alto nivel de certeza, puede ocasionar efectos secundarios o reacciones adversas. La FT debe ser objeto de actualizaciones que refuercen o restrinjan el espectro de utilización del medicamento; dada la repercusión que pueden tener estas actualizaciones, deben ser el resultado de investigaciones de alta calidad científica. La autorización de utilización de un medicamento suele cubrir la mayoría de los casos en que puede ser utilizado; sin embargo, el amplio abanico de situaciones clínicas a las que se enfrentan los sanitarios puede dejar fuera subpoblaciones que, necesitando el mismo medicamento, requieran para poderse beneficiar de él, ajustes en las especificaciones que marca la FT en aspectos como indicación, forma de administración y dosis.(1). Muchas de estas alternativas están sustentadas en una amplia evidencia científica, llegando incluso a ser recomendadas en guías de manejo clínico mucho antes de ser incluidas en las actualizaciones de las FT.(2). Este uso de medicamentos diferente al autorizado en FT es conocido como *off-label* por su denominación anglosajona, y debería estar sustentado en sólidas investigaciones que garanticen su validez terapéutica en términos de eficacia y seguridad para el paciente.

### Aspectos Normativos de la prescripción *off-label*

A nivel europeo, la aprobación de indicaciones y actualizaciones de las fichas técnicas la realiza la *European Medicines Agency* (EMA), y el uso de medicamentos diferente a su autorización está regulado por el Reglamento (CE) N° 726/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo de 2004, que, sin embargo, emplaza a los Estados Miembros a legislar su propia normativa al respecto.(3). En España, la *Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios* (AEMPS) es la encargada de aprobar las fichas técnicas así como de revisar, avalar y hacer recomendaciones de uso de los medicamentos que se comercializan en nuestro país, y el *Real Decreto* 1015/2009 de 19 de junio, regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.

#### *Uso Fuera de Ficha Técnica (FFT):*

Se trata de la prescripción *off-label* y consiste en cualquier utilización de un medicamento en condiciones diferentes a las recogidas en su FT. Debe tratarse de una situación excepcional y limitada al agotamiento o la no existencia de alternativas terapéuticas autorizadas por FT. Se debe obtener el *Consentimiento Informado* (CI) el cual puede ser verbal o escrito, teniendo que especificar al paciente que se trata de un uso no autorizado por FT, y siempre se ha de registrar en la historia clínica la autorización o rechazo del paciente, así como la justificación del uso *off-label*. Si bien es el único que no requiere autorización caso a caso, su uso deberá estar avalado por guías clínicas y protocolos que garanticen una evidencia científica consistente(4).

Un meta-análisis, realizado a nivel europeo en 2017, demostró una prevalencia de la prescripción *off-label* superior al 21%, siendo más frecuente en pediatría. Por áreas terapéuticas, es más común en el campo de cardiología pediátrica, y por categorías, la causa más frecuente de uso *off-label* es la dosis de los medicamentos, después la indicación, y por último la vía de administración. En adultos tiene una marcada frecuencia su uso en onco-hematología y cuidados paliativos, seguida de reumatología e inmunología, siendo el motivo más frecuente para uso *off-label* la indicación, seguido de la vía de administración(5). En nuestro país, la mayoría de los estudios se han llevado a cabo en el nivel institucional, local, y en algunos casos autonómico, siendo más frecuentes aquellos que se originan en la farmacia hospitalaria, o en el campo de la pediatría.(6,7,8).

### Aspectos éticos de la prescripción *off-label*

Desde el punto de vista ético, podría plantearse un conflicto a la hora de recabar un CI para una actuación que se aparta de lo oficialmente autorizado en la FT. Si no se trata de una medida debidamente sustentada, podría incluso constituir una actuación maleficiente, ya que el mayor beneficio para el paciente implica también que el profesional plantee actuaciones con las que esté familiarizado y de las que conozca la calidad del soporte científico(9).

Atendiendo al concepto deontológico de *lex artis*, y dada la relevancia de la naturaleza de excepcionalidad del uso FFT, a la hora de obtener el CI el profesional debe hacer énfasis en el hecho de que el paciente sea conocedor de la utilización no autorizada del medicamento, la justificación para hacerlo, la evidencia que soporta su uso, y los riesgos que se prevean en relación con los beneficios que se plantea obtener.(10,11).

Si la prescripción *off-label* no cuenta con el rigor científico adecuado, o se realiza sin atender elementos básicos como la obtención del Consentimiento Informado, puede vulnerar la *lex artis*. Por todas estas razones, el conocimiento del concepto *off-label*, así como su gestión y las consecuencias de su aplicación, deben ser conocidos por los profesionales en formación especializada, quienes en un corto plazo de tiempo estarán ejerciendo su actividad laboral en diferentes dispositivos sanitarios.

Nos planteamos, como objetivo del presente estudio, medir el grado de conocimiento del tema por parte de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) de la Comunidad Autónoma de Galicia, así como establecer una aproximación a la percepción ética que de ella tienen.

## MÉTODO

Se ha diseñado un estudio descriptivo de corte transversal, limitado al ámbito autonómico, mediante una encuesta *on-line* voluntaria y anónima, diseñada específicamente para el presente estudio (anexo 1) y gestionada a través de Google Drive. Con un total de 359 residentes de MFyC en Galicia, se estimó una cantidad de 186 encuestas como tamaño de muestra suficiente para valorar el conocimiento de la prescripción *off-label* con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

Se estableció como criterio de inclusión ser Licenciado en Medicina cursando cualquiera de los cuatro años de residencia de MFyC en las Unidades Docentes de la Comunidad Autónoma de Galicia. Para socializar la encuesta se contó con la valiosa colaboración del personal de las Unidades Docentes, quienes la enviaron a los correos electrónicos para mantener el anonimato y garantizar la protección de datos personales.

Dicha encuesta se encuentra dividida en una primera parte de orientación socio demográfica, y una segunda parte de diez preguntas de respuesta múltiple mediante las cuales se busca establecer el grado de conocimiento del concepto *off-label*, diversos aspectos de su aplicación, y una aproximación a la percepción ética que tienen los residentes de este tipo de prescripción. Una vez recopilados los datos, se realizó un análisis descriptivo de las variables, y para su procesamiento se utilizó el programa Microsoft Excel.

## RESULTADOS

Se recibieron 81 encuestas diligenciadas equivalente al 22,6% de un total de 359 residentes de MFyC en Galicia al momento de realizar el estudio.

En el gráfico 1 se pueden ver las características sociodemográficas de los residentes participantes en el estudio. Mientras que en el gráfico 2 se muestran las diferentes identificaciones del término *off-label* por parte de los residentes encuestados.

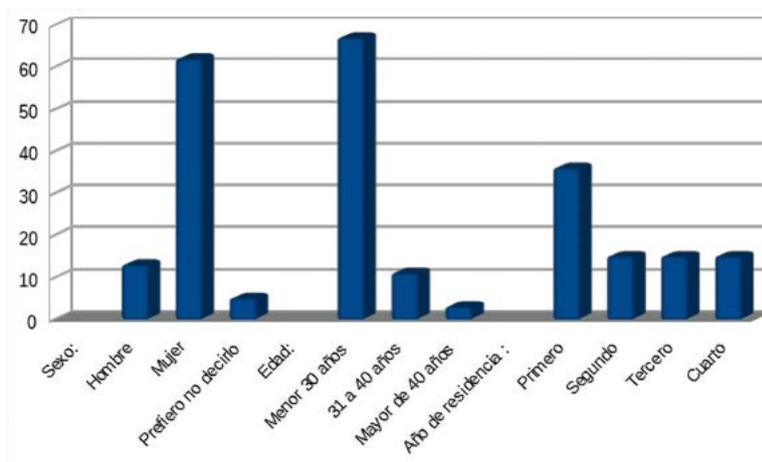


Gráfico 1. Distribución sociodemográfica.



Gráfico 2. Identificación de la definición del concepto *off-label* por parte de los residentes encuestados

En cuanto a la(s) fuente(s) de información consultada(s) antes de prescribir un medicamento, la tendencia mayoritaria en los encuestados es la de consultar la FT de la AEMPS (83,9%), seguida de las guías clínicas (65,4%) y un 55,5% acuden a su tutor. Otros aspectos sobre la prescripción off-label se muestran en la tabla 1.

<i>¿En qué caso(s) prescribiría un medicamento en condiciones diferentes a las especificadas en la FT?</i>	N	%	(IC para 95%)
Si no fuera posible administrar el medicamento por ninguna de las vías de administración que especifica la FT.	15	18,5	10,06% - 26,98%
Si debiera utilizar con mi paciente una dosis diferente a la que especifica la FT.	7	8,6	2,52% - 14,76%
Si la indicación en la que tengo que utilizarlo no aparece en la FT.	50	61,7	51,14% - 72,31%
Nunca prescribo medicamentos en condiciones que no sean las recogidas en FT.	25	30,8	20,80% - 40,92%

<i>¿Agotaría todas las opciones terapéuticas disponibles antes de acudir a la prescripción de un medicamento en condiciones diferentes a las especificadas en la FT?</i>	N	%	(IC para 95%)
Si, Solamente prescribiría medicamentos por fuera de las especificaciones de la FT en casos excepcionales y agotada toda opción autorizada.	20	24,7	15,30% - 34,08%
No necesariamente, podría utilizar medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas, si sé que va a dar mejor resultado.	5	6,1	0,93% - 11,41%
Si conociera evidencia consistente de que el uso de que el uso de un medicamento en condiciones diferentes a las especificadas en FT daría mejor resultado, la priorizaría frente a cualquier otra opción terapéutica.	33	40,7	30,04% - 51,44%
Si un medicamento apareciera en protocolos o guías clínicas, lo utilizaría aunque esté recomendado en condiciones diferentes a las autorizadas por FT.	23	28,4	18,58% - 38,21%

<i>En cuanto al beneficio del paciente considero:</i>	N	%	(IC para 95%)
El beneficio de mi paciente es lo más importante y justifica el uso de medicamentos en condiciones no autorizadas específicamente por la AEMPS.	41	50,6	39,73% - 61,51%
Aunque mi paciente se beneficie, preferiría que todo uso de medicamentos apareciera en la FT.	34	41,9	31,23% - 52,72%
El beneficio de mi paciente no justifica el uso no autorizado específicamente por la FT de un medicamento.	6	7,5	1,70% - 13,11%

Tabla 1. Evaluación de aspectos de la prescripción off-label.

Finalmente, en esta encuesta se realizó también una aproximación a la percepción de los residentes de aspectos ético legales de la prescripción off-label tales como el CI, la información que se debe dar al paciente y la valoración ética de prescribir un medicamento en condiciones diferentes a los autorizados en FT y su relación con una evidencia científica de calidad. Los resultados se muestran en el gráfico 3

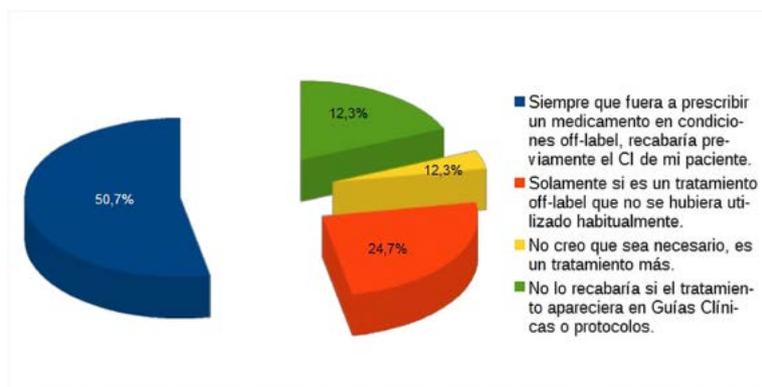


Gráfico 3. Acerca de recabar el CI en caso de prescripción off-label.

En caso de recabar el CI para prescribir off-label, 49 residentes (60,5%) manifestaron que es suficiente con hacerlo de forma verbal, por contra, 32 residentes (39,5%) lo harían siempre de forma escrita.

Los resultados sobre la información que se da al paciente, los tratamientos off-label con poca evidencia científica se plasman en la tabla 2. En cuanto a la percepción ética de la prescripción off-label se muestra en el gráfico 4.

<i>En cuanto a la información que le doy al paciente.</i>	N	%	(IC para 95%)
Le explicaría a mi paciente explícitamente que voy a pautarle un medicamento en un uso no autorizado por la AEMPS.	48	59,3	48,56% - 69,96%
No le daría toda la información porque eso podría influenciar al paciente para rechazarlo.	1	1,2	1,17% - 3,64%
No hace falta que el paciente conozca tanto detalle técnico.	7	8,7	2,52% - 14,76%
El paciente debe conocer siempre toda la información.	25	30,8	20,80% - 40,92%

<i>En cuanto a tratamientos NO autorizados por FT y que NO cuentan con suficiente evidencia científica de calidad.</i>	N	%	(IC para 95%)
Debo ofrecerlos siempre al paciente y en todo caso, que sea él quien decida.	20	25	15,30% - 34,08%
Ofrecer al paciente un tratamiento no autorizado por FT que cuenta con poca evidencia podría ser maleficiente.	10	12,3	5,18% - 19,51%
Ofrecer un tratamiento no autorizado por FT aunque cuente con poca evidencia, podría ser beneficiante.	41	50,6	39,73% - 61,51%
No ofrecerlo al paciente podría vulnerar el principio de justicia.	10	12,3	5,18% - 19,51%

Tabla 2. Manejo de la información y de los tratamientos *off-label* con poca evidencia científica.

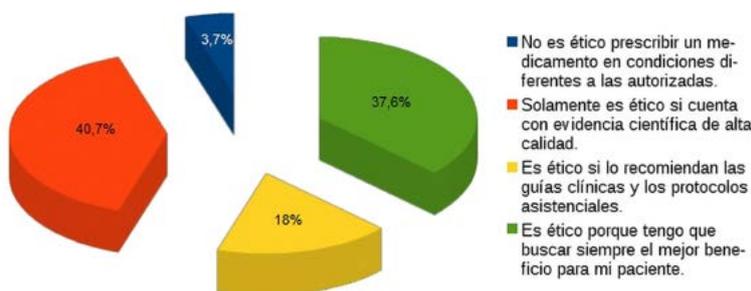


Gráfico 4. Percepción ética de la prescripción *off-label*.

## DISCUSIÓN

La prescripción *off-label* es una práctica necesaria, aceptada y regulada alrededor del mundo. La mayoría de las publicaciones disponibles sobre el tema se han realizado en el ámbito de pediatría y farmacología. Piñeiro-Pérez et al publicaron en 2013 los resultados del estudio OL-PED en el cual evaluaron el grado de conocimiento sobre el uso de medicamentos *off-label* entre los pediatras españoles, aspectos coincidentes con el presente estudio, como la determinación del nivel de conocimiento del concepto *off-label* y la fuente de información de medicamentos, arrojaron resultados similares(12).

El motivo de uso *off-label* de un medicamento es variable: en pediatría, la causa principal es la dosis(12), pero según el trabajo de González-Habra en el campo de la oncohematología en adultos, es la vía de administración(13). En nuestro estudio, se observa que la principal razón para la prescripción *off-label* por parte de los residentes encuestados es una indicación no recogida en FT. Estas variaciones probablemente se deban al contexto en el que se utilizan los medicamentos, y desvelan que las necesidades de ajustes de prescripción en cada ámbito son diferentes.

El presente trabajo presenta como limitación metodológica la baja participación, ya que una muestra por debajo de la esperada, podría ser insuficiente para determinar el grado de conocimiento de la prescripción *off-label* por parte de los residentes.

Por otra parte, el proceso de captación *on line* y el acceso a la encuesta a través de la cuenta de correo electrónico institucional, puede considerarse un sesgo de selección, ya que tanto el uso del correo electrónico institucional, como la predisposición a contestar encuestas vía mail, puede reflejar un perfil específico de residente. La mayor participación de residentes de primer año, puede constituir un sesgo en el resultado, si se asume como cierto el hecho que a mayor tiempo de experiencia laboral, más conocimiento acerca de todo lo que tiene que ver con la prescripción *off-label*. Cabría por lo tanto, realizar estudios prospectivos que evaluaran esta tendencia, comparando los conocimientos de los residentes de primer año con los de los demás años, así como medir la adquisición de conocimientos al respecto durante la evolución de la residencia.

El estudio EQUIP exploró las causas de los errores de prescripción por los médicos residentes, detectando que podrían llegar hasta el 10,3%(14). Esta situación adquiere especial relevancia si se tiene en cuenta que los residentes generan la tercera parte de todas las prescripciones a nivel hospitalario. Para abordar el problema, proponen programas que pasan por la evaluación inicial de los conocimientos sobre medicamentos al inicio de la formación y antes de comenzar a prescribir, así como detectar las áreas de mejora e implementar programas certificados de formación y seguimiento, siempre sobre la base de la cultura de la *seguridad del paciente* como prioridad en la prescripción. Dichos programas incluyen también la prescripción *off-label*(15).

A pesar de las limitaciones y sesgos, creemos que los resultados de la encuesta podrían reflejar la existencia de un punto de mejora en la formación de los residentes. De todas formas, se requerirían trabajos más amplios para confirmar las tendencias aquí observadas, así como contrastar los resultados mediante su aplicación en otras comunidades autónomas, y poder así justificar la propuesta de una estrategia docente específica.

## AGRADECIMIENTOS

Al personal de las Unidades Docentes de MFyC de Galicia por su valiosa colaboración en la difusión de la encuesta entre los residentes, y a aquellos residentes que se tomaron unos minutos para responder la encuesta.

### ANEXO 1

#### Encuesta de conocimiento de prescripción *off-label* por parte de los Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia.

La presente encuesta es totalmente anónima y su análisis estadístico se realizará solamente en un contexto académico.

Agradecemos su colaboración.

Abreviaturas: AEMPS (*Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios*), FT (*Ficha Técnica*).

Sexo:		Rango de edad:		Año de residencia:	
Hombre		Menor de 30		Primer año	
Mujer		31 a 40		Segundo año	
Prefiero no decirlo		Mayor de 40		Tercer año	
				Cuarto año	

A continuación, por favor marque su(s) respuesta(s) con una "X" en los recuadros sombreados:

#### 1. Con cual definición relaciona mejor el término: prescripción *off-label*.

Prescribir un medicamento que aún se encuentra en investigación.	
Prescribir un medicamento no autorizado en España pero si en el extranjero.	
Prescribir un medicamento de uso compasivo.	
Prescribir un medicamento en condiciones diferentes a las autorizadas por la AEMPS.	
Prescribir un medicamento de uso exclusivamente hospitalario.	
No sé lo que es prescribir un medicamento <i>off-label</i> .	

#### 2. Qué fuente(s) de información de un medicamento suele consultar antes de prescribirlo?

La Ficha Técnica (FT) oficial de la AEMPS.	
Las Guías Clínicas.	
La literatura médica disponible.	
Los protocolos de mi centro sanitario.	
Preguntando a mi tutor.	
Experiencia personal.	

#### 3. En que caso(s) prescribiría un medicamento en condiciones diferentes a las especificadas en la FT?

Si no fuera posible administrar el medicamento al paciente por ninguna de las vías de administración que especifica la FT.	
Si debiera utilizar con mi paciente una dosis diferente a la que especifica la FT.	
Si la indicación en la que tengo que utilizarlo no aparece especificada en la FT.	
Nunca prescribo medicamentos en condiciones que no sean las recogidas en FT.	

**4. Agotaría todas las opciones terapéuticas disponibles antes de acudir a la prescripción de un medicamento en condiciones diferentes a las especificadas en la FT?**

Si, solamente prescribiría medicamentos por fuera de las especificaciones de la FT en casos excepcionales y agotada toda opción autorizada.	
No necesariamente, podría utilizar medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas, si sé que va a dar un mejor resultado.	
Si conociera evidencia consistente de que el uso de un medicamento en condiciones diferentes a las especificadas en FT daría mejor resultado, la priorizaría frente a cualquier otra opción terapéutica.	
Si un medicamento apareciera en protocolos o guías clínicas, lo utilizaría aunque esté recomendado en condiciones diferentes a las autorizadas por FT.	

**5. En cuanto al beneficio del paciente considero:**

El beneficio de mi paciente es lo más importante y justifica el uso de medicamentos en condiciones no autorizadas específicamente por la AEMPS.	
Aunque mi paciente se beneficie, preferiría que todo uso de medicamentos apareciera en la FT.	
El beneficio de mi paciente no justifica el uso no autorizado específicamente por la FT de un medicamento.	

**6. En cuanto al Consentimiento Informado (CI):**

Siempre que fuera a prescribir un medicamento en condiciones <i>off-label</i> , recabaría previamente el Consentimiento Informado de mi paciente.	
Solamente si es un tratamiento <i>off-label</i> que no se hubiera utilizado habitualmente.	
No creo que sea necesario, es un tratamiento más.	
No lo recabaría si el tratamiento apareciera en Guías Clínicas o protocolos.	

**7. En caso de recabar el CI para prescribir un medicamento en condiciones diferentes a las autorizada por FT :**

Con hacerlo de forma verbal sería suficiente	
Siempre lo haría de forma escrita.	

**8. En cuanto a la información que le doy al paciente.**

Le explicaría a mi paciente explícitamente que voy a pautarle un medicamento en un uso no autorizado por la AEMPS.	
No le daría toda la información porque eso podría influenciar al paciente para rechazarlo	
No hace falta que el paciente conozca tanto detalle técnico.	
El paciente debe conocer siempre toda la información.	

**9. En cuanto a tratamientos *no autorizados por FT* y que *no cuentan con suficiente evidencia científica de calidad*:**

Debo ofrecerlos siempre al paciente y en todo caso, que sea él quien decida.	
Ofrecer al paciente un tratamiento no autorizado por FT que cuenta con poca evidencia podría ser maleficiente.	
Ofrecer un tratamiento no autorizado por FT aunque cuente con poca evidencia, podría ser beneficiante.	
No ofrecerlo al paciente podría vulnerar el principio de justicia.	

**10. En cuanto a su percepción ética de prescribir un medicamento en condiciones diferentes a las especificadas en la FT:**

No es ético prescribir un medicamento en condiciones diferentes a las autorizadas.	
Solamente es ético si cuenta con evidencia científica de alta calidad.	
Es ético si lo recomiendan las guías clínicas y los protocolos asistenciales.	
Es ético porque tengo que buscar siempre el mejor beneficio para mi paciente.	

**BIBLIOGRAFÍA:**

- Blanco-Reina E, Vega-Jiménez MA, Ocaña-Riola R, Márquez-Romero EI, Bellido-Estévez I. Estudio de las prescripciones farmacológicas en niños a nivel de atención primaria: evaluación de los usos off-label o fuera de ficha técnica [Drug prescriptions study in the outpatient setting: assessment of off-label uses in children]. *Aten Primaria*. 2015; 47(6):344-50. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2014.07.010. Epub 2014 Oct 23. PMID: 25443768; PMCID: PMC6983703.
- Mason J, Pirmohamed M, Nunn T. Off-label and unlicensed medicine use and adverse drug reactions in children: a narrative review of the literature. *Eur J Clin Pharmacol*. 2012;68(1):21-8. doi: 10.1007/s00228-011-1097-1. Epub 2011 Jul 22. PMID: 21779968.
- Reglamento (CE) nº726/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 31 de marzo de 2004. (Consulta el 26 de febrero 2021). Disponible en: <http://data.europa.eu/eli/reg/2004/726/oj>

- 4 Real Decreto 1015/2009 que regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales. Boletín Oficial del Estado n.º 174, publicado 20 Jul 2009. (Consulta el 26 de febrero de 2021). Disponible en: <http://www.boe.es/dias/2009/07/20/pdfs/BOE-A2009-12002.pdf>
- 5 European Commission 2017. Study on off-label use of medicinal products in the European Union. (Consulta el 25 de febrero de 2021). Disponible en: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/files/committee/stamp/stamp6\\_off\\_label\\_use\\_commission.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/files/committee/stamp/stamp6_off_label_use_commission.pdf)
- 6 Casares Alonso I., Cano Garcinuño A., Blanco Quirós A., Pérez García I.. Prescripción off-label de antiasmáticos en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2015 Sep [citado 2021 Mar 28] ;17( 67 ): 237-246. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322015000400005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000400005&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322015000400005>
- 7 Morales-Carpí C, Estañ L, Rubio E, Lurbe E, Morales-Olivas FJ. Drug utilization and off-label drug use among Spanish emergency room paediatric patients. Eur J Clin Pharmacol. 2010; 66(3):315-20. doi: 10.1007/s00228-009-0747-z. PMID: 19936729.
- 8 García-Sabina A, Rabuñal Rey R, Martínez-Pacheco R. Review of use of drugs for conditions not included in product characteristics. Farm Hosp. 2011; 35(5):264-77. English, Spanish. doi: 10.1016/j.farma.2010.06.011. Epub 2011 May 13. PMID: 21570887.
- 9 Wong D, Kyle G. Some ethical considerations for the "off-label" use of drugs such as Avastin. Br J Ophthalmol. 2006; 90(10):1218-9. doi: 10.1136/bjo.2006.102426. PMID: 16980641; PMCID: PMC1857438.
- 10 Lenk C, Duttge G. Ethical and legal framework and regulation for off-label use: European perspective. Ther Clin Risk Manag. 2014;12(10):537-46. doi: 10.2147/TCRM.S40232. PMID: 25050064; PMCID: PMC4103928.
- 11 Lenk C. Off-label drug use in paediatrics: a world-wide problem. Curr Drug Targets. 2012; 13(7):878-84. doi: 10.2174/138945012800675759. PMID: 22512386.
- 12 Piñeiro Pérez R, Ruiz Antorán MB, Avendaño Solá C, Román Riechmann E, Cabrera García L, Cilleruelo Ortega MJ et al. Conocimiento sobre el uso de fármacos off-label en Pediatría. Resultados de una encuesta pediátrica nacional 2012-2013 (estudio OL-PED) [Results from the 2012-2013 paediatric national survey on off-label drug use in children in Spain (OL-PED study)]. An Pediatr (Barc). 2014;81(1):16-21. Spanish. doi: 10.1016/j.anpedi.2013.10.004. Epub 2013 Nov 25. PMID: 24286874.
- 13 González-Haba Peña E, Agustín Ferrández MJ, Mangues Bafalluy I, Alfredo López N, Fraga Fuentes MD, Marín Gil R et al. Uso de medicamentos fuera de ficha la técnica en oncohematología: resultado de una encuesta nacional [Off-label use of oncology drugs: national survey results]. Farm Hosp. 2015;39(5):275-87. Spanish. doi: 10.7399/fh.2015.39.5.8979. PMID: 26546940.
- 14 Dornan T, Ashcroft D, Heathfield H, Lewis P, Miles J, Taylor D et al. An in-depth investigation into causes of prescribing errors by foundation trainees in relation to thier medical education: EQUIP study. General Medical Council, 2009.
- 15 Brooks HL, Pontefract SK, Hodson J, Blackwell N, Hughes E, Marriott JF et al. An evaluation of UK foundation trainee doctors' learning behaviours in a technology-enhanced learning environment. BMC Med Educ. 2016 May 3;16:133. doi: 10.1186/s12909-016-0651-z. PMID: 27142695; PMCID: PMC4855751.
- 16 González-Vázquez C, López-Guzmán J. El conocimiento del uso fuera de ficha técnica (off-label) en la oficina de farmacia. Estudio piloto en Navarra, España. Rev Ofil Ilaphar. 2019;29(4):289-93.
- 17 Zunino C, Assandri R, Cartategui A, Martorell P, Minetti M, Rodríguez J et al. Conocimiento sobre el uso *off-label* en pediatría. Arch Pediatr Urug. 2019;90(4):195-202.

### **PUNTOS CLAVE:**

#### ***Lo conocido sobre el tema:***

La prescripción *off-label* es una práctica frecuente en todas las áreas médicas, especialmente en pediatría y oncohematología, las principales razones para su uso son la necesidad de ajuste de dosis y la falta de indicaciones en la Ficha Técnica. No existen estudios que valoren el grado de conocimiento entre los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

#### ***Lo que aporta el estudio:***

Se determinan puntos de mejora en la formación de los residentes sobre el conocimiento y la gestión de la prescripción *off-label*. Plantea la necesidad de indagar acerca de conocimientos de los residentes en temas específicos de farmacología antes de que comiencen a prescribir.

# Utilidad del registro de la actividad quirúrgica de consultorio en una unidad de atención primaria

Usefulness of a office-based surgical register in a primary health care unit

Utilidade do rexistro da actividade quirúrxica de consultorio nunha unidade de atención primaria

Francisco Javier Formigo Couceiro<sup>a</sup>, Sara Castro Cageao<sup>b</sup>,  
Francisco Javier Ayape Amigot<sup>c</sup>, Jesús Sueiro Justel<sup>c</sup>.

<sup>A</sup> MÉDICO DE FAMILIA EN CENTRO DE SAÚDE DE A ESTRADA.

<sup>B</sup> MÉDICO DE FAMILIA EN CENTRO DE SAÚDE DE SANTISO

<sup>C</sup> MÉDICO DE FAMILIA EN CENTRO DE SAÚDE CONCEPCIÓN ARENAL, SANTIAGO DE COMPOSTELA

AUTOR DE CORRESPONDENCIA: Francisco Javier Formigo Couceiro. E-mail: francisco.javier.formigo.couceiro@sergas.es

Cad. Aten. Primaria  
Ano 2021  
Volume 27(3)  
Páxs. 22-27

## RESUMEN

**Objetivo:** Se plantea conocer la utilidad de establecer un registro de la actividad quirúrgica en una unidad de atención primaria (AP).

**Metodología:** Se diseña un estudio descriptivo, prospectivo de la actividad quirúrgica de una unidad de atención primaria. Se registran las variables: sexo, edad, fototipo, tamaño de la lesión, diagnóstico clínico y en su caso diagnóstico anatomopatológico. Participan 214 pacientes incluidos a lo largo de un año previa firma de consentimiento informado.

**Resultados:** La edad media de los participantes es de 52,34±18,22 años con un 55,92% de mujeres. Los diagnósticos clínicos más frecuentes han sido fibroma péndulo, verruga vulgar y queratosis seborreica. Los diagnósticos anatomo-patológicos más frecuentes han sido queratosis seborreica, nevus melanocítico y verruga vulgar. Hay una concordancia clínico-patológica del 65%. El 70% de las lesiones intervenidas han sido menores de un centímetro.

El 2,5% han resultados malignas.

**Conclusiones:** Establecer un registro de la actividad quirúrgica en una unidad de AP nos permite obtener información sobre la patología de este tipo abordada en AP y puede servirnos de herramienta para auditar la práctica clínica.

**Palabras clave:** Cirugía menor, cirugía de consultorio, registro de la práctica médica, atención primaria.

## ASBTRACT

**Objective:** It is proposed to know the usefulness of establishing a registry of surgical activity in a primary health care unit (PHC).

**Methodology:** A descriptive, prospective study of the surgical activity of a PHC unit is designed.

**Results:** Variables are recorded: sex, age, phototype, size of the lesion, clinical diagnosis and, where appropriate, pathological diagnosis. 214 patients included in the course of a year after signing the informed consent. The average age of participants is 52.34 ± 18.22 years with a 55.92% women. The most common clinical diagnoses have been pendulous fibroma, common wart, and seborrheic keratosis. The most frequent pathological diagnoses have been seborrheic keratosis, melanocytic nevus and vulgar wart. There is a clinical-pathological agreement of 65%. 70% of the intervened injuries have been smaller than one centimeter.

2.5% have malignant results.

**Conclusions:** Establish a register of surgical activity in a PHC unit allows us to obtain information about the pathology of this type addressed in PHC and can serve as a tool to audit clinical practice.

**Key words:** Minor surgery, office-based surgery, register of medical practice, Primary Health Care.

---

## INTRODUCCIÓN

---

El proceso de atención primaria de salud (AP) ha ido incrementando su complejidad en el devenir de los años. En muchos centros de salud se han ido implementando programas de cirugía menor más o menos estructurados que pretenden dar resolución rápida a patología sencilla que en el caso de precisar derivación a servicios hospitalarios conllevarían largas esperas. Con la realización de estos procedimientos en AP se reduce la carga de las consultas de dermatología y cirugía general<sup>1,2</sup>, mejorando, por lo tanto, la atención a patologías más graves y de mayor complejidad en ese nivel asistencial. Generalmente, también implica una mejora en la relación médico-paciente.

La cirugía de consultorio se define como la realización de procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos, que aún siendo quirúrgicos, son mínimamente invasivos, de tal forma que pueden realizarse en una consulta médica, solamente requieren de anestesia local, pudiendo el paciente volver a su domicilio después de la intervención. Se incluyen dentro de la misma la realización de biopsias, pequeñas extirpaciones, drenajes, electrocirugía y procedimientos estéticos de bajo riesgo<sup>3</sup>.

La competencia en Cirugía de Consultorio enriquece y complementa la actividad (preventiva-diagnóstica-terapéutica) del médico de Atención Primaria<sup>1,2</sup>.

Para llevar a cabo esta labor son necesarios una serie de requisitos: por un lado, formación y, por otro, un protocolo de actuación en el que se definan las enfermedades a intervenir, las técnicas idóneas para ello, así como el procedimiento a desarrollar, todo ello en un entorno y con unos medios adecuados.

El registro clínico de la actividad quirúrgica de consultorio surge como maduración de sistemas de recogida de datos más inadecuados y menos eficaces.

Un registro de pacientes es un sistema de recogida de datos clínicos para la investigación o la auditoria. Debe ser prospectivo, es decir, diseñado antes de su puesta en marcha con una finalidad concreta, para obtener datos de pacientes empleando un método uniforme. Los registros deben ser activos (la información se recoge para el registro, no se basan en aprovechar datos recogidos para otra finalidad), incluyen datos de pacientes que se utilizan en la práctica clínica habitual, y son observacionales (no modifican la práctica clínica habitual sino que buscan retratarla).

Por su imbricación en la práctica clínica, los registros nos dan una visión de aspectos relevantes en el mundo real, difíciles de reflejar sin emplear esta herramienta. Nos ayudan a conocer mejor los tratamientos y procedimientos, sus efectos adversos infrecuentes o tardíos y sus resultados en el entorno real de la práctica clínica. Son una herramienta muy útil para describir las manifestaciones, diagnóstico, pronóstico y efectividad de los tratamientos. Además, cada vez tendrá más importancia el estudio de la eficiencia o la auditoria de nuestra práctica.

En este estudio se plantea conocer la utilidad de establecer un registro de la actividad quirúrgica en una unidad de atención primaria.

---

## METODOLOGÍA

---

Se realiza un estudio descriptivo transversal sobre la base de datos generada por la elaboración de un registro de la actividad quirúrgica propia de una unidad de atención primaria de un centro de salud urbano de Santiago de Compostela (Galicia). El estudio se comienza el 1 de julio de 2013, de forma prospectiva (tras la autorización de Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia), y finaliza el 30 de junio de 2014. Se incluye a los pacientes que en este periodo son sometidos a procedimientos de cirugía de consultorio según la práctica clínica habitual de la unidad (a pesar de ser considerados cirugía de consultorio, no se incluyen los drenajes de abscesos en este estudio). Se excluye únicamente a los pacientes que cumpliendo el criterio de inclusión no acceden a la firma del consentimiento informado.

Siguiendo estos criterios se incluyen finalmente 214 pacientes. Se recogen las siguientes variables: edad, sexo, tamaño de la lesión, características de la lesión (benignidad o malignidad), correlación clínico-patológica y fototipo de Fitzpatrick. Los datos de se archivan en una base de datos informática (Excel versión 2011 para iOS) realizando posteriormente la estadística descriptiva e inferencial con el paquete estadístico XLSTAT para iOS. Para la relación de las variables cualitativas dicotómicas se utiliza el test de chi-cuadrado (en su caso con la corrección de Yates).

---

## RESULTADOS

---

La edad media de los participantes ha sido  $52,34 \pm 18,22$  años, con un mínimo de 16 y un máximo de 93 años. El 55.92% de los pacientes estudiados han sido mujeres.

Entre los 214 pacientes sometidos a cirugía de consultorio en el periodo de estudio, disponemos de diagnóstico clínico de 199 de los casos. Decidimos no incluir los diagnósticos que incluían dos o más diagnósticos diferenciales o en los que no se refería exactamente el tipo de lesión extirpada.

Los diagnósticos clínicos más frecuentes han sido (199 observaciones): fibroma péndulo (37 casos), verruga vulgar (28 casos) y queratosis seborreica (26 casos) (gráfico 1).

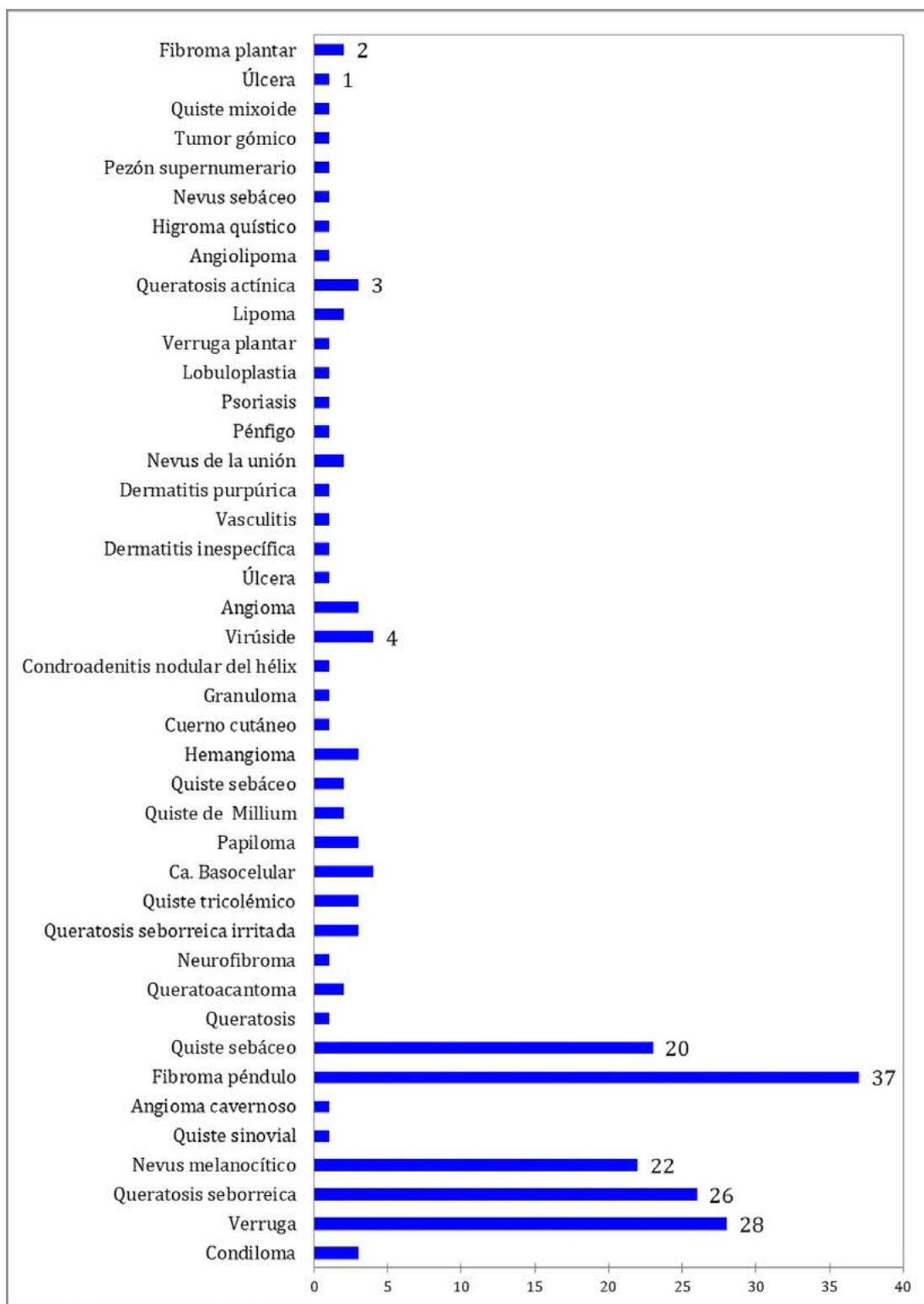


Gráfico 1. Diagnósticos clínicos: frecuencia absoluta (199 observaciones).

Los diagnósticos anátomo-patológicos más frecuentes han sido (163 observaciones): queratosis seborreica (27 casos), nevus melanocítico (22 casos), verruga vulgar (19 casos) (tabla 1).

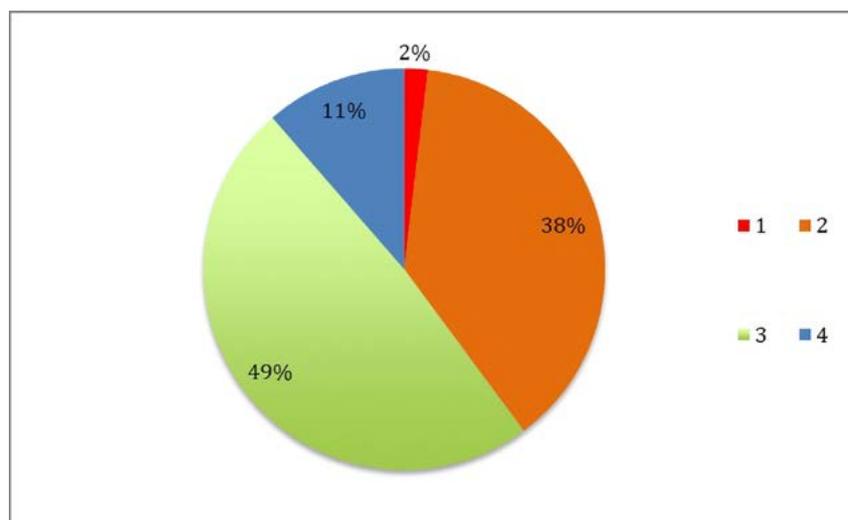
	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Queratosis seborreica	27	16,56
Nevus melanocítico	22	13,5
Verruga vulgar	19	11,66
Quiste sebáceo	18	11,04
Acrocordón	9	5,52
Dermatofibroma	7	4,29
Queratosis actínica	3	1,84
Hemangioma capilar	3	1,84
Ca. Basocelular	3	1,84
Hiperqueratosis	3	1,84
Quiste tricolémico	3	1,84
Condiloma	3	1,84

**Tabla 1: Diagnósticos anatómo-patológicos con frecuencia superior a 3**

Las muestras de las que no se dispone de diagnóstico anátomo-patológico por no ser enviadas al no considerarse necesarias por no plantear dudas diagnóstica han sido: fibromas péndulos (18 casos), verrugas vulgares (13 casos), quistes epidérmicos (3 casos) o técnicas con remodelación de tejidos: bien lobuloplastia (1 caso) o avulsión ungueal (2 casos).

Existe correlación entre el diagnóstico clínico y anátomo-patológico en el 65% de los casos.

Se ha catalogado al 49% de los pacientes en el fototipo III, al 38% en el II, a un 11% en el fototipo IV y sólo a un 2% en el fototipo I (gráfico 2). Existe una relación estadísticamente significativa (p-valor 0,002) entre el fototipo I y el diagnóstico anátomo-patológico de nevus melanocítico.



**Gráfico 2: distribución de la población estudiada según el fototipo (porcentajes)**

El 70% de las lesiones intervenidas han sido menores de un centímetro. Aunque en general no podemos decir que exista relación estadísticamente significativa entre el tamaño de la lesión y el diagnóstico anátomo-patológico (p-valor 0,077), sí existe esta relación entre tamaño de la lesión inferior a 1cm y el diagnóstico clínico de verruga vulgar (p-valor 0,04); y entre tamaño mayor de 1cm y diagnóstico clínico de quiste tricolémico (p-valor<0,001), lipoma (p-valor<0,001) y carcinoma basocelular (p-valor 0,042), ya que en este caso se han respetado los márgenes quirúrgicos.

El 2,5% de las lesiones intervenidas de las que se dispone de anatomía patológica (163 observaciones) han resultado malignas: Tres de las lesiones mencionadas resultaron ser carcinomas basocelulares, coincidiendo con diagnóstico de presunción clínico inicial, por lo tanto se extirparon respetando los márgenes de seguridad. La otra lesión extirpada maligna, fue un melanoma de forma incidental.

## DISCUSIÓN

En los últimos años se han realizado algunos estudios en España sobre los procesos de cirugía menor en AP, en ellos se describe, generalmente de forma retrospectiva, la actividad quirúrgica realizada en una unidad de AP en un período determinado. Se ha demostrado que esta actividad realizada en los centros de salud disminuye los costes sanitarios<sup>1,2</sup> hasta un 112%<sup>2</sup> aumentando también la satisfacción de los pacientes<sup>4</sup>.

El número de pacientes sometidos en un año a este tipo de procedimientos en nuestra unidad de AP es similar al de otros estudios de este tipo (oscilan entre los 123 a los 234 pacientes por año<sup>1,2,5</sup>. Este ritmo de intervenciones anual en una unidad supone la necesidad de reservar cierto tiempo de la agenda del médico y disponer del material necesario en los centros de salud.

Los diagnósticos clínicos que aparecen en nuestro registro difieren de los de otros trabajos pero los diagnósticos anatomopatológicos más frecuentes son bastante similares (tabla 2).

	Fibroma péndulo	Verruga vulgar	Queratosis seborreica	Nevus melanocítico
Estudio actual	18,59	14,07	13,07	11,05
Aganzo-López FJ et al. <sup>5</sup>	25	19		25
Tarra López et al. <sup>1</sup>	12,4	19	6,7	2

**Tabla 2: comparación de diagnósticos clínicos más frecuentes entre el actual estudio y estudios anteriores realizados en AP.**

En general, podemos decir que la concordancia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico anatomo-patológico es buena y similar a la de otros trabajos que la sitúan entre el 56 y el 84,1%<sup>1,5,6,7,8</sup>. Estos resultados demuestran la calidad adecuada de las cirugías realizadas en AP.

No es habitual en AP catalogar el fototipo de los pacientes, sin embargo sabemos que hay un mayor número de nevos melanocíticos en países con mayor insolación y sujetos con mayor exposición y que esta exposición unida a los fototipos I y II influye en un mayor número de nevos y en el riesgo aumentado de transformación maligna<sup>9,10,11</sup>, aspecto a tener en cuenta por el clínico.

Las mayoría de lesiones intervenidas son menores de un centímetro y de naturaleza benigna. Las lesiones con presunción de malignidad son susceptibles de ser derivadas a atención hospitalaria salvo cuando se tiene certeza del diagnóstico clínico y se trata de tumores de naturaleza poco invasiva (como el caso de los carcinomas basocelulares reflejados en los resultados de este estudio).

Por último, dado el coste económico y de tiempo del equipo de AP en llevar a cabo estos procedimientos, debemos reflexionar sobre la necesidad de realizar aquellos procedimientos meramente estéticos con escasa trascendencia clínica. La cirugía menor en atención primaria, al igual que la cirugía menor en atención hospitalaria, no debe en exclusiva de tratar de evitar gastos al paciente en procedimientos estéticos<sup>12</sup>.

El establecimiento adecuado del registro de la actividad quirúrgica en esta unidad de atención primaria, cumpliendo los requisitos éticos y legales, y realizado de forma prospectiva, nos ha permitido obtener los datos relevantes expuestos y comprobar aspectos de la calidad de la atención prestada. Es por ello que lo consideramos una herramienta adecuada y aplicable en cualquier centro de salud. Sería interesante añadir como variable las complicaciones y satisfacción en una entrevista post-cirugía.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Tarraga López PJ, Celada Rodríguez A, Cerdán Oliver M, Solera Albero J, Ocaña López JM, López Cara MA. Eficiencia de un programa de cirugía menor en un Centro de Atención Primaria rural. *Semergen*. 2004; 30: 164-8
- 2 Tarraga López PJ, Marín Nieto E, García Olmo D., Celada Rodríguez A., Solera Albero J, Cerdán Oliver M et al. Impacto económico de la implantación de un programa de cirugía menor en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;27:335-8
- 3 Alonso San Pablo MT. Anestesia para procedimientos en consulta. En: Sánchez Estella J, coordinador. *Manual de anestesia para dermatólogos*. Barcelona: ISDIN; 2011. p. 65-67.
- 4 Gómez Langley SL, Sánchez Laguna FJ, Portero Bolaños A. Satisfacción de los pacientes sometidos a intervenciones de cirugía menor en atención primaria. *Aten Primaria* 2008;40(5):263-9.
- 5 Aganzo-López FJ, Grima-Barbero JM, Marrón-Moya SE, Tomás-Aragonés L. Correlación clínico-patológica en cirugía menor en un área de salud rural. *Semergen*. 2013;39(1):12-17.
- 6 Serra M, Arévalo A, Ortega S, Ripoll A, Giménez N. La actividad de cirugía menor en atención primaria. *JRSM Corto Rep*. 2010;3:6.

- 7 Gallego Ruiz A, Peces Morate FJ, Elviro García P, Sierra Garrido C. Estudio de la concordancia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico anatomopatológico de lesiones dermatológicas en atención primaria. MEDIFAM. 2003;13:19-22.
- 8 Arribas Blanco JM, Rodríguez Salceda I, Mena Mateo JM, Martín Martín S, Bru Amantegui S, Villaroel Rodríguez J. Cirugía menor en la consultas del médico de familia. Descripción de un año de experiencia. Aten Primaria. 1996;17:142-6.
- 9 Luelmo Aguilar J. Nevus melanocítico en la infancia. An Esp Pediatr 2001;54:477-483.
- 10 Luther H, Altmeyer P, Garbe C. Increase of melanocytic nevus count in children during 5 years follow-up and analysis of associated factors. Arch dermatol 1996;132:1473-1478.
- 11 Bataille V, Newton-Bisop JA, Sasienf P. Risk of cutaneous melanoma in relation to the numbers, types and sites of nevus: a case control study. Br J Cancer 1996; 73(12):1605-1611.
- 12 Arriba Blanco JM. Pasado, presente y futuro de la cirugía menor en atención primaria. Aten Primaria 2011;43(2):58-60.

### **PUNTOS CLAVE:**

#### **Lo conocido del tema:**

- La cirugía menor en atención primaria es una de las competencias de los médicos de familia que se ha ido incrementando en los últimos años aumentando la calidad asistencial y reduciendo costes en el sistema sanitario público.
- La patología susceptible de ser abordada mediante cirugía de consultorio en atención primaria son lesiones benignas de pequeño tamaño.
- Parte importante de los procedimientos de cirugía menor realizados en atención primaria son destructivos.

#### **Qué aporta este estudio:**

- Ejemplifica el establecimiento de un registro prospectivo reglado en una unidad de atención primaria.
- Alto nivel de muestras quirúrgicas enviadas a anatomía patológica que permiten conocer y evaluar mejor la calidad de los procedimientos realizados
- Datos reales (por tratarse de un estudio prospectivo) de concordancia clínico-patológica

# Prevalencia, gravedad, evitabilidad y factores contribuyentes de los incidentes de seguridad en centros docentes de Atención Primaria

Prevalence, severity, avoidability and contributing factors of safety incidents in primary care teaching health centers

Clara González-Formoso<sup>a</sup> [clara.gonzalez.formoso@sergas.es], M<sup>a</sup> Victoria Martín-Miguel<sup>b</sup> [maria.victoria.martin.miguel@sergas.es], Fernando Lago-Deibe<sup>c</sup> [fernando.isidro.lago.deibe@sergas.es], María José Fernández-Domínguez<sup>d</sup> [maria.jose.fernandez.dominguez@sergas.es], Margarita Pérez-García<sup>e</sup> [margarita.perez.garcia@sergas.es], Luis Ramil-Hermida<sup>f</sup> [luis.ramil.hermida@sergas.es], Antonio Rial Boubeta<sup>g</sup> [Antonio.rial.boubeta@usc.es], Ana Clavería<sup>h</sup> [anaclaveria@gmail.com]

<sup>A</sup> ENFERMERA. UNIDAD DOCENTE MULTIDISCIPLINAR ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE VIGO

<sup>B</sup> JEFE DE ESTUDIOS EN UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE VIGO

<sup>C</sup> MÉDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD SÁRDOMA

<sup>D</sup> MÉDICA DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD LEIRO

<sup>E</sup> MÉDICA DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD LALÍN

<sup>F</sup> MÉDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD ABENTE Y LAGO

<sup>G</sup> PSICÓLOGO. FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD SANTIAGO DE COMPOSTELA

<sup>H</sup> TÉCNICA DE SAÚDE. ÁREA SANITARIA DE VIGO. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN GALICIA-SUR. REDIAPP

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Clara González-Formoso. E-mail: clara.gonzalez.formoso@sergas.es

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 28-38

## RESUMEN

**Título:** Frecuencia, gravedad, evitabilidad y factores contribuyentes de los incidentes de seguridad en centros docentes de Atención Primaria.

**Objetivo:** Analizar la frecuencia de incidentes en Atención Primaria notificados por residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y sus tutores, los factores que contribuyen a su aparición, gravedad y posibilidad de prevención.

**Metodología:** Estudio observacional multicéntrico de los incidentes notificados por residentes de último año de residencia y sus tutores de todas las unidades docentes de Galicia. Se les pidió que evaluaran si el incidente fue causado por la asistencia sanitaria o si era una consecuencia esperable de la patología subyacente del paciente. Participaron un total de 70 profesionales que atendieron 2.059 consultas.

**Resultados:** Se identificaron 117 incidentes por lo que la prevalencia fue de 1,3%, (IC 95%: 1,08-1,55), considerándose evitables el 42,9% y fueron el 5,1% graves relacionados con el diagnóstico. El factor causal más frecuente de incidentes estuvo asociado a problemas de comunicación [42,6% (IC95%: 42,3-42,9)], seguido de la medicación [32,8% (IC95%: 32,5-33,0)] y la gestión [28,9% (IC95%: 28,7-29,0)]; en las notificaciones de eventos adversos fue la medicación [45,7% (IC95%: 45,4-46,0)], la comunicación [31,4% (IC95%: 31,2-31,6)] y los cuidados [(20,0%) (IC95%: 19,9-20,1)].

**Conclusiones:** Casi el 50% de los incidentes se consideraron evitables, alcanzando la totalidad en el caso de los graves. Adquirir la competencia en seguridad con la integración en la actividad asistencial diaria de la valoración de los riesgos, la detección y la comunicación de incidentes, y el análisis de eventos adversos, debe seguir siendo una prioridad en atención primaria.

**Palabras clave:** seguridad del paciente, atención primaria, evento adverso, incidente, evitabilidad.

## ABSTRACT

**Title:** Frequency, severity, avoidability and contributing factors of safety incidents in Primary Care teaching centers.

**Objective:** To analyze the frequency of incidents in Primary Care reported by Family and Community Medicine residents and their tutors, the factors contributing to their occurrence, severity and preventability.

**Methodology:** Multicenter observational study of incidents reported by residents in their last year of residency and their tutors from all teaching units in Galicia. They were asked to assess whether the incident was caused by health care or whether it was an expected consequence of the patient's underlying pathology. A total of 70 professionals who attended 2,059 consultations participated.

**Results:** 117 incidents were identified, with a prevalence of 1.3% (95% CI: 1.08-1.55), 42.9% were considered avoidable and 5.1% were serious and related to the diagnosis. The most frequent causal factor of incidents was associated with communication problems [42.6% (95% CI: 42.3-42.9)], followed by medication [32.8% (95% CI: 32.5-33.0)] and management [28.9% (95% CI: 28.7-29.0)]; in adverse event notifications it was medication [45.7% (95%CI: 45.4-46.0), communication [31.4% (95%CI: 31.2-31.6)] and care [(20.0%) (95%CI: 19.9-20.1)].

**Conclusions:** Almost 50% of incidents were considered preventable, reaching totality in the case of serious incidents. Acquiring safety competence by integrating risk assessment, incident detection and reporting, and adverse event analysis into daily care activities should continue to be a priority in primary care.

**Key words:** patient safety, primary care, adverse event, incident, avoidability.

---

## INTRODUCCIÓN

---

La puesta en marcha de la Alianza por la Seguridad de los Pacientes de la Organización Mundial de la Salud en 2004<sup>1</sup> ha contribuido a que las instituciones sanitarias desarrollaran estrategias, planes, acciones y medidas legislativas tendentes al control de los eventos adversos (EA) en la asistencia sanitaria<sup>2</sup>.

En España, el estudio APEAS (Estudio de la Seguridad de los Pacientes en atención primaria de Salud) encontró un EA cada 10 consultas, el 70% evitables, estimando que cada médico de familia se veía implicado en 6 EA cada año<sup>3</sup>.

Un elemento importante relacionado con la seguridad del paciente (SP) es la notificación voluntaria y no punitiva de eventos no deseados o inesperados que pueden causar daños a los pacientes. Los sistemas de notificación de incidentes constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia siendo un método valioso tanto para obtener información sobre la aparición y las causas de los incidentes como para identificar los factores de riesgo sobre los que se debe actuar para mejorar la SP<sup>4</sup>.

La educación es percibida como el factor más importante en la mejora de la SP en atención primaria (AP)<sup>5,6</sup>. Los residentes que se forman en Medicina Familiar y Comunitaria son figuras clave en el proceso asistencial y se recomienda que los programas de formación incluyan la notificación de incidentes en sus planes de estudio. A pesar de los esfuerzos para mejorar la notificación entre los médicos en formación, sigue siendo un área que necesita mejorar<sup>7</sup>.

El objetivo de este estudio fue analizar los incidentes de seguridad notificados por residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y sus tutores, caracterizándolos en cuanto a su tipo, gravedad y posibilidad de prevención, e identificando los factores de riesgo asociados.

---

## MATERIAL Y MÉTODOS

---

**Diseño:** Estudio multicéntrico observacional de los incidentes notificados por residentes de último año de residencia y sus tutores, en las siete unidades docentes de Galicia.

**Emplazamiento:** Centros de salud docentes de Galicia.

**Sujetos de estudio:** Todos los pacientes que consulten, por cualquier causa, con los profesionales participantes en el estudio.

**Muestra:** Se incluyeron en el estudio los 32 centros de salud docentes que aceptaron realizar la notificación tutores-residentes de las 7 áreas sanitarias. Participaron 70 profesionales (35 MIR4, 35 tutores).

El registro de incidentes se llevó a cabo durante dos semanas de febrero de 2009.

**Mediciones principales:** Incidente y evento adverso.

Siguiendo la Clasificación Internacional para la Seguridad del paciente de la OMS<sup>8</sup> se distingue entre "Incidente" (evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente) y "Evento adverso" (incidente que produce daño al paciente), describiendo la gravedad del daño como:

- **Sin daño:** el resultado para el paciente no es sintomático y no hace falta tratamiento.
- **Leve:** el resultado para el paciente es sintomático, los síntomas son leves y no hace falta intervenir o la intervención necesaria es mínima.

- **Moderado:** el resultado para el paciente es sintomático y exige intervenir o prolongar la estancia, o causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.
- **Grave:** el resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida, o causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.

La prevalencia de incidentes de seguridad (IN) y eventos adversos (EA) se calculó a partir del número de consultas durante el período de notificación.

**Instrumento:** Formulario APEAS, adaptado tras los resultados del estudio ENEAS, bajo técnicas de consenso. El formulario incluye, además del registro de la categoría profesional y años de experiencia laboral del profesional, y la edad y género del paciente, 11 módulos que analizan: factores de riesgo del paciente, resumen de lo ocurrido y su posible causa, nivel asistencial en el que tuvo lugar, impacto sobre el paciente, efectos que se produjeron en el paciente, atención sanitaria recibida por el paciente a consecuencia del EA, factores causales del EA, en qué medida ha sido la asistencia sanitaria la causante de la lesión, evidencia de que el EA se podría haber evitado, valoración de la evidencia de posibilidad de prevención, y qué se podría haber hecho para evitar el problema (anexo 1).

Para determinar que el EA se debe a la asistencia se puntuó en una escala de 6 puntos (1= no evidencia o pequeña evidencia; 6= evidencia prácticamente segura) el grado de confianza que tienen de que el evento adverso pueda ser debido a la asistencia sanitaria y no al proceso patológico. Para determinar que el EA es evitable se puntuó en una escala de 6 puntos (1= no evidencia o pequeña evidencia; 6= evidencia prácticamente segura) el grado de confianza que tienen de que el evento adverso pueda ser evitable<sup>3</sup>.

**Procedimiento:** Los profesionales participantes cumplieron manualmente el formulario APEAS cada vez que identificaban un incidente (IN) en la consulta, de forma voluntaria y anónima, durante 15 días en fechas establecidas y de forma sincrónica para todos los participantes, durante su actividad diaria y según metodología APEAS.

Para asegurar la correcta aplicación del formulario, representantes de los centros docentes participaron en un programa de formación de 2 horas, que incluyó revisión de definiciones operativas y discusión de supuestos prácticos.

Todos los participantes recibieron feedback del coordinador de campo analizando sus registros.

### Análisis de los datos

Para estimar la prevalencia se utilizó como denominador el número de consultas de pacientes. Las variables cualitativas se describieron como frecuencias/porcentajes. Las cuantitativas a través de su media, desviación estándar (DE), mediana y rangos intercuartílicos. En el análisis bivalente, se usaron test chi-cuadrado o el test exacto de Fisher y test U de Mann-Whitney o t de Student, según corresponde. Se consideró la significación estadística para valores de p menores de 0,05. Todos los análisis se realizaron con SPSS: IBM SPSS Statistics 25.

Se utilizó el diagrama de Ishikawa para identificar y analizar las causas de los incidentes y eventos adversos.

**Aspectos éticos:** El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica de Galicia (CEIC 2008/268).

## **RESULTADOS**

Participaron 32 (74,3%) centros de salud docentes. Durante el periodo de registro, 2.059 pacientes asistieron a una consulta de AP, efectuándose 140 notificaciones; de éstas, 23 se descartaron por no estar directamente relacionadas con la atención sanitaria prestada.

De los 70 profesionales colaboradores (35 tutores y 35 residentes), el 42,3% fueron mujeres, habiendo declarado el 50% de los participantes al menos un incidente (media 3,8; rango 1-12).

Atendiendo a las consultas realizadas por esos profesionales, la prevalencia de incidentes fue de 1,3%, (IC 95%: 1,08-1,55) siendo el 0,4% eventos adversos (IC 95%: 0,28-0,54) (Tabla 1).

		INCIDENTES		EVENTOS ADVERSOS	
Notificaciones		117		35	
Prevalencia		1,3% (IC95: 1,08-1,55)		0,4% (IC95: 0,28-0,54)	
Factores de riesgo	n	% (IC 95)		n	% (IC 95)
Sí	77	65,8	(65,2-66,4)	29	82,9 (82,2-83,6)
Hipertensión	46	39,3	(39,0-39,6)	21	60 (59,6-60,4)
Diabetes	32	27,6	(27,4-27,8)	12	35,3 (35,1-35,5)
Obesidad	23	19,7	(19,6-19,8)	12	34,3 (34,1-34,5)
Hipercolesterolemia	17	14,5	(14,4-14,6)	7	20 (19,9-20,1)
Depresión	13	11,1	(11,0-11,2)	4	11,4 (11,4-11,4)
Otros	25	21,6	(21,5-21,8)	11	31,1 (30,9-31,3)
No	40	34,2	(33,9-34,5)	6	17,1 (17-17,2)

Tabla 1. Prevalencia de incidentes y eventos adversos y factores de riesgo

Con respecto al origen de los incidentes, el 65% se produjeron en AP, 20% en el hospital, 4% en los Puntos de Atención Continuada, 3% en oficinas de farmacia y 8% restante en "otros", como herboristerías o consultas privadas.

Como consecuencia de los incidentes notificados, en el 58% la atención sanitaria no se vio afectada. En 2 de las notificaciones de EA (5,7%) se requirió hospitalización o tratamiento de soporte vital.

Se identificaron factores de riesgo en 65,8% de los IN y en el 82,9% de los EA (Tabla 1), siendo la hipertensión y la diabetes los más prevalentes. Las diferencias entre pacientes con/sin factor de riesgo y EA notificados son estadísticamente significativas (p=0,01).

Se identificó al menos un factor causal en 91,6% de los IN y en los EA fue 91,4%. De mediana se señalaron 1,00 factores causales (RI95%:1,00-2,00). Aplicando el análisis causa-raíz, los factores causales identificados en los IN estuvieron relacionados con la comunicación (42,6%), seguido de la medicación (32,8%) y la gestión (28,9%); en las notificaciones de EA fue la medicación (45,7%), la comunicación (31,4%) y los cuidados (20,0%) (Figuras 1 y 2).

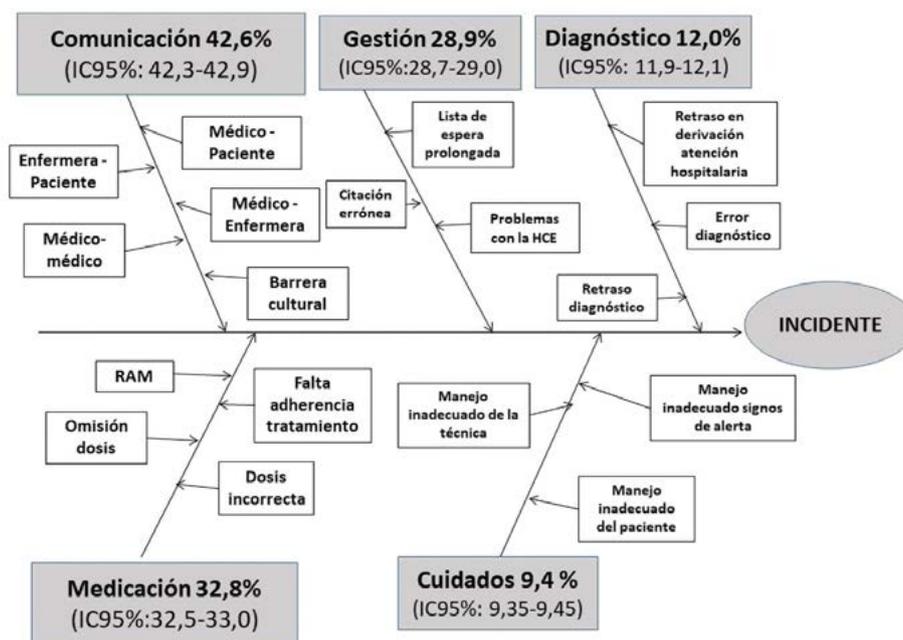


Figura 1: Diagrama de Ishikawa para incidentes

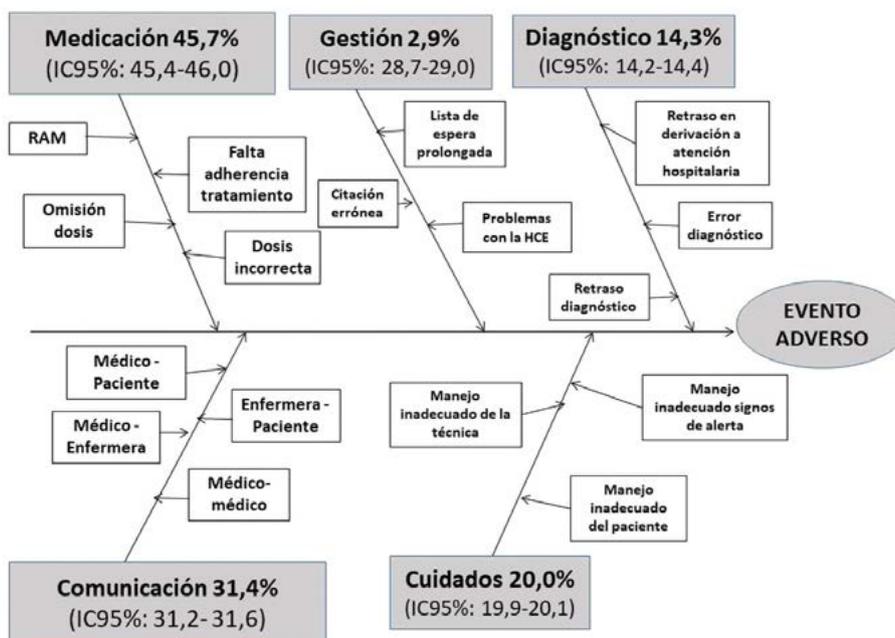


Figura 2: Diagrama de Ishikawa para eventos adversos

La comunicación médico-paciente es el factor causal más prevalente relacionado con la comunicación (29,9%). Entre los factores causales relacionados con la medicación, las reacciones adversas a medicamentos ocupan el primer lugar tanto en IN (11,1%) como EA (22,9%), seguidas por la falta de adherencia al tratamiento (10,3% y 11,4%, respectivamente).

Por tipología (pregunta 5 del cuestionario APEAS), la consecuencia clínica más común de los IN fueron problemas “generales” (46,2%): peor curso evolutivo de la enfermedad de base, necesidad de repetir el procedimiento y, ansiedad, estrés y depresión. El 54,3% de los EA se debieron a problemas con la medicación prescrita.

De las 117 notificaciones incluidas, en 35 el paciente sufrió algún tipo de daño (EA), incluyendo 20 leves, 9 moderados y 6 graves (Tabla 2).

Gravedad	n	% (IC 95)
Sin daño	82	70,1 (62,3-77,6)
Leve	20	17,1 (11,3-24,9)
Moderado	9	7,7 (4,1-14,0)
Grave	6	5,1 (2,4-10,7)
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

Tabla 2. Gravedad de los incidentes

Tanto en los incidentes sin daño, como en los leves y en los moderados, la causa más frecuente estuvo relacionada con la medicación. En los graves, la única causa notificada se relacionó con el diagnóstico.

Se estimaron como evitables el 42,9% de los EA. El 100% de los graves se consideraron evitables. Incidentes sin daño y leves se consideraron no evitables con mayor frecuencia, con el 35% y el 55% respectivamente. No hay asociación entre la evitabilidad y la presencia de factores de riesgo (p= 0,52).

El 65% de los EA originados en las consultas médicas de AP se consideraron no evitables. La relación entre origen del EA y posibilidad de evitarlo, no tiene significación estadística (p= 0,68).

Los factores causales relacionados con la medicación son considerados con más frecuencia como no evitables (55%) y los factores causales relacionados con la comunicación como evitables (61,5%), siendo esta relación estadísticamente significativa (p= 0,01).

## DISCUSIÓN

Se observó una prevalencia de 1,3% incidentes (0,9% incidentes sin daño y 0,4% EA), menor que en otros estudios<sup>9,10</sup>. La verdadera magnitud de este dato se pone en evidencia al considerar que el número de consultas en AP de salud al año en España es de 259 millones, y cabría esperar más de 3,3 millones de IN y más de 1 millón de EA al año.

Al igual que en otros trabajos, los errores en la medicación se identificaron como uno de los principales factores causales<sup>11</sup>. Los incidentes relacionados con la medicación constituyen un tema de gran preocupación en AP y una de las áreas más investigadas<sup>12</sup>.

La variedad de patologías que coexisten entre los pacientes atendidos en AP tiene su reflejo en los factores de riesgo observados. Se encontró asociación entre la presencia de factores de riesgo y la notificación de EA, como en otros trabajos<sup>3</sup>. Coincide también que los IN son el resultado de múltiples factores causales, como ya observó Aranaz et al<sup>3</sup>.

La mayoría de los factores contribuyentes de los IN están relacionadas con la comunicación y son mencionados como causas de IN en varios estudios<sup>6,13</sup>. En los EA llegan a ser el 31,4%, siendo la comunicación médico-paciente la causa principal. La comunicación influye en la aparición del IN y en su posterior manejo. Tanto la duración de la consulta como el estilo de trabajo de los profesionales repercuten en la comunicación<sup>14</sup>. Además, en los últimos años, han surgido nuevas situaciones clínicas, como la aparición de la COVID 19, que alertan sobre la importancia que en el futuro pueden tener para la comunicación médico-paciente determinados escenarios como una pandemia o catástrofe, o los retos planteados por la medicina de precisión o la ciber-medicina<sup>15</sup>. Es necesario fomentar actitudes centradas en el paciente mediante el uso de habilidades de comunicación, para establecer y mantener una relación terapéutica, valorar las perspectivas de los pacientes y sus familias, reconocer claves emocionales, compartir información y negociar planes de tratamiento, contribuyendo así a incrementar el vínculo y la confianza, clave para solventar con éxito estos nuevos escenarios<sup>15</sup>.

En segundo lugar, aparecen como factores contribuyentes de IN los relacionados con la medicación, siendo predominantes en los EA. Varios estudios valoran el papel de la medicación en el desarrollo de EA<sup>14,16</sup>, aspecto en el que se debe focalizar la actuación. La probabilidad de errores relacionados con la medicación depende de que los pacientes comprendan indicación, dosis, administración y posibles efectos adversos del tratamiento prescrito, y es fundamental incidir en estos aspectos durante la formación.

Tanto el retraso en el diagnóstico como en la derivación a la atención hospitalaria fueron los factores causales más frecuentes en relación al diagnóstico y gravedad en los EA. La falta de comunicación entre niveles asistenciales y las características de la población que acude a AP pueden ser moduladoras de que este tipo de factores sean la causa de fallos en el sistema<sup>17,18</sup>. Entender las causas y consecuencias de los incidentes es la piedra angular para la mejora de la SP<sup>19</sup>.

Aunque el dato global de EA prevenibles es menor al obtenido en otros estudios<sup>3,9,13,20</sup>, la proporción es considerable y más si se tiene en cuenta el posible impacto de la prevención sobre los graves. La mayoría de los EA fueron leves (57,1%), en concordancia con lo observado en otros estudios<sup>10,21</sup>.

Los EA graves fueron considerados en su totalidad como evitables, aunque no se encontró asociación entre gravedad y evitabilidad, a diferencia del estudio APEAS<sup>3</sup>. Un 61% de los EA evitables se deben a la comunicación y existe asociación entre este factor contribuyente y la posibilidad de prevención.

Entre las limitaciones del estudio puede señalarse el corto período de registro para la notificación. La participación y cumplimentación fue voluntaria lo que pudo haber generado un sesgo de no respuesta. Se estima que con la notificación voluntaria solo se detecta entre un 5-10% de EA<sup>22</sup>, y se considera la notificación voluntaria crucial, junto con un liderazgo fuerte, protección legal y feedback. Entre las razones para la infranotificación, se alegan el miedo de los profesionales a medidas disciplinarias, el inadecuado o pobre feedback sobre la información que notifican, aumento de la carga de trabajo, falta de apoyo o que el personal MIR y en formación pueden sentirse culpabilizados<sup>23</sup>, al igual que el resto de profesionales. Por otro lado, la breve intervención formativa realizada previa al registro pudo no ser suficiente para crear un hábito de notificar.

La medición precisa de incidentes requiere definiciones estandarizadas del tipo de EA o complicaciones, siendo crucial para la homogeneidad de los datos; para minimizar este hecho, se utilizó la taxonomía y las definiciones operativas del estudio APEAS<sup>3</sup> y la de la OMS durante su ejecución<sup>8</sup>.

Una de las fortalezas de este estudio es que todos los profesionales participantes han recibido un feedback del coordinador de campo analizando sus registros, reforzando el valor de la notificación y su aportación. El feedback es un elemento clave que favorece la declaración de incidentes<sup>22,24</sup> y la no recepción de feedback tras la notificación, es considerado por los profesionales como una barrera a la declaración. Al incluir a los residentes de medicina, los conocimientos adquiridos en los talleres, su recogida de datos y retroalimentación, es esperable una repercusión sobre su futuro ejercicio profesional. Las intervenciones formativas tienen un impacto positivo en la notificación<sup>25</sup>; además, la formación en SP durante la residencia contribuye a la cultura de la seguridad y a la calidad asistencial<sup>26</sup>. Es necesario implantar un currículum de seguridad que se desarrolle a lo largo de toda la

residencia, con la integración en la actividad asistencial diaria de la valoración de los riesgos, la detección y la comunicación de incidentes, y el análisis de eventos adversos.

De la misma manera, la notificación de incidentes debe ser una actividad habitual en la práctica clínica. Con posterioridad a este proyecto, se implantó el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP), cuyo objetivo es la mejora de la seguridad de los pacientes a partir del análisis de incidentes, constituyendo una herramienta de aprendizaje imprescindible, también en la formación de residentes<sup>27</sup>.

### ANEXO 1: Formulario APEAS



#### Formulario para la detección de EA en Atención Primaria

<b>Datos del centro</b> <b>Tipo de centro</b> <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural  <b>Categoría profesional</b> <input type="checkbox"/> Médico de Familia <input type="checkbox"/> MIR	<b>Experiencia laboral</b> <input type="checkbox"/> Menos de 1 año <input type="checkbox"/> De 1 a 5 años <input type="checkbox"/> De 6 a 10 años <input type="checkbox"/> Más de 10 años	<b>Datos del paciente</b> <b>Caso</b> _____ <b>Edad</b> _____  <b>Fecha del suceso</b> ___/___/___  <b>Fecha de la notificación</b> ___/___/___
--	---	---

#### 1. Indicar si el paciente tiene alguno de los siguientes factores de riesgo

##### FR INTRÍNSECOS

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal         | <input type="checkbox"/> Drogadicción           | <input type="checkbox"/> Hipertensión        |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Obesidad               | <input type="checkbox"/> Alcoholismo         |
| <input type="checkbox"/> Neoplasia                   | <input type="checkbox"/> Hipoalbuminemia        | <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia |
| <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia           | <input type="checkbox"/> Úlceras por presión    | <input type="checkbox"/> Depresión           |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica | <input type="checkbox"/> Malformaciones         | <input type="checkbox"/> VIH                 |
| <input type="checkbox"/> Neutropenia                 | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Malaria             |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis hepática           | <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria   |  |

##### FR EXTRÍNSECOS

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sonda urinaria abierta | <input type="checkbox"/> Traqueostomía           | <input type="checkbox"/> Colostomía         |
| <input type="checkbox"/> Sonda urinaria cerrada | <input type="checkbox"/> Terapia inmunosupresora | <input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica |
| <input type="checkbox"/> Nutrición enteral      |  |   |

#### 2. Resuma qué es lo que ocurrió y cuál cree usted que fue la causa:

---



---



---



---



---

#### 3. ¿En qué nivel asistencial ocurrió el problema?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Urgencias Atención Primaria            | <input type="checkbox"/> Ingreso hospitalario previo              |
| <input type="checkbox"/> Consultas médicas Atención Primaria    | <input type="checkbox"/> Consultas Atención Especializada         |
| <input type="checkbox"/> Consultas enfermería Atención Primaria | <input type="checkbox"/> Farmacia                                 |
| <input type="checkbox"/> Urgencias de Hospital                  | <input type="checkbox"/> Otros (fisioterapia, herboristería.....) |

**4. ¿Cuál de estas afirmaciones describe mejor el impacto sobre el paciente?**

- El efecto no ha ocurrido, pero estuvo a punto de ocurrir
- El incidente ha ocurrido, pero fue detectado antes de que afectara a un paciente
- El incidente ha ocurrido y ha afectado a un paciente, pero el paciente no ha sufrido daño
- El efecto ha ocurrido y el paciente ha sufrido un daño temporal
- El efecto ha ocurrido y el paciente ha estado en situación crítica (ej.: parada cardiaca).
- El efecto ha ocurrido y el paciente ha sufrido un daño permanente.
- El efecto ha ocurrido, y el resultado del mismo ha sido la muerte del enfermo.

**5. Señale todos los efectos que se produjeron en el paciente:****Relacionados con un procedimiento**

- Hemorragia o hematoma relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento
- Hematuria relacionada con sondaje
- Trastorno circulatoria (férula muy ajustada)
- Dehiscencia de suturas
- Serosas, abscesos, o granulomas
- Perforación timpánica
- Otras complicaciones debidas a un procedimiento

**Relacionados con infección nosocomial**

- Infección de herida quirúrgica y/traumática
- ITU asociada a sondaje
- Bacteriemia asociada a dispositivo
- Infección oportunista por tratamiento inmunosupresor o uso de antibióticos
- Infección de úlcera por presión
- Neumonía por aspiración

**Relacionados con los cuidados**

- Flebitis
- Úlcera por presión
- Quemaduras, erosiones, caídas y contusiones (incluyendo fracturas consecuentes)
- Lesión de ciático por inyecciones
- Otras consecuencias de los cuidados

**Generales**

- Peor curso evolutivo de la enfermedad de base
- Necesidad de repetir el procedimiento o visita
- Ansiedad, estrés o depresión

**Relacionados con la medicación**

- Náuseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación
- Malestar o dolor por fármacos
- Prurito, rabs o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos
- Manifestaciones alérgicas sistémicas
- Cefalea por fármacos
- Alteraciones neurológicas por fármacos
- Estreñimiento
- Otros efectos secundarios (tos, disnea, sequedad de boca.....)
- Hipotensión por fármacos
- Mal control de la Tensión arterial
- Hemorragia digestiva alta
- Hemorragia por anticoagulación
- IAM, ACV, TEP, TVP
- Desequilibrio de electrolitos
- Edemas, Insuficiencia cardíaca y shock
- Alteración del ritmo cardíaco o actividad eléctrica por fármacos
- Alteración funcional (renal, hepática, tiroidea.....)
- Mal control de la glucemia
- Neutropenia
- Efectos locales o fiebre tras vacuna o fármaco
- Mal manejo del dolor

**Otros**

- Otra consecuencia \_\_\_\_\_
- Ningún efecto

**6. ¿Qué atención recibió el paciente a consecuencia del efecto adverso?**

- La atención sanitaria no se vio afectada
- Requirió un nivel más elevado de observación y monitorización en AP
- Requirió una prueba adicional (radiografía, análisis) en AP
- Tratamiento médico o quirúrgico adicional (antibióticos o cirugía menor en AP)
- Requirió una nueva consulta o derivación a Atención Especializada o Urgencias sin ingreso
- Requiere hospitalización: Tto de soporte vital (intubación orotraqueal, RCP, intervención quirúrgica)

**7. Indique todos los factores causales del efecto adverso**

**Relacionado con la medicación**

- RAM**
- Medicamento erróneo
- Dosis errónea
- Omisión de dosis, medicación o vacuna
- Frecuencia de administración incorrecta
- Error de preparación o manipulación
- Monitorización insuficiente
- Error de dispensación
- Paciente equivocado
- Duración del tratamiento incorrecta
- Falta de adherencia al tratamiento
- Interacción medicamentosa

**Relacionado con la gestión**

- Duplicidad de Historia Clínica
- Equivocación en la información sanitaria (Resultados de pruebas de otros pacientes)
- Error en la identificación del paciente
- Lista de espera prolongada
- Problemas con la historia informatizada
- Citación errónea

**Relacionados con el diagnóstico**

- Error diagnóstico
- Retraso en derivación a atención especializada
- Retraso en el diagnóstico

**Relacionados con la comunicación**

- Comunicación médico-paciente
- Comunicación enfermera-paciente
- Comunicación médico-enfermería
- Comunicación médico-médico
- Barrera idiomática
- Barrera cultural
- Otro diferente a los anteriores

**Relacionado con los cuidados**

- Manejo inadecuado del paciente
- Inadecuado manejo de signos de alerta
- Manejo inadecuado de la técnica

**Otros**

- Otras causas: \_\_\_\_\_

**8. ¿En qué medida ha sido la asistencia sanitaria la causante de la lesión?**

- Ausencia de evidencia de que el incidente se deba al manejo del paciente. La lesión se debe enteramente a la patología del paciente
- Mínima probabilidad de que el manejo fuera la causa
- Ligera probabilidad de que el manejo fuera la causa
- Moderada probabilidad de que el manejo fuera la causa
- Es muy probable que el manejo fuera la causa
- Total evidencia de que el manejo fuera la causa del incidente/evento adverso

**9. A su juicio, ¿Hay alguna evidencia de que el EA se podría haber evitado?  SI  NO**

**10. Valore en una escala de 6 puntos la evidencia de posibilidad de prevención**

1.  Ausencia de evidencia de posibilidad de prevención
2.  Mínima posibilidad de prevención
3.  Ligera posibilidad de prevención
4.  Moderada posibilidad de prevención
5.  Elevada posibilidad de prevención
6.  Total evidencia de posibilidad de prevención

**11. ¿Qué es lo que se podría haber hecho para evitar este problema?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1 World Health Organization. Patient Safety. World Alliance for Patient Safety. Patient Safety. [Internet]. The Launch of the World Alliance for Patient Safety, Washington DC, USA — 27 October 2004 [Acceso 28 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety>.
- 2 Ministerio de Sanidad y Consumo. Siete pasos para la seguridad del paciente en Atención Primaria. [Internet]. 2009;177. [Acceso 28 septiembre 2021]. Disponible en: [http://www.calidadasistencial.es/images/gestion\\_soc/documentos/236.pdf](http://www.calidadasistencial.es/images/gestion_soc/documentos/236.pdf)
- 3 Aranaz J, Aibar C, Limón, Mira JJ, Vitaller J, Agra Y, et al. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *Eur J Public Health*. 2012;22:921–5. doi: 10.1093/eurpub/ckr168.
- 4 Panagioti M, Khan K, Keers RN, Abuzour A, Phipps D, Kontopantelis E, et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2019;366:l4185. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.l4185>.
- 5 Kosiek K, Depta A, Staniec I, Wensing M, Godycki-Cwirko M, Kowalczyk A. The Perception of Patient Safety Strategies by Primary Health Professionals. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(3):1063. doi: 10.3390/ijerph18031063.
- 6 Jansma J, Wagner C, ten Kate R, Bijnen A. Effects on incident reporting after educating residents in patient safety: a controlled study. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):335. doi: 10.1186/1472-6963-11-335.
- 7 Valery J, Helmi H, Spaulding A, Spaulding A, Che X, Prada G et al. Video intervention to improve incident reporting among medical trainees. *BMJ Open Quality* 2019;8:e000706. doi: 10.1136/bmjopen-2019-000706.
- 8 World Health Organization (WHO). More than words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report January 2009. Geneva, Switzerland: WHO; 2009.
- 9 Elder NCDS. Classification of medical errors and preventable adverse events in primary care: A synthesis of the literature. *BMC Fam Pract*. 2002;51.
- 10 Madden C, Lydon S, Curran C, Murphy A, O'Connor P. Potential value of patient record review to assess and improve patient safety in general practice: A systematic review. *Eur J Gen Pract*. 2018;24:192–201. doi: 10.1080/13814788.2018.1491963.
- 11 Carrillo I, Mira JJ, Astier-Peña MP, Pérez-Pérez P, Caro-Mendivelso J et al. Eventos adversos evitables en atención primaria. Estudio retrospectivo de cohortes para determinar su frecuencia y gravedad. *Aten Primaria*. 2020;52(10):705–11. Doi: 10.1016/j.aprim.2020.02.008.
- 12 Lainer M, Vögele A, Wensing M, Sönnichsen A. Improving medication safety in primary care. A review and consensus procedure by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *Eur J Gen Pract*. 2015 Sep;21 Suppl (sup1):14-8. doi: 10.3109/13814788.2015.1043124.
- 13 Montserrat-Capella D, Suarez M, Ortiz L, Mira JJ, Duarte HG, Reveiz L. Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study. *Int J Qual Heal Care*. 2015;27:53–9. doi: 10.1093/intqhc/mzu100.
- 14 Mira JJ, Nebot C, Lorenzo S, Pérez-Jover V. Patient report on information given, consultation time and safety in primary care. *Qual Saf Heal Care*. 2010;19(5):1–4. doi: 10.1136/qshc.2009.037978.
- 15 Ruiz Moral R. Enseñar Comunicación Clínica para los nuevos retos en medicina. *Educación Médica*. 2021;22(4):185–6. doi: 10.1016/j.edumed.2021.06.008.
- 16 Bates DW, Sheikh A. The role and importance of cognitive studies in patient safety. *BMJ Qual Saf*. 2015;24(7):414–6. doi: 10.1136/bmjqs-2014-003483.
- 17 Torijano M, Olivera G, Saura J, Maderuelo J, Minué S, Calvo M. La seguridad del paciente: cultura de seguridad en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2010;18:7–21.
- 18 Borrell Carrió F. Clinical safety in primary care. The systemic approach. *Aten Primaria*. 2012;44(7):417–24. doi: 10.1016/j.aprim.2011.07.014.
- 19 Larizgoitia I, Bouesseau MC, Kelley E. WHO Efforts to Promote Reporting of Adverse Events and Global Learning. *J Public Health Res*. 2013;2(3):e29. doi: 10.4081/jphr.2013.e29.
- 20 O'Beirne M, Sterling PD, Zwicker K, Hebert P, Norton PG. Safety incidents in family medicine. *BMJ Qual Saf*. 2011;20(12):1005–10. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000105.
- 21 Wetzels R, Wolters R, van Weel C, Wensing M. Harm caused by adverse events in primary care: a clinical observational study. *J Eval Clin Pract*. 2009;15(2):323–7. doi: 10.1111/j.1365-2753.2008.01005.x.

- 22 O'Beirne M, Sterling P, Reid R, Tink W, Hohman S, Norton P. Safety learning system development--incident reporting component for family practice. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(3):252-7. doi: 10.1136/qshc.2008.027748.
- 23 Portela Romero M, Bugarín González R, Rodríguez Calvo MS. Error humano, seguridad del paciente y formación en medicina. *Educ Med*. 2019;20:169-74. doi: 10.1016/j.edumed.2017.07.027.
- 24 Klemp K, Zwart D, Hansen J, Hellebek T, Verstappen W, Beyer M, et al. A safety incident reporting system for primary care. A systematic literature review and consensus procedure by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *Eur J Gen Pract*. 2015 Sep;21 Suppl(sup1):39-44. doi: 10.3109/13814788.2015.1043728.
- 25 Verbakel NJ, Langelaan M, Verheij TJ, Wagner C, Zwart DL. Effects of patient safety culture interventions on incident reporting in general practice: a cluster randomised trial. *Br J Gen Pract*. 2015;65(634):e319-29. doi: 10.3399/bjgp15X684853.
- 26 González Anglada MI, Garmendia Fernández C, Moreno Núñez L. Una estrategia para la formación en seguridad del paciente durante la residencia: desde el incidente crítico hasta la simulación. Parte 1. *Educ Med*. 2019;20(3):170-8. doi: 10.1016/j.edumed.2019.02.003.
- 27 Fundación Adevis Donabedian. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del paciente (SiNASP) [Internet]. 2020 [Acceso 28 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.sinasp.es>.

## PUNTOS CLAVE

### Lo conocido sobre el tema

- Entender las causas y consecuencias de los incidentes es la piedra angular para la mejora de la seguridad del paciente.
- Los sistemas de notificación de incidentes constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia.
- La formación en seguridad del paciente durante la residencia contribuye a la cultura de la seguridad y a la calidad asistencial.

### Qué aporta este estudio

- Se observó una prevalencia de 1,3% incidentes (0,9% incidentes sin daño y 0,4% eventos adversos), un valor algo menor que los hallados en otros estudios.
- La mayoría de los factores causales de los incidentes notificados están relacionadas con la comunicación médico-paciente y la medicación.
- Los eventos adversos graves fueron considerados en su totalidad como evitables.

# Adicciones comportamentales: qué debe saber el profesional de Atención Primaria

Behavioural addictions: what the Primary Care should know

Jacinto Mosquera Nogueira<sup>a</sup> [jacinto.mosquera.nogueira@sergas.es],  
Carmen Guimeráns Freijeiro<sup>b</sup> [carmen.guimerans.freijeiro@sergas.es]

<sup>A</sup> MÉDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SAÚDE DE BEMBRIVE. VIGO. SERVIZO GALEGO DE SAÚDE

<sup>B</sup> PSICÓLOGA CLÍNICA. DIRECTORA DE LA UNIDAD ASISTENCIAL DE ALCOHOLISMO, TABAQUISMO, LUDOPATÍA Y OTRAS ADICCIONES (ASVIDAL). SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO (CHUVI)

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Jacinto Mosquera Nogueira. E-mail: jacinto.mosquera.nogueira@sergas.es

## INTRODUCCIÓN

Las adicciones comportamentales, también llamadas adicciones sin sustancia, han merecido en los últimos años una gran atención por parte de los profesionales de la salud mental dedicados al abordaje de estas patologías. Y, evidentemente, esto también nos obliga a los profesionales de la Atención Primaria de Salud (APS) a conocer estas nuevas realidades, a detectarlas y hacer una primera intervención. Pero también ha recibido atención por parte de los medios de comunicación (especialmente las relacionadas con el uso de internet y del juego en línea) que ha generado una cierta intranquilidad en la sociedad, fundamentalmente en padres, por un uso que podría considerarse excesivo por parte de los niños, adolescentes y adultos jóvenes.

Dentro de las adicciones comportamentales se incluyen las adicciones al juego (con o sin dinero, presencial o en línea), las compras, el sexo, las tecnologías de la información y comunicación (TIC), el ejercicio físico... Pero la mera consideración como adicciones está a debate en la comunidad científica. Encontramos posiciones que defienden la utilidad de esta adscripción categórica basada en la similitud sintomática con las adicciones con sustancia y en la activación en ambos casos de similares mecanismos de recompensa, pero también posiciones que rechazan lo que consideran una "psiquiatrización" de conductas.

En la última Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES) realizada en 2019-2020 en la población de 15 a 64 años<sup>1</sup>, encontramos una prevalencia de posible juego problemático o trastorno del juego (medido por la presencia de al menos un criterio diagnóstico de juego patológico de los recogidos en el Manual DSM 5, del que hablaremos posteriormente) del 1,4% de las mujeres encuestadas y un 2,9% de los hombres. Con respecto a la prevalencia de apuestas con dinero realizadas en el último año a través de internet, los porcentajes son del 4,2% en mujeres y del 9,1% en hombres, mientras que en el juego presencial, los porcentajes suben al 61,2% y 65,9%, respectivamente (con representación gráfica ascendente en relación con la edad). Finalmente, sobre el uso compulsivo de internet, medido mediante el Compulsive Internet Use Scale (CIUS), aparece en el 3,5% de las mujeres y el 3,9% de los hombres, con una representación gráfica claramente descendente según la edad.

En la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) realizada en 2018-2019<sup>2</sup>, se muestra el consumo de las distintas sustancias y de ciertas conductas de juego durante el último año en estudiantes de 14 a 18 años. Destacan 3 datos: el uso compulsivo de internet, medido por el CIUS, se produce en el 23,4% de las chicas y el 16,4% de los chicos, el uso de videojuegos se produce en el 69% y el 96% y el juego con apuestas en la modalidad presencial en el 15,3% y el 30,7% y en la modalidad en línea en el 3,6% y el 17,4%, respectivamente.

Ante esta realidad epidemiológica y social, el sistema sanitario y, en primer lugar, la APS en su conjunto (médicos y médicas de familia, pediatras, enfermería y trabajadores sociales) debe dar respuesta a esta inquietud desde la perspectiva científica, aportando una visión profesional para estos nuevos retos, lejos del tremendismo pero también del nihilismo.

## CONCEPTO Y CATEGORIZACIÓN DIAGNÓSTICA

Como comentábamos en la introducción, la primera cuestión que conviene aclarar es de que estamos hablando cuando hablamos de adicciones comportamentales. Dentro de este concepto se incluyen diferentes conductas que podemos considerar "normales" (como el juego, el sexo, las compras, el uso de las TIC) pero que pueden llegar a constituir un problema de salud e incluso un trastorno adictivo cuando se vuelven repetitivas, ocupan un tiempo excesivo, dejamos de hacer otras tareas importantes, etc. Es necesario tener presente que, en la inmensa mayoría de los casos, no se acompañan de la angustia y deterioro significativos que deben caracterizar a los trastornos psiquiátricos<sup>3</sup> para ser considerados como tales.

Así, la Asociación estadounidense de Psiquiatras (APA) en la versión 5 de su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5) publicada en 2013<sup>4</sup>, dividió el epígrafe de trastornos adictivos, ya presente en ediciones previas, en dos: *trastornos relacionados con sustancias* y *trastornos no relacionados con sustancias*, lo que es una clara declaración de intenciones sobre la opinión de sus expertos en el debate. Pero únicamente ha podido incluir en éste el **juego patológico** (312.31), situado en ediciones previas en el epígrafe de *trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados*. Esto trasluce las dificultades conceptuales de este epígrafe de trastornos adictivos sin sustancia y la falta de base científica (al menos por ahora) para la inclusión de las otras adicciones comportamentales. Pero también hay que advertir que ha colocado el **trastorno por juego a través de internet** en la lista de *problemas que pueden ser objeto de atención clínica*, y que son problemas o condiciones en las que se sugiere la realización de más estudios que permitan una eventual inclusión, una especie de rampa de salida facilitadora de este proceso de inclusión. De alguna forma se sugiere que este puede ser un posible trastorno a diferencia del uso de otras actividades de las TIC<sup>5</sup>.

Con respecto a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), señalar que no contemplaba, hasta ahora, las adicciones comportamentales, pero en la versión 11ª ya las incluye<sup>6</sup> dentro de un grupo de *trastornos debidos al uso de sustancias o a conductas adictivas*. También diferencia dos epígrafes: los *trastornos debidos al uso de sustancias* y los *trastornos debidos a conductas adictivas*. En éste último, solo se incluyen el juego con apuestas (*6C50 gambling disorder*) y los videojuegos (*6C51 gaming disorder*). Pero de ambas categorías diagnósticas se excluyen el juego con y sin apuestas sin trastorno que aparecen en un epígrafe adicional de conductas que pueden afectar al estado de salud y que no se consideran trastornos sino conductas de riesgo (*QE21 hazardous gambling* y *QE22 hazardous gaming*, respectivamente). Para una profundización en estos conceptos con sus definiciones operativas, aconsejamos acceder al texto completo en el enlace: <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1448597234>

En definitiva, las clasificaciones más utilizadas en la práctica clínica acogen la posibilidad de adicciones comportamentales, pero por ahora incluyen únicamente como tal al juego.

## EVALUACIÓN CLÍNICA

---

Como planteábamos en la introducción, debemos estar formados en el manejo de estas conductas potencialmente adictivas para responder de forma científica a las demandas cada vez más frecuentes de pacientes y padres alarmados por lo que pudiera corresponder con un trastorno grave, dada la dificultad para racionalizar conductas que por diversas razones se consideran como "anormales".

Otro aspecto a tener en cuenta es la coexistencia de un trastorno psiquiátrico o neurológico (lo que se conoce como trastorno dual) aspecto de gran relevancia por la interferencia de síntomas y signos que puede producirse.

A continuación, haremos un pequeño resumen de la intervención en juego patológico por ser la más prevalente y la única que contemplan las clasificaciones internacionales. También haremos mención específica a las TIC por lo que tienen de novedoso y controvertido.

## JUEGO PATOLÓGICO

---

El juego es una actividad lúdica que obviamente tiene unas implicaciones positivas en todos los tramos de edad por lo que tiene de aprendizaje, entretenimiento y socialización. No es objetivo de este artículo profundizar en este aspecto.

Solamente aparecerá una minoría de casos en que esto se transforme en una conducta adictiva, generalmente con consecuencias importantes en diferentes esferas de su vida personal pero también más allá de lo estrictamente personal. Es en estos casos en los que nos corresponde hacer un diagnóstico de trastorno adictivo en relación con juego patológico. En la entrevista buscaremos aquellos signos y síntomas que se incluyen en los criterios diagnósticos DSM 5 (los más utilizados en la práctica clínica pero también se pueden utilizar los criterios CIE 11): juego problemático que provoca un malestar clínicamente significativo durante al menos 12 meses, que no se explica mejor por un trastorno maníaco y que presenta al menos 4 de los 9 criterios psicoconductuales de esta categoría diagnóstica.

Por otra parte, podemos utilizar escalas de detección que permiten estandarizar esta intervención, especialmente útiles en la población más joven. Así, existe validación española del Game addiction scale for adolescents (GASA) en su versión reducida de 7 preguntas<sup>7</sup>, la escala breve de cribado del juego patológico en adolescentes (BAGS) compuesta por tres preguntas<sup>8</sup>. Además, hay propuestas en la línea de una utilización rutinaria en pediatría del cuestionario SBIRT (Screening, Brief intervention and referral to treatment) para la detección precoz de las diferentes adicciones, tanto por parte de la Asociación Americana de Pediatras como en una reciente propuesta española<sup>9</sup>.

## TIC

Las nuevas tecnologías han revolucionado muchos aspectos de nuestras vidas, nuestras profesiones y nuestras formas de relacionarnos con otras personas, grupos de personas y resto de la humanidad. Diferentes grupos de edad las han incorporado masivamente por la facilitación de comunicación que permiten. Pero ha surgido una alarma importante desde los medios de comunicación, desde algunos grupos de la sociedad civil e incluso algunos grupos de expertos que parece haber calado en la población y que tiene que ver con el abuso en el uso y consumo de estas TIC. Y especialmente ha creado una alarma en referencia a los jóvenes que hacen una utilización "distinta" a la de los adultos y por lo tanto, incomprendida por éstos. Como hemos visto previamente existe una prevalencia que consideramos baja de utilización compulsiva de internet informada en el ESTUDES. De todas formas, podemos utilizar en la práctica clínica una escala que de alguna forma estandarice esta intervención como es la escala de uso problemático de internet para adolescentes<sup>10</sup>.

A nivel general, puede utilizarse una escala de 20 ítems llamada MULTICAGE-TIC<sup>11</sup> que, siguiendo el modelo del clásico CAGE para problemas de alcohol, plantea 4 preguntas para cada una de las 5 conductas potencialmente adictivas (internet, móvil, videojuegos, mensajería instantánea y redes sociales). Recientemente se ha validado para España el MULTICAGE CAD 4<sup>12</sup>, de especial interés en APS para detección conjunta de trastornos adictivos que incluye alcohol, drogas, juego, móvil, conexión a internet, y videojuegos.

Es por esto que, tanto en pediatría como en medicina de familia, debemos hacer un abordaje sosegado del problema, comprensivo con nuevos usos y desdramatizador. Es muy importante evaluar lo que esta conducta aparentemente problemática puede estar generando a nivel personal y familiar. Pudiera ser que encontremos en ocasiones un intento subconsciente de trasladar el caso índice en la familia (por ejemplo, una dependencia alcohólica del padre) hacia un hijo consumidor de videojuegos en grupo.

En segundo lugar, insistir en que debemos descartar otras patologías neurológicas o psiquiátricas como los trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o los trastornos del control de impulsos o adicciones a sustancias. Todos estos trastornos tienen una gran comorbilidad. Pero por el contrario, tengamos en cuenta que por ejemplo, en el TDAH pudiera estar indicado en su tratamiento el uso de videojuegos, como forma de fijar la atención.

## TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

Uno de los pilares fundamentales de la APS es la prevención primaria, es decir, actuar antes de que se produzcan los problemas de salud. En el caso de las conductas de riesgo y las adicciones en los jóvenes, las tareas de prevención primaria están compartidas y deben coordinarse con los colegios e institutos. Por supuesto, siempre que hablamos de prevención nos referimos a tareas de prevención basadas en la evidencia, proporcionadas por los propios profesionales del Centro educativo y, en nuestro caso, por los profesionales de la APS, favoreciendo los factores de protección y priorizando a los sujetos más vulnerables. Por lo tanto, se evitarán las, desgraciadamente, habituales "charlas" de ex-adictos. Tampoco están indicadas las charlas directas de expertos sino que el papel de las Unidades de Conductas Adictivas en este contexto es la formación de los profesionales escolares y sanitarios. Como ejemplo, podéis ver en la figura n.º 1 el cartel remitido a todos los profesionales de Atención Primaria del área sanitaria de Vigo por parte de la Unidad de referencia.

Debemos tener presente que las conductas de riesgo, e incluso las conductas adictivas, tienen una frecuente recuperación espontánea o natural, como se sabe desde hace tiempo, fundamentalmente por las interesantes investigaciones de Sobell<sup>13</sup>. Este grupo de investigación encontró que el porcentaje de sujetos con problemas de alcohol que tenían una resolución o mejoría sin acudir a tratamiento reglado era de un 77,6% (tener en cuenta que la mayoría eran consumos de riesgo, no adicción al alcohol). Esta recuperación natural pues, se define por aquella remisión del problema sin intervención reglada. También se admite como tal la remisión tras una intervención

**¿PROBLEMAS CON LAS ADICCIONES?**

Un hábito de conducta aparentemente inofensivo, puede ocasionar graves consecuencias en la vida de las personas afectadas. La persona lo sabe pero no puede dejar de hacerla. Pierde capacidad de elegir y controlar su conducta.

**NUEVAS TECNOLOGÍAS · COMPRAS · JUEGO · SEXO**

**SI TE PASA ESTO A TI O A ALGUIEN QUE CONOCES PUEDES**

**HABLAR CON TU MEDICO. ESTARÁ ENCANTADO DE PODER AYUDARTE**

**CONTACTAR CON AS VIDAL QUE TE ACLARARÁN LAS DUDAS QUE TENGAS**

Para hablar... preguntar... conocer... sobre este tema:  
986 226 269 - info@alcoholasvidal.com  
c/ Escultor Gregorio Fernández, 8 bajo. 36204, Vigo

**ASVIDAL**  
Unidad Asistencial para el tratamiento del alcoholismo, tabaquismo y otras adicciones comportamentales

**SEÑALES DE ALARMA:**  
Similares a las adicciones a sustancias como el alcohol, el cannabis, cocaína. Pérdida de control, excitación excesiva antes de realizar dicha conducta y alivio en el momento de realizarla.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:**  
- Parece que sólo piensa en llevar a cabo "su" conducta.  
- Aislamiento familiar y de amigos.  
- Número de horas excesivo de dedicación.  
- Gasto excesivo.  
- Irritabilidad, ansiedad, malestar...

**LA CLAVE:**  
Debido a la imposibilidad de impedir el acceso a internet y/o conductas como jugar, comprar, etc. la clave está en educar adecuadamente a los jóvenes para conseguir un uso seguro y evitar riesgos.

**ASVIDAL**

SENERO GARRO  
ASVIDAL

MINISTERIO DE SANIDAD  
CONSEJO INTERMUNICIPAL DE GALICIA

Unidad Asistencial para el tratamiento del alcoholismo, tabaquismo y otras adicciones comportamentales

breve realizada durante una evaluación del caso, del tipo: "ahora que empiezas en el instituto, quizás necesites más tiempo para estudiar y debas dedicarle menos tiempo a los videojuegos", "tu próxima paternidad te debe hacer reflexionar sobre el nivel de gasto que tus compras comportan", "el ejercicio físico extremo que realizas a pesar de resultarte satisfactorio pudiera estar poniendo en riesgo tu salud" .

Este fenómeno también se ha descrito de forma clara en el juego patológico<sup>14</sup>. Por lo tanto, tenemos aquí un primer objetivo de la intervención: favorecer la remisión espontánea, al menos de los casos menos graves, fundamentalmente de las conductas de riesgo sin adicción. Se trataría de un objetivo que podemos encuadrar en la prevención secundaria de estas conductas.

El abordaje en la APS debe ser una intervención basada en el modelo motivacional, como ya está siendo incorporado en la práctica clínica en nuestro ámbito asistencial cuando se trata de cambiar conductas o realizar cambios del estilo de vida. No es objetivo de este artículo profundizar en este modelo, ampliamente analizado y potenciado por los grupos de entrevista clínica de AGAMFEC y SEMFYC. Especial atención merece el estilo de intervención en los adolescentes. En este tramo de edad es necesario recordar que el abordaje debe ser respetuoso (nunca prohibir), comprensivo y "diferente" al de los padres. Debemos tener en cuenta el carácter habitualmente transitorio de conductas aparentemente disruptivas, que suelen relacionarse con las necesidades de autonomía decisional. Pero esto no significa que no se intervenga en los padres. Al contrario, es fundamental que cambie la actitud de éstos ante conductas que no comparten, especialmente en los casos que podemos denominar de analfabetismo digital o brecha digital generacional. Se deben favorecer actitudes comprensivas, búsqueda de compromisos bilaterales y climas familiares de tolerancia.

También en la prevención secundaria se pueden encuadrar todas aquellas conductas que cumplen criterios de adictivas y que por su complejidad, debemos derivar a la Unidad específica de referencia en cada área sanitaria, para un abordaje profesional e interdisciplinar de esta grave patología. Si en todas las patologías derivar nunca implica desentenderse del paciente, en estas patologías en particular es especialmente importante mantener un seguimiento y una adecuada coordinación con la Unidad específica. Y evidentemente, cuando hablamos de Unidad específica nos estamos refiriendo siempre a Unidades de conductas adictivas integradas en el Servicio de Salud Mental, no a asociaciones de ludópatas cuyo papel no debe incluir la asistencia sanitaria sino la presión ante instancias gubernativas y la sensibilización poblacional.

Por otra parte, es habitual que existan otras conductas adictivas como los trastornos por consumo de alcohol y de tabaco que deberán ser abordados de forma conjunta.

## INTERVENCIÓN POBLACIONAL

Para finalizar este artículo, nos gustaría poner sobre la mesa la importancia de las estrategias poblacionales, aunque estén fuera de nuestro ámbito de actuación. En nuestra opinión y desde una perspectiva comunitaria, debemos tenerlas en cuenta para coordinar esfuerzos.

Así, en la Estrategia nacional sobre adicciones 2017-2024 del Plan Nacional sobre Drogas<sup>15</sup> se incluye dentro del área de actuación número 1 (prevención y reducción del riesgo), el objetivo 1.3: *"Promover una conciencia social de riesgos y daños provocados por las drogas y adicciones, aumentar la percepción del riesgo asociado al consumo y a determinadas conductas adictivas (juego, TICs) y contar con la participación ciudadana a este propósito"*.

A modo de ejemplo, podéis visionar el vídeo informativo publicado por el Concello de A Guarda (Pontevedra) con el asesoramiento técnico de la Unidad de referencia ASVIDAL, en el enlace:

<https://www.facebook.com/1969142556/posts/1073891393127000/>

Y más explícitamente en su Plan de acción sobre adicciones 2018-2020<sup>16</sup> incluía: *"Promover la inclusión de las adicciones sin sustancia en la normativa, los planes y programas de prevención"*. En el momento de redactar este artículo, sigue pendiente la evaluación de este plan.

También a nivel autonómico se han incluido varios objetivos en este sentido en el Plan de trastornos adictivos de Galicia 2011-2016<sup>17</sup> como *"Reducir la prevalencia de las adicciones sociales y conductas relacionadas"* mediante los objetivos específicos: *"fomentar el reconocimiento de la adicción al juego por parte de quien la padece y su entorno familiar"* y *"sensibilizar a la sociedad de los riesgos que entraña el uso inadecuado de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, propiciando un uso controlado de las mismas"*. Tras estos objetivos se plantean diversas actuaciones claves a realizar que quizás adolezcan de falta de concreción y cuyo grado de ejecución está pendiente de evaluación en el momento de redactar este artículo.

Por otra parte, en la Estrategia SERGAS 2020<sup>18</sup> se establece como objetivo: *"Elaboración del Plan de trastornos adictivos 2017-2020, en colaboración con la Dirección General de Salud Pública, e incorporar, de acuerdo con las líneas establecidas por el plan nacional de Drogas, los programas asistenciales adecuados a los actuales perfiles de consumo incluyendo el juego patológico como patología emergente"*.

Sabemos y comprendemos que la pandemia mundial por la COVID ha postergado el cumplimiento y evaluación de toda esta batería de objetivos a nivel central y autonómico, pero la importancia que tienen las adicciones en la vida de las personas, de las familias y de la comunidad, nos anima a seguir solicitando una actuación clara y contundente a nivel poblacional. De las labores asistenciales nos debemos ocupar todos los niveles asistenciales pero la situación privilegiada, aunque precaria, de la APS nos sitúa en condiciones de abordar de forma preventiva y asistencial en la población de nuestros cupos este ¿nuevo? reto que plantean las adicciones comportamentales.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España, EDADES 2019/20. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 93p.
- 2 Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2020). ESTUDES 2016. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES). Madrid. En: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/ESTUDES2018-19/home.htm>
- 3 Petry, N.M., O'Brien, C.P. (2013). Internet gaming disorder and the DSM-5. *Addiction*, 108, 1186–1187. doi:10.1111/add.12162
- 4 American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- 5 Carbonell, S. (2014). La adicción a los videojuegos en el DSM-5. *Adicciones vol 26-2*, 91-95
- 6 World Health Organization. (2018). International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). World Health Organization (WHO). En: <https://icd.who.int/home.htm>
- 7 Lloret Irlles, D., Morell Gomis, R., Marzo Campos, J. C., & Tirado González, S. (2018). Validación española de la Escala de Adicción a Videojuegos para Adolescentes (GASA). *Atención Primaria*, 50(6), 350-358.
- 8 Stinchfield, R., Wynne, H., Wiebe, J., & Tremblay, J. (2017). Development and psychometric evaluation of the Brief Adolescent Gambling Screen (BAGS). *Frontiers in psychology*, 8, 2204.
- 9 García-Couceiro, N., Salgado, P. G., Kim-Harris, S., Burkhart, G., Flórez-Menéndez, G., & Boubeta, A. R. (2021). El modelo SBIRT como estrategia de prevención de las adicciones con y sin sustancia en adolescentes. *Rev Esp Salud Pública*, 95(19), 20.
- 10 Rial Boubeta, A., Salgado, P. G., Folgar, M. I., Gallego, M. A., & Mallou, J. V. (2015). EUPI-a: Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes. *Desarrollo y validación psicométrica. Adicciones*, 27(1), 47-63.
- 11 Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez de León, J. M., Rojo-Mota, G., Llanero-Luque, M., Pedrero-Aguilar, J., Morales-Alonso, S., & Puerta-García, C. (2018). Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC): uso problemático de internet, videojuegos, teléfonos móviles, mensajería instantánea y redes sociales mediante el MULTICAGE-TIC. *Adicciones*, 30(1), 19-32.
- 12 Rodríguez-Monje, M. T. (2019). MULTICAGE CAD-4 for behavioral addiction screening: Structural validity after inclusion of a scale on smartphone abuse. *Anales de psicología*, vol. 35, n° 1 (january), 41-46
- 13 Sobell, L. C., Sobell, M. B. y Toneatto, T. (1992). Recovery from alcohol problems without treatment. En N. Heather, N., W.R. Miller y J. (eds.), *Self control and addictive behaviours*. New York: Maxwell MacMillan
- 14 Carballo Crespo, José Luis; Secades Villa, Roberto; Fernández Hermida, José Ramón; García Rodríguez, Olaya; C. Sobell, Linda Recuperación de los problemas de juego patológico con y sin tratamiento. *Salud y drogas*, vol. 4, núm. 2, semestral, 2004, pp. 61- 78
- 15 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2018). Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. En: <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>
- 16 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2018). Plan de acción sobre adicciones 2017-2020. En: <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAD2018-2020/home.htm>
- 17 Consellería de Sanidade Xunta de Galicia (2010). Plan de Trastornos Adictivos de Galicia 2011-2016. En: <https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/71/PlanGalTransAditivos>
- 18 Servicio Galego de Saúde (2016). Estrategia SERGAS 2020. En: <https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/SERGAS ESTRATEXIA2020280316/home.htm>

# Hemangioma Lobular Capilar, revisión de un caso en Atención Primaria

Hemanxioma Lobular Capilar, revisión dun caso en Atención Primaria

Capillary Lobular Haemangioma, a case report in Primary Care

Beatriz López Gómez<sup>a</sup>, Santiago Fernández Blas<sup>b</sup>, Carlos Menéndez Villalva<sup>c</sup>

<sup>A</sup> MIR DE SEGUNDO AÑO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, C.S. A CUÑA- MARIÑAMANSA OURENSE

<sup>B</sup> MIR DE CUARTO AÑO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, C.S. A CUÑA- MARIÑAMANSA, OURENSE

<sup>C</sup> MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, C.S. A CUÑA-MARIÑAMANSA, OURENSE

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Beatriz López Gómez. E-mail: bea\_lopezgomez@hotmail.com

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 44-45

## INTRODUCCIÓN

En este artículo presentamos el caso de una paciente de 74 años que consulta en nuestro centro por una tumoración en el pie derecho de años de evolución.

Entre los antecedentes personales destacan HTA, obesidad, dislipemia a tratamiento con Simvastatina 20mg, trastorno ansioso depresivo por el cual toma Paroxetina 20mg, Clorazepato dipotásico 5mg y líquen escleroatrófico de vulva que trata con Clobetasol 0.5mg tópico. Presentó además un carcinoma de ovario pretérito tratado mediante cirugía y quimioterapia, sin recidiva hasta la fecha.

Durante la anamnesis se excluye otra clínica asociada, presentando únicamente molestias locales al caminar, que ponía en relación con la tumoración, sin antecedente traumático conocido. Dicha lesión consistía en un nódulo excrecente, redondeado, violáceo de 1cm de diámetro aproximadamente. Todo ello nos hizo realizar un diagnóstico diferencial entre tumor glómico y granuloma piogénico. Clínicamente el tumor glómico cursa con dolor paroxístico por frío o presión, el granuloma piogénico suele tener sangrados recidivantes (1).

Por tanto, se realizó biopsia escisional en sala de cirugía menor con posterior electrocoagulación del lecho quirúrgico, enviándose la muestra al servicio de anatomía patológica de referencia. En la microscopía se identifica un hemangioma lobular capilar de 1.2 x 0.9cm (Imágenes 1 y 2). Se informa a la paciente, quien da su consentimiento informado para la publicación del caso y de las imágenes adjuntas.



Imagen 1: Vista macroscópica de la lesión.

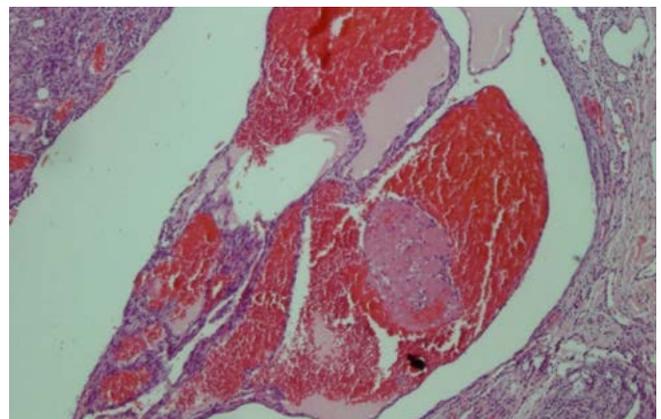


Imagen 2: Vista microscópica de la lesión, se observan en detalle la proliferación de fibroblastos y células endoteliales, con importante estasis sanguínea.

El granuloma piogénico, o hemangioma lobular capilar (HLC) por su descripción microscópica, es una lesión vascular benigna. Aparece como una proliferación solitaria sésil o pediculada, rojiza y tendente al sangrado, que en ocasiones puede aparecer ulcerada o cubierta de costras. Estas características junto con su desarrollo rápido (generalmente en semanas) hacen que de la impresión de tumor maligno. (1)(2)(3)

Se localiza típicamente en extremidades, y mucosa oral. Existen casos publicados en los que se detecta en tracto gastrointestinal, siendo origen de hemorragias digestivas. (1) No se conoce predilección por género o grupo de edad, pudiendo encontrarse casos desde en lactantes hasta adultos ancianos. (2)

En cuanto a la etiología, en un principio se relacionó con infecciones botriomicóticas (2), no obstante actualmente se sabe que no tiene relación con ninguna bacteria, apareciendo secundario a traumatismos (por ejemplo extracciones dentarias o erupción de un diente primario), irritación crónica, oncogenes virales y anastomosis arteriovenosas microscópicas (4)(5).

Dicho estrés sobre el epitelio conduce al desarrollo de tejido fibrocicatrizial y endotelio vascular separados por edema e infiltrado inflamatorio, haciendo que microscópicamente semeje tejido de granulación. (3)(2)

Entre los diagnósticos diferenciales, además del propio tejido de granulación, caben neoplasias como el carcinoma de células escamosas, tumor glómico, metástasis, fibrosarcomas, sarcoma de Kaposi, melanoma y angiosarcomas. (2)

El tratamiento consiste en la extirpación. La técnica más recomendada es la electrocirugía, con posterior análisis anatomopatológico de la pieza para diagnóstico de certeza, siendo otra posibilidad la crioterapia.

Una de las posibles complicaciones es la recidiva de lesiones satélite con misma histología. Se trata de una complicación rara, que se describe típicamente en varones menores de 25 años. Surgen en la zona del granuloma piogénico primario entre una semanas después de la exéresis. El tratamiento puede ser conservador, pues se ha descrito la involución y desaparición de las lesiones de manera espontánea. En caso contrario puede optarse por la misma terapéutica que la lesión primaria, ya que rara vez recurren posteriormente. (4)

Volviendo a nuestra paciente, no se presentaron complicaciones agudas de hemorragia o dolor. Hasta la fecha, no ha habido recurrencia de la patología.

Esta es por tanto una entidad de diagnóstico relativamente frecuente en A. Primaria, de carácter benigno y fácilmente tratable mediante cirugía menor, con resultados estéticos buenos. (3)

## BIBLIOGRAFÍA

---

- 1 Al C. Hemorragia digestiva asociada a granuloma piogénico. *Gastroenterol Hepatol.* 2020;37(6):384–5.
- 2 Cravioto ICG, Aguirre AH, Barrios BA. Hemangioma lobular capilar asociado a la erupción. Reporte de dos casos clínicos. *Rev Odontológica Mex.* 2004;8:127–32.
- 3 Larráyoz IL, Gadea JE, Escribano G, Muñoz MG. Cirugía menor de alta resolución en atención primaria. *Atención primaria [Internet]. Elsevier;* 2003;32(2):125–6.
- 4 Pitarch G, Pérez-ferriols A, Millán F. Granuloma piogénico recidivante. *Actas dermosifiliográficas.* 2020;103(6):536–9.
- 5 Pampín A, Feltes RA. Onychomadesis and Pyogenic Granulomas After Postoperative Upper-Limb. *Actas dermosifiliográficas [Internet]. AEDV;* 2020;105(5):528–9.

## Evaluación de las comunicaciones de las XXIV Xornadas Galegas de Medicina Familiar e Comunitaria

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Páxs. 45-51

M<sup>a</sup> José Fernández Domínguez, María José Varela Estevez, Rosa Belen Pérez Ramos,  
Marisol Aira Quintela, Trinidad Gamarra Mondelo, Antón Núñez-Torrón Núñez

MIEMBROS DEL COMITÉ CIENTÍFICO DE LAS XXIV XORNADAS GALEGAS DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA

En las XXIV Xornadas Galegas de Medicina Familiar e Comunitaria celebradas en Pontevedra el 17 y 18 de septiembre de 2021 se han presentado 48 comunicaciones.

La evolución del número de comunicaciones a lo largo del periodo desde el año 2007 hasta el 2021, se muestra en la figura 1. Como observamos en este año ha habido una disminución en el número, pero aún así y después de un año de pandemia y de casi colapso de la atención primaria, creemos que ha sido todo un éxito el número de comunicaciones enviadas. El esfuerzo de los médicos de familia para seguir manteniendo la actividad investigadora en este tiempo de sobrecarga de trabajo en los centros de salud es innegable. Resaltar que no se ha tenido que denegar ninguna comunicación en este año.

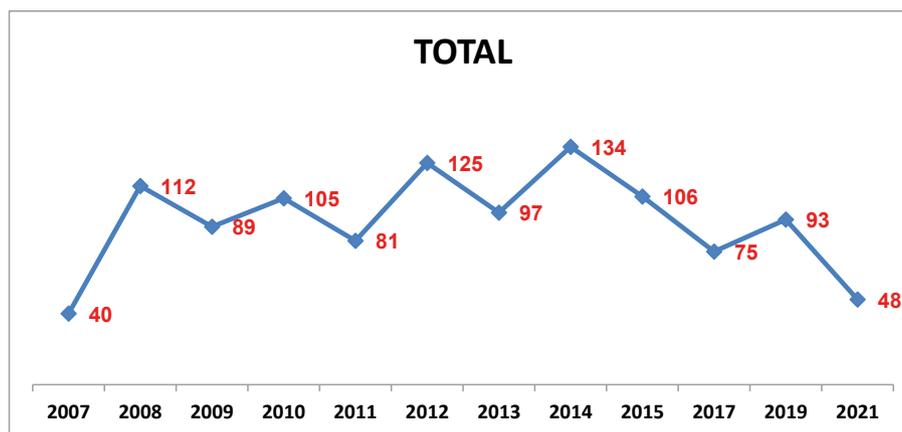


Figura 1. Evolución de las comunicaciones presentadas a las Xornadas Galegas. Periodo 2007-2021

Presentamos en la figura 2 la evolución del tipo de comunicación enviadas a lo largo del mismo periodo antes reflejado.

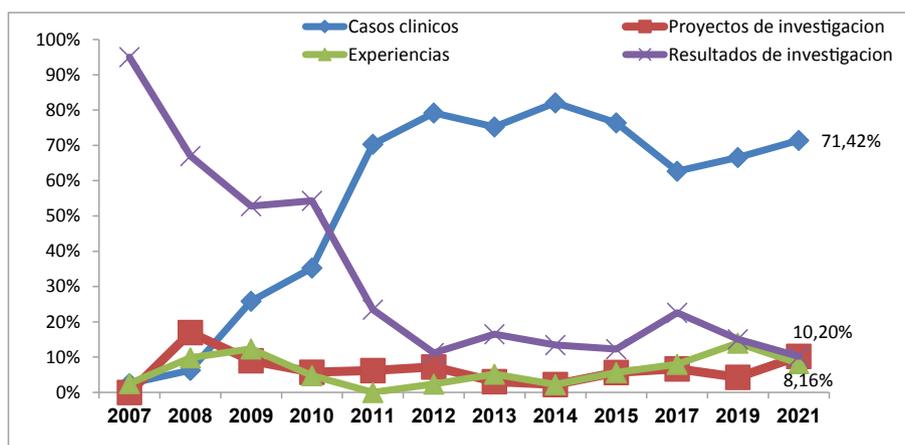


Figura 2. Tipo de comunicaciones presentadas a las Xornadas Galegas. Periodo 2007-2021 (los porcentajes corresponden a las comunicaciones de las últimas Xornadas)

Observamos que, desde el año 2009, donde el comité científico decidió no solo admitir resultados de investigación, proyectos de investigación y comunicación de experiencias, como tradicionalmente se venía haciendo, sino también casos clínicos, con el objetivo de incrementar la participación de los profesionales en las Xornadas Galegas (aunque en el año anterior se admitieron 7 casos clínicos por decisión del comité con el mismo interés que ya se definió en el año posterior). Esto ha supuesto que posteriormente el tipo de comunicación presentada fuera mayoritariamente los casos clínicos, fenómeno que se repite en todos los congresos y jornadas nacionales, no sólo de medicina de familia sino también de otras especialidades. Como se observa el número, tanto de proyectos de investigación como de comunicación de experiencias, se mantiene estable a lo largo de todo este periodo de 14 años. Lo que sí han descendido son los resultados de investigación que se estabilizaron desde el 2012 hasta hoy; somos conscientes de la mayor dificultad y trabajo que exige este tipo de comunicación y esperamos que se recuperen en un futuro, contando con el apoyo tanto de las instituciones como nuestros gestores para recuperar la actividad investigadora, más si cabe, en los centros de salud, dado que la investigación es la excelencia de todo sistema.

Como puede verse en la figura 2, en la que se muestra el porcentaje de los tipos de comunicación presentado en estas Xornadas, tanto los proyectos como los resultados de investigación demuestran el mismo porcentaje (10.20%)

La distribución de comunicaciones por provincia se muestra en la figura 3, donde se objetiva que la provincia con mayor participación ha sido la de Pontevedra, quizás debido a ser la sede de las xornadas, como habitualmente ocurre.

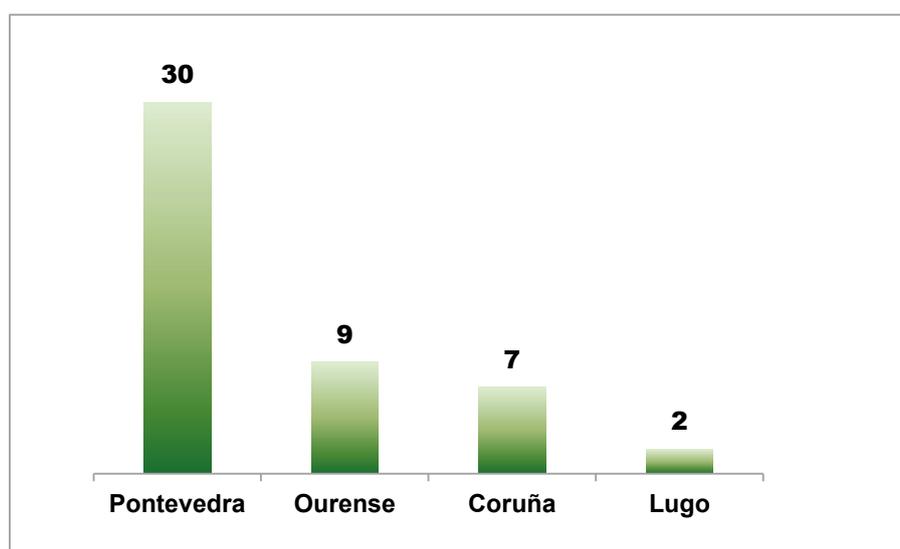


Figura 3: Distribución de comunicaciones presentadas por provincia.

Las normas de evaluación de los resultados de investigación contemplan originalidad, interés para el médico de familia (MF) y metodología; para los proyectos de investigación, los descritos anteriormente además de la aplicabilidad de los resultados esperados, multicentricidad y financiación; para las experiencias, la originalidad, interés, aspectos ético -legales, objetivos, claridad explicativa, conclusiones y aplicabilidad a otros centros; y por último en los casos clínicos se valora la originalidad, interés para la medicina de familia, si consta el consentimiento del paciente, presentación y desarrollo. Destacar que desde el año 2017 los criterios de evaluación de las comunicaciones en las xornadas son los mismos que los del congreso de la SEMFYC y que por lo tanto son los mismos en las 17 sociedades federadas de SEMFYC. Tablas 1-4.

Cada comunicación ha sido evaluada por los miembros del comité científico, que se han distribuido por parejas y han consensuado sus puntuaciones. La metodología empleada ha sido la definida previamente.

El 20,4% se han presentado orales y el 79,6% en forma de posters que este año se han impreso y presentado en paneles en la sede de las Xornadas.

Se han otorgado premios a las mejores comunicaciones orales (1º y 2º premio), y a los mejores casos clínicos (1º y 2º premio).

Esperamos y deseamos que en las próximas Xornadas aumente el número de comunicaciones enviadas, aunque, como hemos comentado, sabemos de la tremenda dificultad para el desarrollo de la actividad investigadora en la actual "sobrepasada" atención primaria, y aunque somos conocedores del desarrollo de varios proyectos de investigación tanto nacionales como europeos que se están realizando en varios centros de salud gallegos, el médico de familia actualmente ya no es que sea un héroe, si tiene tiempo para investigar es un ser de otro planeta.

FICHAS DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA
<p><b>No cumple las normas (criterios de rechazo automáticos):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo no original, ya comunicado y/o publicado.</li> <li>• Estudio no relacionado con los ámbitos de trabajo del médico de familia y/o la Atención Primaria.</li> <li>• El título o el resumen permiten identificar a los autores o al centro en concreto donde se ha llevado a cabo el estudio.</li> <li>• Estudio con financiación externa en el que no consta la procedencia.</li> <li>• No consta la autorización del CEI o de la CI institucional.</li> </ul>
<p><b>Originalidad:</b></p> <p>0: nada original (tema conocido y reiteradamente expuesto).            1: poco original (tema conocido con apenas novedades).            2: originalidad intermedia (aporta algún matiz novedoso).            3: bastante original (visión novedosa de un tema conocido).            4: muy original (muy novedoso, tema poco conocido).</p>
<p><b>Interés para la Medicina de Familia y/o la Atención Primaria:</b></p> <p>0: nada interesante (estudio carente de interés para la Medicina de Familia/Atención Primaria).            1: poco interesante (escaso interés o solo interesante en el ámbito local).            2: interés intermedio (algún matiz interesante en Medicina de Familia/Atención Primaria).            3: bastante interesante (aportaciones de interés para la Medicina de Familia/Atención Primaria).            4: muy interesante (valiosas aportaciones en el ámbito de la Medicina de Familia/Atención Primaria).</p>
<p><b>Metodología:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Objetivos:</b> <p>0: no bien definidos, imprecisos o inviables.                1: parcialmente definidos, poco claros.                2: claros, precisos, bien definidos y viables.</p> </li> <li>• <b>Diseño:</b> <p>0: no se define, no es adecuado a los objetivos; sujetos y/o variables y/o análisis no definidos.                1: poco adecuado para los objetivos, escasa definición de variables y/o sujetos y/o análisis.                2: bastante adecuado; variables, sujetos y análisis bastante definidos.                3: diseño bien definido en todos sus aspectos y adecuado para los objetivos.                4: diseño excelente.</p> </li> <li>• <b>Resultados:</b> <p>0: no claramente presentados, inadecuados, no se corresponden con los objetivos.                1: alguna incorrección que no invalida las aportaciones del estudio.                2: claros, pertinentes, precisos, bien definidos y adecuados a los objetivos.</p> </li> <li>• <b>Conclusiones:</b> <p>0: no se presentan, no se derivan de los resultados, no corresponden a los objetivos y el diseño.                1: parcialmente definidas, poco claras, alguna no ajustada a los objetivos, diseño o resultados.                2: claras, precisas, adecuadas a objetivos, diseño y resultados.</p> </li> </ul>
<p><b>TOTAL</b></p>

TABLA 1. Evaluación de resultados de investigación.

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACION	
<p><b>No cumple las normas (criterios de rechazo automáticos):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo no original, ya comunicado y/o publicado.</li> <li>• Estudio no relacionado con los ámbitos de trabajo del médico de familia y/o la Atención Primaria.</li> <li>• El título o el resumen permiten identificar a los autores o al centro en concreto donde se ha llevado a cabo el estudio.</li> <li>• No ha solicitado la autorización al CEI o a la CI correspondiente.</li> </ul>	
<p><b>Originalidad:</b></p> <p>0: nada original (tema conocido y reiteradamente expuesto).</p> <p>1: poco original (tema conocido con apenas novedades).</p> <p>2: originalidad intermedia (aporta algún matiz novedoso).</p> <p>3: bastante original (visión novedosa de un tema conocido).</p> <p>4: muy original (muy novedoso, tema poco conocido).</p>	
<p><b>Interés para la Medicina de Familia y/o la Atención Primaria:</b></p> <p>0: nada interesante (estudio carente de interés para la Medicina de Familia/Atención Primaria).</p> <p>1: poco interesante (escaso interés o solo es interesante en el ámbito local).</p> <p>2: interés intermedio (algún matiz interesante en Medicina de Familia/Atención Primaria).</p> <p>3: bastante interesante (aportaciones de interés para la Medicina de Familia/Atención Primaria).</p> <p>4: muy interesante (valiosas aportaciones en el ámbito de la Medicina de Familia/Atención Primaria).</p>	
<p><b>Metodología:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Objetivos:</b> <p>0: no bien definidos, imprecisos o inviables.</p> <p>1: parcialmente definidos, poco claros.</p> <p>2: claros, precisos, bien definidos y viables.</p> </li> <li>• <b>Diseño:</b> <p>0: no se define, no es adecuado a los objetivos; sujetos y/o variables y/o análisis no definidos.</p> <p>1: poco adecuado para los objetivos, escasa definición de variables y/o sujetos y/o análisis.</p> <p>2: bastante adecuado; aspectos de variables, sujetos, etc.</p> <p>3: diseño bien definido en todos sus aspectos y adecuado para los objetivos.</p> <p>4: diseño excelente.</p> </li> </ul>	
<p><b>Aplicabilidad de los resultados esperados</b></p> <p>0: no aplicables en el ámbito de Atención Primaria.</p> <p>1: aplicabilidad parcial en el ámbito de Atención Primaria.</p> <p>2: totalmente aplicable en el ámbito de Atención Primaria.</p>	
<p><b>Multicéntrico.</b></p> <p>0: no.</p> <p>1: sí.</p>	
<p><b>Financiado</b></p> <p>0: no/con financiación de convocatorias no competitivas.</p> <p>1: sí, en convocatoria competitiva de alguna agencia/entidad privada de investigación autonómica.</p> <p>2: sí, en convocatoria competitiva de alguna agencia/entidad privada de investigación nacional.</p> <p>3: sí, en convocatoria competitiva de alguna agencia/entidad privada de investigación internacional.</p>	
<p><b>TOTAL</b></p>	

TABLA 2. Evaluación de proyectos de investigación.

FICHA DE EVALUACIÓN DE EXPERIENCIAS

<p><b>No cumple las normas (criterios de rechazo automáticos):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo no original, ya comunicado y/o publicado.</li> <li>• Experiencia no relacionada con los ámbitos de trabajo del médico de familia y/o la Atención Primaria.</li> <li>• El título o el resumen permiten identificar a los autores o al centro en concreto donde se ha llevado a cabo el estudio.</li> </ul>
<p><b>Originalidad:</b></p> <p>0: nada original (tema conocido y reiteradamente expuesto).</p> <p>1: poco original (tema conocido con apenas novedades).</p> <p>2: originalidad intermedia (aporta algún matiz novedoso).</p> <p>3: bastante original (visión novedosa de un tema conocido).</p> <p>4: muy original (muy novedoso, tema poco conocido).</p>
<p><b>Interés para la Medicina de Familia o la Atención Primaria:</b></p> <p>0: nada interesante (estudio carente de interés para la Medicina de Familia/Atención Primaria).</p> <p>1: poco interesante (escaso interés o solo interesante en el ámbito local).</p> <p>2: interés intermedio (algún matiz interesante en Medicina de Familia/Atención Primaria).</p> <p>3: bastante interesante (aportaciones de interés para la Medicina de Familia/Atención Primaria).</p> <p>4: muy interesante (valiosas aportaciones en el ámbito de la Medicina de Familia/Atención Primaria).</p>
<p><b>Aspectos ético-legales:</b></p> <p>0: No consta autorización por parte de los pacientes en el caso de que estos participen en la experiencia.</p> <p>1: Consta autorización por parte de los pacientes en el caso de que estos participen en la experiencia.</p>
<p><b>Objetivos:</b></p> <p>0: no bien definidos, imprecisos o inviables.</p> <p>1: parcialmente definidos, poco claros.</p> <p>2: claros, precisos, bien definidos y viables.</p>
<p><b>Claridad explicación:</b></p> <p>0: confuso, poco claro, mal definido.</p> <p>1: parcialmente claro, algunos aspectos confusos.</p> <p>2: claro y bien definido.</p>
<p><b>Conclusiones:</b></p> <p>0: no se presentan, no se derivan de los resultados.</p> <p>1: parcialmente definidas, poco claras, alguna no ajustada a resultados.</p> <p>2: claras, precisas, adecuadas a objetivos y resultados.</p>
<p><b>Aplicabilidad a otros centros</b></p> <p>1: difícil, pero posible repetir la experiencia en algún otro centro.</p> <p>2: fácilmente aplicable a otros centros.</p>
<p><b>TOTAL</b></p>

TABLA 3. Evaluación de comunicaciones de experiencias.

FICHA DE EVALUACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

**No cumple las normas (criterios de rechazo automáticos):**

- Trabajo no original, ya comunicado y/o publicado.
- El título o el resumen permiten identificar a los autores o al centro en concreto donde se ha llevado a cabo el estudio.
- Estudio no relacionado con los ámbitos de trabajo del médico de familia.

(Observación aclaratoria: cuando el médico de familia no tiene una contribución determinante en la orientación que se presenta del caso clínico.)

**Originalidad:**

- 0: nada original (tema conocido y reiteradamente expuesto).
- 1: poco original (tema conocido con apenas novedades).
- 2: originalidad intermedia (aporta algún matiz novedoso).
- 3: bastante original (visión novedosa de un tema conocido).
- 4: muy original (muy novedoso, tema poco conocido).

**Interés para la Medicina de Familia o la Atención Primaria:**

- 0: nada interesante (estudio carente de interés para la Medicina de Familia/Atención Primaria).
- 1: poco interesante (escaso interés o solo interesante en el ámbito local).
- 2: interés intermedio (algún matiz interesante en Medicina de Familia/Atención Primaria).
- 3: bastante interesante (aportaciones de interés para la Medicina de Familia/Atención Primaria).
- 4: muy interesante (valiosas aportaciones en el ámbito de la Medicina de Familia/Atención Primaria).

**Aspectos ético-legales:**

- 0: No consta autorización por parte de los pacientes.
- 1: Consta autorización por parte de los pacientes.

**Presentación:**

- 0: presentación inadecuada del caso.
- 1: presentación aceptable del caso.
- 2: presentación adecuada del caso.

**Desarrollo:**

**Descripción:**

- 0: no se especifica claramente el proceso para establecer diagnóstico y/o el plan de tratamiento del caso.
- 1: falta algún dato del proceso diagnóstico individual, familiar y/o comunitario imprescindible para comprender el caso.
- 2: falta algún dato del proceso diagnóstico individual, familiar y/o comunitario no imprescindible para comprender el caso.
- 3: se especifica claramente el proceso para establecer el diagnóstico y/o el tratamiento del caso.

**Juicio clínico:**

- 0: no se deriva de forma lógica como consecuencia del proceso diagnóstico.
- 1: derivado como consecuencia lógica de la secuencia diagnóstica descrita.

**Conclusiones y aplicabilidad en la Medicina de Familia:**

- 0: no están claramente presentadas, son inadecuadas o no se corresponden con los datos de la hipótesis clínica presentada.
- 1: hay alguna incorrección, pero no invalida el resto.
- 2: claras, precisas, adecuadas al contenido y a las actuaciones desarrolladas en el caso.

TOTAL

TABLA . Evaluación de casos clínicos.

## RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

## 1º PREMIO Á MELLOR COMUNICACIÓN ORAL

## Validación de modelos predictivos de cáncer colorrectal basados en la concentración de HB fecal en atención primaria: resultados preliminares

Beatriz López Gómez, Iria Tojo Artos, Nerea García-Verdugo Jiménez-Eguizabal, Pedro Castro Fernández, Joaquín Cubiella Fernández, Teresa Seoane Pillado

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 52

### OBJETIVOS Y APLICABILIDAD

Validar los modelos predictivos COLONPREDICT y FAST para la detección del cáncer colorrectal (CCR) en población sintomática atendida en Atención Primaria.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico prospectivo observacional que incluye pacientes con síntomas digestivos atendidos en Atención Primaria de nuestra Área Sanitaria.

- **CRITERIOS DE SELECCIÓN:** Se incluyeron individuos >18 años que consultaron por síntomas digestivos de >2 semanas de duración en Atención Primaria de nuestra Área de Salud. La muestra obtenida es de 346 pacientes.
- **MEDICIONES E INTERVENCIONES:** Una vez obtenido el consentimiento informado, se recogieron como variables independientes: hallazgos de la exploración anorrectal, concentración de Hb en heces y plasma, y concentración de antígeno carcinoembrionario (CEA). La variable dependiente es la presencia de CCR confirmado histológicamente 1 año tras la consulta inicial, que se identificó a partir del historial clínico y el Registro Gallego de Tumores.

La actitud diagnóstica ante los pacientes atendidos ha seguido los protocolos ya establecidos con independencia del estudio.

- **ANÁLISIS:** Para evaluar la calibración del modelo predictivo basado en las variables recogidas respecto a los pre-existentes, se realizará un test de Hosmer-Lemeshow. En caso de disparidad en la predicción de la variable dependiente, se recalcularán los coeficientes de regresión de cada una de las variables independientes.

### ASPECTOS ETICO-LEGALES Y FINANCIACIÓN

Todos los sujetos firmaron un consentimiento informado previamente a su inclusión. Se obtuvo la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Pontevedra, Vigo y Ourense con fecha 28 de julio de 2016 (Nº EXP: 2016/274).

### RESULTADOS

Un primer análisis de la muestra obtenida describe un 53% de mujeres respecto a 47% varones. En cuanto a los síntomas predominantes en la consulta de A.P., el 46% consultaron por alteraciones del hábito intestinal, el 23% por rectorragias, un 20.6% por dolor abdominal, y el resto por síndrome general (0.79%), anemia (7.9%) o síntomas anales como dolor o tenesmo (1.6%).

El 5.3% de los sujetos fallecieron antes del final del estudio, y casi al 15% se les realiza una colonoscopia durante el periodo de seguimiento debido a indicación derivada de síntomas y exploración física (siguiendo los protocolos vigentes en nuestra comunidad). De ellos presenta un resultado anormal el 64%, de los cuales un 11% presentaron un adenoma avanzado (>10mm, vellosos o con displasia de alto grado).

### CONCLUSIONES

Las mujeres con alteraciones del ritmo intestinal y detección de adenomas en la colonoscopia constituyen el perfil inicial de los pacientes de nuestro estudio.

Para este proyecto se concedió una beca FIS del Instituto de Salud Carlos III con expediente número P117/00837.

## RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

## Manejo compartido de la patología digestiva entre atención primaria y digestivo: motivación y utilidad de la e-consulta

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 53

Néstor J. Sánchez Sánchez, Mercedes A. Hernández Gómez, Pedro Castro Fernández, María Isabel Gómez Fernández, Eloy Sánchez Hernández, Joaquín Cubiella Fernández

### OBJETIVO

Las estrategias de manejo compartido en patología digestiva, basadas en la e-consulta y en protocolos conjuntos, pueden incrementar la eficiencia de los procesos diagnósticos y terapéuticos. Sin embargo, se desconoce la motivación y la utilidad de la e-consulta en nuestro medio. El objetivo de este estudio es analizar los motivos de solicitud de las consultas no presenciales, la respuesta a las mismas y la actuación posterior.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo en nuestra área sanitaria en la que se evaluaron las e-consultas realizadas en enero 2019. Se recogieron las variables demográficas del paciente, el motivo de consulta (diagnóstico, manejo y/o revisión), la respuesta (diagnóstico, manejo y/o derivación/revisión) y la recomendación realizada (analítica, endoscopia, prueba de imagen, tratamiento) y si ésta se llevó a la práctica.

### RESULTADOS

Se analizaron 270 consultas (3,7% perdidas). La edad media de los pacientes fue de 59 años (DE 1,2) y el 54,5% eran mujeres. La e-consulta se realizó para evaluación diagnóstica en el 72,1%; para manejo en el 19,7% y para revisión en el 21,3%. El especialista en aparato digestivo estableció una recomendación diagnóstica en el 68,4%, evaluación del tratamiento en el 20,5% y derivación o revisión en el 41,4% de los casos. El especialista recomendó realizar un estudio analítico en el 17,6% (81,4% realizadas), una endoscopia en el 29,5% (81,9% realizadas), una prueba de imagen en el 9% (86,4% realizadas) y un tratamiento en el 13,5% de los casos (48,5% realizado).

### CONCLUSIONES

La mayor parte de las e-consultas realizadas por los médicos de familia son relativas al proceso diagnóstico y no contienen únicamente un motivo de consulta. Las recomendaciones de los gastroenterólogos referidas a las pruebas complementarias son llevadas a cabo en gran parte de los casos, siendo el cumplimiento más escaso en relación a los tratamientos.

## RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

## Asociación entre la participación en actividades preventivas. Estilos de vida y cribado de cáncer colorrectal

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 54

N. García-Verdugo Jiménez-Eguizabal, M. Menéndez Rodríguez, N. García Morales, B. López Gómez, C. Menéndez Villalba, J. Cubilleta Fernández, T. Seoane Pillado

### OBJETIVOS

La participación en los programas de cribado de cáncer colorrectal (CCR) es clave en la efectividad de esta estrategia preventiva. Aunque se recomienda que supere el 65% de la población invitada, en nuestro país la participación se sitúa en el 58%. El objetivo de este estudio es analizar la relación entre los estilos de vida y la participación en actividades preventivas.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico de casos (n=248) y controles (n=194) realizado en tres centros de salud.

Se consideraron casos aquellos individuos que tenían registrada en la historia clínica electrónica su participación. Se analizó el efecto de las variables sociodemográficas, antecedentes de neoplasias y participación en otras estrategias preventivas en la participación en el programa.

Realizamos un análisis descriptivo de las variables incluidas y determinamos si existían diferencias estadísticamente significativas mediante la prueba de Chi-cuadrado y el test de Student.

### RESULTADOS

La edad media fue de 59.4±5.2 años; el 54.8% eran mujeres, el 74.4% no fumaban y el 25.5% eran abstemios. El 58.9% tenían estudios universitarios y el 43.8% trabajaban como gerentes o profesionales liberales. Respecto a las variables clínicas, tenían antecedentes personales de neoplasias el 11.0%, el 20.0% antecedentes familiares de CCR y un 55.5% antecedentes familiares de otras neoplasias. Participaron en la campaña de vacunación antigripal el 32.5%, un 95.9% de las mujeres realizaron mamografías y un 78.8% citologías de cérvix. En el análisis bivariado, los pacientes que participaron en el cribado de CCR fueron significativamente de mayor edad (casos=60.33, controles=58.33 años; OR=1.08, IC95%=1.04-1.12), participaron más en las campañas de vacunación antigripal (casos=39.5%, controles=22.8%; OR=2.21, IC95%=1.42-3.43) y, en el caso de las mujeres, realizaron más mamografías (casos=100%, controles=91.9%; p=0.001).

### CONCLUSIONES

La participación en el programa poblacional de cribado de CCR se asocia con la mayor edad y con la participación en otras estrategias preventivas.

## RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

## Relación entre variables sociofamiliares y la participación en un programa poblacional de cribado de cancer colorectal

Nerea Garcia-Verdugo Jimenez-Eguizabal, Martín Menéndez Rodríguez,  
Natalia García Morales, Luis Menéndez Rodríguez, Bea López Gómez, Joaquín Cubiella Fernández

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 55

### OBJETIVOS

La participación en los programas de cribado de cáncer colorectal (CCR) es clave en la efectividad. Aunque se recomienda que supere el 65%, en nuestro país la participación es del 58%. El soporte sociofamiliar es una variable protectora y queremos analizar su efecto en el cribado de CCR.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico de casos (n=248) y controles (n=194). Recogimos 77 variables y las que presentaban significación estadística en un análisis bivariante se introdujeron en un modelo de regresión logística.

### RESULTADOS

Edad media 59.4±5.2 años, 54.8% mujeres, pareja estable el 72.1%, 75.1% de los individuos pertenecían a una familia nuclear. Media de contactos sociales 10.3±7.8, el 31.4% presentaban redes sociales medias o bajas, el 19.9% tuvo AVE de alto impacto, el 23.9% refería sentirse ansioso/deprimido y el 78.9% afirmaba que las decisiones importantes de la familia se tomaban en conjunto. Detectamos una asociación estadísticamente significativa entre la adhesión al programa con la edad (casos=60.33, controles=58.33 años; OR=1.08, IC95%=1.04-

1.12), tener pareja estable (casos=78.6%, controles=63.2%; OR=2.14; IC95%=1.38-3.32), vivir en una familia nuclear (casos=79.8%, controles=68.4%; OR=1.73; IC95%=1.09-2.72), tener una red social amplia (casos=74.3%, controles=60.8%; OR=1.86, IC 95%=1.22-2.84), sentirse ansioso/deprimido (casos=20.2%, controles=29.2%; OR=0.61, IC 95%=0.38-0.96), tener siempre alguien que les lleve al médico (casos=77.6%, controles=63.5%; OR=2.68, IC 95%=1.21-5.98) o tener AVE de alto impacto (casos=15.2%, controles=26.5%; OR=0.49, IC 95%=0.30-0.81). En el análisis multivariante, las variables que se asociaron de forma independiente con la participación en el programa de cribado fueron la edad (OR=1.05, IC 95%=1.01-1.1), tener pareja estable (OR=1.82, IC 95%=1.15-2.88), una red social amplia (OR=1.71, IC 95%=1.1-2.66) y tener alguien que les lleve al médico (OR=1.59, IC 95%=1.01-2.66).

### CONCLUSIONES

Encontramos una relación independiente entre la participación en los programas poblacionales de cribado de CCR y diversas variables sociofamiliares a tener en cuenta en el diseño de estrategias para incrementar la adhesión.

## RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

## Manejo compartido de la patología digestiva entre atención primaria y digestivo: satisfacción de los médicos de familia con la e-consulta

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 56

Néstor J. Sánchez Sánchez, Mercedes A. Hernández Gómez, Pedro Castro Fernández, María Isabel Gómez Fernández, Eloy Sánchez Hernández, Joaquín Cubiella Fernández

### OBJETIVO

Las estrategias de manejo compartido en patología digestiva, basadas en la e-consulta y en protocolos conjuntos, pueden incrementar la eficiencia de los procesos diagnósticos y terapéuticos. El objetivo del estudio es analizar la satisfacción de los MF con la e-consulta en nuestro medio.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal basado en encuestas anónimas. Se envió mediante correo electrónico corporativo una encuesta de satisfacción a los MF del área (254 cupos). Se recogió edad, tamaño del cupo, ámbito de trabajo, si tenían docencia y el número de e-consultas realizadas anuales. La encuesta de satisfacción (escala Likert de 1 a 5) evaluaba facilidad, tiempo de respuesta, utilidad, eficacia y satisfacción global. Realizamos un análisis descriptivo global y determinamos si existían diferencias en la satisfacción en función de las características de los médicos usando el test de Chi-cuadrado y la prueba de Kruskal-Wallis

### RESULTADOS

Recibimos 63 encuestas (24%). El 60% de los médicos tenían más de 55 años, el 71% realizaban entre 20-100 e-consultas/año; el 50% trabajaban en el rural y el 82,3% eran docentes. Las puntuaciones en las diferentes dimensiones de la encuesta fueron: facilidad de solicitud=4,4/5 (DE 0,6); tiempo de espera=4,4/5 (DE 0,6); facilidad de encontrar respuesta=4,3/5 (DE 0,7); utilidad de la información=4/5 (DE 0,8); derivación del paciente=3,8/5 (DE 1,1) y satisfacción global con la e-consulta=4,0/5 (DE 0,8). El 74,6% de los facultativos estaban satisfechos/muy satisfechos, sin encontrar diferencias en función de edad ( $p=0,7$ ), ámbito de trabajo ( $p=0,08$ ), docencia ( $p=0,7$ ), cupo ( $p=0,4$ ) y número de e-consultas ( $p=0,8$ ).

### CONCLUSIONES

La satisfacción de los facultativos de atención primaria con la e-consulta a digestivo es buena, independientemente de edad, frecuencia de solicitud, tamaño del cupo y las características del centro de salud en el que trabaja.

## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

## Análisis del papel de las aptitudes personales como determinantes de la incidencia de morbilidad, estilos de vida, calidad de vida, uso de servicios y mortalidad

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 57

Sabela Couso Viana, Clara Guede Fernandez, Pedro Castro Fernández,  
Laura María Reigía Couto, Álgvar Sáez Marina, Ruth Martí Lluch

### HIPÓTESIS

- ¿Las aptitudes personales relacionadas con las conductas positivas estarán asociados de manera independiente a menor incidencia de morbilidad?
- ¿Los determinantes personales relacionados con las conductas positivas estarán asociados de manera independiente a menor mortalidad por todas las causas, a la adopción de estilos de vida saludables, mejor calidad de vida y menor utilización de servicios de salud en el seguimiento?

### METODOLOGIA

#### DISEÑO:

Estudio multicéntrico: Participantes: 3083 pacientes de 35-74a de 9 CCAA. Seguimiento: 5 y 10 años.

VARIABLES INDEPENDIENTES. Autoeficacia: escala de Sherer. Activación: Cuestionario de Activación del Paciente. Resiliencia: escala Connor-Davidson. Alfabetización en Salud: cuestionario HLS-EU-Q16 Locus del control: pregunta, 6 opciones, escala tipo Likert. Personalidad: Big Five Inventory

VARIABLES DEPENDIENTES. Morbilidad para patologías seleccionadas. Mortalidad por todas las causas. Estilo de vida

#### ANÁLISIS CUANTITATIVO. Análisis descriptivo

Mortalidad global: incidencia y Kaplan-Meier estratificando por las distintas variables categóricas y región

Asociaciones en la línea de base de la cohorte: modelos lineales generalizados multinivel

Morbilidad: incidencia con un modelo de Cox para cada una de las 6 variables independientes, ajustados por las covariables indicadas

Incidencia de las variables dependientes: modelos de Cox, ajustados por las covariables.

#### ANÁLISIS CUALITATIVO: Análisis de tipo explicativo.

Desde la perspectiva fenomenológica: análisis de contenido temático interpretativo con el soporte del programa Atlas-Ti, que se triangulará entre distintos miembros del equipo investigador

CEIC IDIAP JORDI GOL CÓDIGO 19/150-P

BECA DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III. EXPEDIENTE PI19/00434

## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

## Correlación entre pacientes y terapeutas de acuerdo con la escala Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR)

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 58-59

Rosa Belen Pérez Ramos, Juan Camilo Zuleta Valencia, Angeles Reinoso Rey, M<sup>a</sup> José Varela Estevez, M<sup>a</sup> José Fernández Domínguez, Silvia García Saiz

### ANTECEDENTES:

Ser capaz de medir la alianza terapéutica puede proporcionar una idea de por qué algunas intervenciones funcionan en atención primaria y otras no. Otra aplicación podría ser la enseñanza y el entorno clínico donde la retroalimentación directa de los pacientes podría ayudar a mejorar la relación terapéutica y las habilidades de consulta entre los médicos de cabecera jóvenes. El grupo de trabajo de EGPRN, TATA, tradujo Working Alliance Inventory-Short Revised scale (WAI-sr) a cinco idiomas europeos.

### OBJETIVO PRINCIPAL.

Analizar la correlación entre pacientes y médicos de familia según el WAI-sr traducido y adaptado para España en un estudio de investigación europeo

### METODOLOGÍA DEL ESTUDIO:

#### Material y métodos

##### 1. Diseño de estudio:

Estudio observacional, multicéntrico, comparando los resultados del WAI-sr de médicos de familia y sus pacientes.

##### 2. Tamaño muestral:

Aceptando un error tipo I de 0.05 y un error tipo II de 0.1 en un estudio bilateral, tenemos 28 pacientes por médico, con un tamaño muestral total de 112 pacientes correspondientes a los 4 médicos de familia que intervienen en el estudio, con la hipótesis de un coeficiente de correlación de 0.6. La pérdida de seguimiento se ha estimado en un 10%.

Se iniciará el estudio en la última semana de febrero de 2020, se sorteará de esa semana el día de inicio del mismo y posteriormente se cogerán los cinco primeros pacientes de cada día a partir del primero, hasta completar los asignados a cada médico.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Todos los pacientes mayores de 18 años que acuden a la consulta, que no tengan ninguna deficiencia psíquica y que firmen el consentimiento informado.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes menores de 18 años.

Pacientes que no aceptan entrar en el estudio tras leer el consentimiento informado

#### 3. *Ámbito de realización:*

Dos centros de salud urbanos y dos rurales

#### 4. *Instrumento*

La WAI-sr versión en español. Existe una versión para pacientes y otra para profesionales.

Una vez terminada la consulta se pasará el WAI-sr al médico y cuando salga de la misma el paciente, se le pasará la WAI-sr del paciente por la enfermera o médico residente del equipo de atención primaria, previa firma del consentimiento informado en una consulta independiente a la del médico de familia, será totalmente anonimizada dado que tanto la del paciente como la del médico sólo llevarán un número correspondiente.

#### 5. *Variables de estudio:*

WAI-sr para paciente y médico de familia.

Paciente: sexo, edad, nivel de estudios.

MF: edad, sexo, años de experiencia profesional, antigüedad en el centro de salud actual.

#### 6. *Análisis estadístico:*

Realizaremos un análisis descriptivo, donde se analizarán las puntuaciones de los pacientes y los médicos de familia. Pearson o Spearman se aplicarán para analizar la correlación entre pacientes y profesionales. En las dos escalas (pacientes y profesionales) se evaluará la consistencia interna de la escala total de WAI-SR utilizando el alfa de Cronbach. Se realizará un análisis factorial para determinar si la estructura original (objetivos, tareas y vínculos) fue replicada y si surgió un factor de orden superior de la alianza terapéutica. La influencia de los factores pacientes y profesionales en la correlación se analizará con modelos lineales generalizados.

En todos los análisis se considerará estadísticamente significativas las diferencias con  $p < 0.05$ . Los análisis se realizarán

utilizando SPSS 22.0, Epidat 4.2 y el software libre R (<http://www.r-project.org>) .

### **RESULTADOS:**

---

Es un estudio en curso, los resultados aún no se han recopilado.

### **CONCLUSIONES:**

---

Ofrecemos a los médicos una forma precisa de evaluar su propia práctica y mejorar su alianza terapéutica con sus pacientes.

Puntos para la discusión: Utilidad de una escala validada que puede mejorar la alianza terapéutica. Diferencias entre medio rural y urbano.

### **ASPECTOS ÉTICO-LEGALES:**

---

Estudio aprobado por el CEIC de Pontevedra-Vigo-Ourense con el código de registro : 2019/588.

Este es un estudio multicentrico.

## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

## Evaluación desde atención primaria de la calidad de vida en el contexto de pandemia por COVID-19 mediante EQ-5D-5L

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 60

Alba Pons Revuelta, Helena Abadín Carcedo, Carmen Santos Novas,  
María Rosario Lago Fernández, Mar Serrano González, Fabiola J. González de Oliveira

### OBJETIVO

Evaluar la evolución de la calidad de vida de la población mediante la encuesta EQ-5D-5L en el contexto de las medidas adoptadas en el estado de alarma declarado por la pandemia de COVID-19.

### MATERIAL Y MÉTODOS

**Diseño:** Estudio observacional de cohorte prospectivo.

**Lugar de realización y nivel de atención sanitaria:** Centro de Salud, Atención Primaria.

**Criterios de selección:** ser mayor de 18 años, residir en el municipio y estar adscrito al Centro de Salud, dar su consentimiento informado.

**Número de sujetos necesarios:** 100 personas.

**Muestreo:** Aleatorización simple.

**Mediciones e intervenciones:**

- Primera fase: aleatorización, captación y reclutamiento, inclusión en el estudio previo consentimiento informado y primera entrevista (datos sociodemográficos y encuesta EQ-5D-5L).
- Segunda fase: transcurridos 6 meses se realizará de nuevo telefónicamente la EQ-5D-5L.
- Tercera fase: transcurridos 6 meses de la segunda llamada, consistirá en una última EQ-5D-5L y una encuesta semiestructurada.

**Variables a estudio:** sexo, edad, nivel de estudios, apoyo, DM, HTA, patología osteoarticular, EPOC/ Asma, cardiopatía isquémica y/o insuficiencia cardiaca, movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión, EVA, empleo previo, aumento horas de cuidado, aplazamiento citas, ajustes medicación crónica, etc.

**Análisis estadístico:** análisis descriptivos de las principales variables (demográficas, EQ-5D-5L, encuesta semiestructurada). Se analizarán las diferencias por sexo y grupos de edad. Se considera p significativa si  $<0,05$ .

**Limitaciones del estudio:** la participación y el seguimiento temporal de los pacientes una vez levantadas las medidas impuestas.

### APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS

Valorar los efectos que han tenido las diferentes medidas impuestas por la declaración del estado de alarma sobre la calidad de vida de la población.

### ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Compromiso de respetar los principios fundamentales de la Declaración de Helsinki y el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y biomedicina así como toda la legislación vigente relacionada con el estudio. El manejo y la base de datos cumplirá los requisitos del Reglamento de la UE 2016/679 y de la Ley Orgánica 3/2018.

CEIC si

## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

## Modelización y efectividad de una intervención educativa para el desarrollo de competencias profesionales en residentes de Atención Familiar y Comunitaria (proempatía)

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 61

Sabela Couso Viana, Ángela C Asensio Martínez, Jerónima Miralles Xamena, Clara González Formoso, Fátima Dios Mosquera, Ana Clavería Fontán

### OBJETIVO:

Evaluar la efectividad de una intervención educativa en residentes de Atención Familiar y Comunitaria (MIR y EIR) para mejorar la empatía. La intervención se diseñó para que adquieran o mejoren competencias personales mediadoras en los procesos de bienestar que podrían tener influencia en el síndrome de agotamiento profesional y éste inversamente en la empatía.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio de intervención ante-post con grupo control durante la formación especializada para residentes de la Unidad Docente Multiprofesional (UDM), promociones 2020-2022, MIR y EIR. Los controles serán sus coetáneos de otras dos UDM de España. Se reclutarán todos los residentes de estas promociones que quieran participar en el estudio (262). La intervención formativa planificada específicamente, consta de 3 talleres presenciales anuales por promoción. Se cuantificará la variación en nivel de empatía, percibida por un observador externo, de entrevistas realizadas por residentes con paciente simulado, evaluadas por cuestionario CARE; así como la diferencia en "burnout" medida por el cuestionario Copenhague

(CBI). Resultados secundarios: cambios en la empatía auto-percibida (IRI), locus de control, resiliencia (Connor-Davidson), autoeficacia (GSES), apoyo social (Oslo-3) y su influencia en el síndrome de agotamiento profesional, ajustados por edad, sexo, personalidad (TIPI-SP v2) y otros factores organizativos. Se realizará la validación en español del cuestionario CARE y se comparará la empatía autopercebida con la observada. Análisis estadístico con modelos GLM y GAM.

**APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS:** Promoción de autocuidado y mejora competencias emocionales en los residentes de AFC, este se traducirá en un incremento de empatía que repercutirá en los equipos y pacientes con los que se relacionan laboralmente.

**ASPECTOS ÉTICO-LEGALES:** El estudio cumple todas las normas actuales y está pendiente del CEIC.

**FINANCIAMIENTO:** se ha solicitado financiación FIS para el desarrollo del proyecto.

**MULTICÉNTRICO:** junto con unidades docentes de Aragón y Baleares.

## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

## Mejorando las oportunidades en atención primaria y defensa de la violencia familiar

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 62

Rosana Izquierdo-Fernández, Carmen Fernández-Alonso, Raquel Gómez-Bravo, Sara Ares-Blanco, Laura Otero-Gómez, Ana Clavería Fontán, Leo Pas-Lodewijk

### OBJETIVOS

Desarrollar un consenso nacional y multinacional de atención efectiva a la violencia familiar en AP. Posteriormente, formular una guía para promoverla e implementarla teniendo en cuenta las diferencias por país.

El nodo de Galicia analizará la situación del maltrato en el anciano.

### MATERIAL E MÉTODOS:

Estudio mixto internacional y multisectorial.

En la primera fase se hará un análisis de la situación en cada país, recopilando literatura, protocolos o políticas para hacer una descripción básica de acuerdo a una lista de comprobación común. Se complementará esta información con una encuesta a informantes clave de diferentes ámbitos.

En la segunda fase, por método Delphi, mediante cuestionarios a expertos en rondas sucesivas con feedback, se consensuará el método para identificar necesidades e implantar intervenciones en AP de cada país participante.

En la tercera fase se analizará su aceptabilidad y viabilidad. Las respuestas de cada país, codificadas de acuerdo a una metodología común, se puntuarán en función de su potencial contribución nacional e internacional.

### APLICABILIDAD DOS RESULTADOS ESPERADOS

Las guías internacionales precisan adaptarse en su aplicación local, teniendo en cuenta instalaciones, servicios o cultura.

Los resultados pueden suponer una oportunidad de mejora en la atención a nivel particular en las consultas así como organizativo.

En un futuro, se pretende desarrollar una propuesta de implementación internacional.

### ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

La recopilación de datos estará en línea con las regulaciones GDPR. Pendiente su solicitud.

**Financiamiento:** WONCA, EUROPREV, EGPRN

**MULTICÉNTRICO** – si, internacional

## COMUNICACIÓNS DE EXPERIENCIAS

## 2º PREMIO Á MELLOR COMUNICACIÓN ORAL

## Unidade virtual do pé diabético

Pons Revuelta A, Regueiro Martínez A.A, Rosendo Fernández JM,  
Sánchez Sobrino P, Fransi Galiana LR, Couto Mallón D.

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Páxs. 63

### XUSTIFICACIÓN

Na nosa área sanitaria, a atención a un paciente con úlcera de pé diabético préstase de forma fragmentada por parte dos servizos de Endocrinoloxía, Anxioloxía e Cirurxía Vascular e a Unidade de Feridas. Este procedemento pretende crear un espazo especializado de atención aos pacientes con úlcera de pé diabético. Enfermeiras e médicos do ámbito de Atención Primaria dos nosos Centros de Saúde poderán derivar a un paciente diabético que presente complicacións a unha unidade multidisciplinar que preste atención de forma áxil e efectiva.

### OBJETIVOS

Estandarizar as revisións do pé diabético segundo o risco de desenvolver complicacións.

Definir un circuíto de atención aos pacientes que presenten un pé diabético de categoría 2 ó 3 que mellore os tempos de acceso e a adecuación do tratamento e os coidados.

Diminuír o número de amputacións

### DESCRIPCIÓN DA EXPERIENCIA

Na consulta de Atención Primaria, contémpanse varias actividades: anamnese, exploración, imaxe do pé (foto das lesións), datos analíticos, clasificación do paciente segundo risco:

- Categoría 0: Controis en Atención Primaria anuais
- Categoría 1: Controis en Atención Primaria semestrais
- Categorias 2 e 3: Remisión mediante e-consulta á UVPD.

Na UVPD valorárase de maneira non presencial a consulta recibida, de xeito coordinado entre Unidade de Feridas, Endocrinoloxía e Cirurxía Vascular. Nesta valoración decidírase:

Informe de recomendacións ao profesional solicitante (medicina ou enfermería)

Citar presencialmente ó paciente (con carácter preferente), segundo as necesidades de actuación.

### CONCLUSIÓNS

A UVPD e un exemplo de xestión integrada que xurde dende Atención Primaria, multidisciplinar e inclusiva a todos os profesionais intervinentes.

O paciente beneficiárase da axilidade da derivación e da actuación.

### APLICABILIDADE

Esta experiencia é aplicable a outras áreas sanitarias e incluso a outras patoloxías que o precisen.

## COMUNICACIONES DE EXPERIENCIAS

## Algo farias. El estigma de las enfermedades infecciosas en tiempos de COVID-19

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 64

Alba Pons Revuelta , Helena Abadín Carcedo

### OBJETIVOS

Abordar el estigma y las consecuencias que generan las enfermedades infecciosas a través de la vivencia personal de dos profesionales sanitarias convertidas en pacientes.

### DESCRIPCIÓN

Al inicio de la tercera ola estuvimos aisladas, una con infección por SARS-CoV-2 y otra como contacto estrecho. Además del miedo a haber podido contagiar a otras personas y a una mala evolución clínica, fuimos sometidas a un juicio público en nuestro entorno laboral. Se nos acusó de irresponsables, de malas médicas e incluso de merecedoras de lo que nos estaba pasando.

Estigmatización se define como afrentar o infamar, es decir, quitar la fama, honra y estimación a alguien. Mucho se ha publicado sobre las repercusiones del estigma en las enfermedades infecciosas a lo largo de los últimos siglos y, a pesar de ello, seguimos repitiendo los mismos errores.

Como sanitarias, juzgamos a nuestros pacientes constantemente: sobre los motivos de consultas urgentes, sobre el manejo de sus patologías crónicas, etc.; e invertimos más tiempo en criticar, culpar, aleccionar y castigar que en intentar entender las razones y circunstancias que les rodean y condicionan su vida, muchas veces sin ser conscientes de las repercusiones que puede conllevar.

### CONCLUSIONES

El estigma que existe sobre las enfermedades transmisibles puede llevar a adoptar conductas inducidas por el miedo, como ocultar síntomas o no declarar contactos. Esto, además del estrés añadido que supone, no afecta únicamente a la salud individual, sino que pone en peligro la salud pública, favoreciendo la propagación de agentes infecciosos.

### APLICABILIDAD

Concienciar al conjunto de profesionales sanitarios de las situaciones que pueden desencadenarse de forma secundaria a sus actos y/o opiniones, ya sea hacia otras compañeras o hacia los propios pacientes, y las consecuencias que la estigmatización de las enfermedades infecciosas puede tener sobre la expansión de las mismas.

## COMUNICACIONES DE EXPERIENCIAS

## Programa de desarrollo personal para residentes. Una visión integrativa

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 65

Méndez Iglesias S.M.

Si algo define a la Atención Primaria es: ser uno de los principales escalones (tal vez el primero) del Sistema Sanitario.

Durante la formación académica y de especialidades frecuentemente se priorizan los aspectos somáticos de la profesión, descuidando el ámbito de los pensamientos y las emociones, sobre todo las del propio profesional, que se relega a un segundo plano.

Mediante el abordaje de esos aspectos mentales y emocionales se construye la motivación, la empatía, las relaciones interpersonales, la autoestima, y el sano compromiso con la profesión, con los vínculos y con uno mismo.

### OBJETIVOS

- Promover un cambio en el desarrollo profesional y personal de los residentes de MFyC. y Enfermería, hacia una perspectiva más integral, con la que aprendan a cuidar también de sus propias necesidades, y desarrollar competencias emocionales que les permitan afrontar su trabajo con ilusión y compromiso, sin quemarse.
- Fomentar la participación activa de los especialistas en formación en los equipos y en la consulta, asumiendo responsabilidades con una sana autoestima y confianza y así, poder ser ellos mismos los promotores de la salud y las actividades vinculadas a ella, tanto en su propio ámbito comunitario como en colaboración con otros profesionales sanitarios.

### DESCRIPCIÓN

Se abordan los siguientes temas: Gestión Emocional, Auto-cuidado, Habilidades en Comunicación, Cultivo de Empatía y Compasión, Gestión de Estrés Crónico y Burnout, Autoconfianza, Autoestima, Construcción de Relaciones Interpersonales (Equipos, entorno, pacientes), Motivación y Liderazgo (toma de decisiones, gestión de la consulta).

Ello se realiza mediante talleres semipresenciales en los que, con disciplinas como el Coaching, Psicología Positiva, Inteligencia Emocional, técnicas contemplativas entre otras, se instrumentan dinámicas de equipos, ejercicios de comunicación, liderazgo, corporalidad, y escritura reflexiva y emocional; permitiendo esta última mantener entre cada taller, la posibilidad de repasar y aplicar los conocimientos y las técnicas impartidas

## COMUNICACIÓN DE EXPERIENCIAS

## Globalizando a Atención Primaria

Tamara Arias Sáez, Belén Santiso Vázquez, Antía Fernández Lorenzo, David Fernández Jiménez

**O BXETIVO DA EXPERIENCIA**

Coñecer dende a Atención Primaria e Comunitaria a diversidade cultural dunha cidade como Barcelona, e concretamente dun barrio multicultural como é o Raval, coa finalidade de aplicar ó día a día da Atención Primaria que realizamos en Galicia as diversas técnicas e métodos que utilizan noutras Comunidades Autónomas cando se enfrontan a persoas doutras nacionalidades.

**DESCRIPCIÓN DA EXPERIENCIA**

Rotación externa durante o mes de Setembro de 2019 no CAP Raval Sud, Barcelona. Un Centro de Saúde ubicado no barrio do Raval que atende a diversidade de culturas, permitindo unha comunicación médico-paciente terapéutica e cercana, que permite afondar en todo tipo de patoloxía sen risco de discriminación racial, sen medo ó estigma social e acortando diferenzas culturais tan presentes no noso país nos últimos anos.

Unha comunidade na que o 90% do cupo é poboación xoven, en situación socioeconómica precaria, a meirande parte en risco de exclusión social e culturalmente moi enriquecida coa inmigración. Contan coa figura de varias Mediadoras culturais e idiomáticas no Centro que facilitan a atención.

Tamén se aborda de forma integral unha patoloxía como son as drogodependencias, con tanta prevalencia en dita zona, no CAS Baluard. Un centro atendido por MAP, encargándose de adicións como a cocaína e a heroína predominantemente. Abordado dende unha visión de redución de danos, acompañado de dispensación de metadona e programas de intercambio de xeringas. Programa de importante impacto na Medicina Comunitaria e a intervención social.

**CONCLUSIÓN**

Redución do estigma social na Atención Primaria e Comunitaria coa poboación inmigrante e drogodependente que permita o acceso sen ningún tipo de barreiras idiomáticas, culturais nin sociais a Atención Sanitaria como Dereito Humano universal.

**APLICABILIDADE**

Permite a realización dunha asistencia sanitaria individualizada, cada vez máis adaptada o paciente e á diversidade cultural do noso país, realizando como consecuencia unha atención máis completa, unha atención biopsicosocial, unha Atención Familiar e Comunitaria.

## CASOS CLÍNICOS

## 1º PREMIO AO MELLOR CASO CLÍNICO

## Síndrome de Charlín-Sluder. A propósito de un caso

Grimán de Collantes Aurelysmar Pastora, Castaño-Carou Ana

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Páxs. 67

**MOTIVO DE CONSULTA:** otalgia

**HISTORIA CLÍNICA:** Paciente de 17 años con antecedentes de obstrucción nasal crónica por hipertrofia adenoidea (adenoidectomía en 2014), otitis media y externa de repetición, amigdalitis de repetición e hipertrofia de cornetes inferiores (radiofrecuencia en 2019).

Noviembre de 2020: Consulta por otalgia y bulto retroauricular derecho, odinofagia y fiebre que ceden con analgésicos.

Marzo de 2021: Consulta por exacerbación de la otalgia los días previos y persistencia del bulto retroauricular. Caracteriza el dolor como pulsátil, lancinante, irradiado a la zona occipital, sin preferencia horaria, se autolimita en minutos. Al examen físico otoscopia normal, nódulo pétreo sobre apófisis mastoides derecha, doloroso y no desplazable. Adenopatía en zona inferior de ángulo mandibular derecho, sin otros hallazgos.

**HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA:** Neuralgia vs. otalgia persistente. Se solicitaron: radiografía de cráneo, analítica con serologías (Epstein Barr, Citomegalovirus y Toxoplasmosis) y PAAF de ganglio de región mandibular, sin hallazgos significativos en todas ellas. Se realiza interconsulta a servicio de ORL y se pauta paracetamol.

**Interconsulta ORL:** es valorada y diagnosticada de Síndrome de Charlín-Sluder, que consiste en la irritación del ganglio esfeno-palatino y cursa con episodios de dolor facial unilateral, de minutos o días de duración, en este caso, secundaria a la radiofrecuencia de cornetes inferiores. Se comprobó el diagnóstico con la mejoría temporal del dolor posterior a la aplicación de anestesia local en zona de desviación septal derecha en contacto con el cornete medio derecho. Proponen tratamiento quirúrgico (septoplastia endoscópica superselectiva) como tratamiento definitivo.

Inicialmente la paciente rechaza la cirugía. Ante la persistencia de la clínica desde atención primaria se pauta carbamazepina y anestesia tópica con lidocaína obteniendo resultados favorables. Posteriormente acepta el tratamiento quirúrgico, actualmente en lista de espera.

**CONCLUSIONES:** Este caso clínico demuestra cómo desde atención primaria se hace un seguimiento continuado de los pacientes, con intervención terapéutica, aunque estén en evaluación hospitalaria.

## CASOS CLÍNICOS

## 2º PREMIO AO MELLOR CASO CLÍNICO

## Doctora, a veces me sangra el ombligo

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 68

Nerea Ares Furelos, Helena Abadin Carcedo,  
María del Rosario Lago Fernández, Ana María Romero García

**MOTIVO DE CONSULTA:** lesión umbilical.

### HISTORIA CLÍNICA:

**Antecedentes:** NAMC. Niega hábitos tóxicos. Antecedentes ginecológicos: G0. Ciclos de 28 días. No dismenorrea ni menorragia. FUR: semana previa. Tratamiento habitual: no.

**Anamnesis:** Mujer de 33 años que hace tres meses consultó por lesión umbilical con secreción serosa-sanguinolenta, cubierta con antibioterapia tópica. Reconsulta por lesión umbilical redondeada que mensualmente, coincidiendo con menstruación, presenta secreción sanguinolenta que cede espontáneamente en 4-5 días (aporta imágenes). No dolor asociado. No fiebre. No cambios en hábito deposicional. No dolor abdominal. No otra sintomatología asociada de nueva aparición.

**Exploración física:** BEG. Afebril. Lesión umbilical sobreelevada de aproximadamente 1cm y tonalidad violácea sin sangrado activo. No dolor a la palpación. Sin signos de infección.

**Juicio clínico:** Granuloma umbilical vs Endometriosis umbilical.

**Diagnóstico diferencial:** Granuloma piogénico. Granuloma a cuerpo extraño. Onfalitis. Hemangioma. Hernia umbilical. Endometriosis cutánea umbilical: nódulo de Villar. Enfermedad neoplásica gastrointestinal: nódulo de la hermana María José. Enfermedad de Crohn.

**Identificación de problemas:** Lesión umbilical con sangrado autolimitado que coincide con período menstrual.

**Tratamiento, plan de actuación:** Realizamos teleconsulta a Dermatología para completar estudio ante sospecha de endometriosis umbilical.

**Evolución:** Tras biopsia compatible con endometriosis se realiza interconsulta a Ginecología, que realiza ecografía sin observar lesiones ováricas ni líquido libre y RM abdomino-pélvica evidenciando focos milimétricos compatibles con endometriosis umbilical, sin otros implantes. Se inicia tratamiento con progestágeno (dienogest) durante 6 meses.

**CONCLUSIONES:** La endometriosis umbilical o nódulo de Villar es la forma primaria extrapélvica más común de endometriosis. Se trata de una presentación infrecuente y fácilmente confundida con otras entidades. A nivel de la pared abdominal suele aparecer sobre cicatrices de cirugías.

Con la presentación de este caso queremos reflejar la inclusión de la endometriosis cutánea en el diagnóstico diferencial de la patología umbilical en mujeres en edad fértil.

## CASOS CLÍNICOS

## Atropellos bovinos

Alba Pons Revuelta, Helena Abadín Carcedo, Ariel García-Bango Sosa

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 69

**MOTIVO DE CONSULTA:** Embestida de vaca.

### HISTORIA CLÍNICA

**Antecedentes personales:** No alergias medicamentosas conocidas, HTA. Tratamiento habitual: furosemida 40mg, olmesartán 40mg.

**Anamnesis:** Mujer de 75 años traída por el 061 en colchón de vacío y con collarín cervical tras ser embestida por una vaca. Refiere dolor costal y dorsal. No traumatismo craneal ni pérdida de conocimiento. No disnea ni otra sintomatología asociada.

**Exploración:** Buen estado general. Normocoloreada y normohidratada. Leve taquipnea. Auscultación cardio-pulmonar anodina. No deformidad torácica. Hematoma subcutáneo a nivel escapular bilateral. Dolor a la palpación de últimas costillas izquierdas, apófisis espinosas y musculatura paravertebral dorsal. Movilización dolorosa de hemitórax derecho. No dolor a nivel cervical ni lumbar. Abdomen blando y depresible, con molestias a la palpación en flanco izquierdo que impresiona de dolor referido de costado. Resto sin alteraciones.

**Pruebas complementarias:** Radiografía cervical, hombro derecho, tórax, parrilla costal izquierda y pelvis: sin evidencia de fracturas ni otra patología aguda. Analítica: creatinina 1.23, CK 266, Hb 11.9, leucocitos 13.320, resto sin alteraciones.

**Juicio clínico:** Policontusiones..

**Tratamiento y plan:** Metamizol 1 ampolla y dexketoprofeno 1 ampolla IV. Tras mejoría sintomática, alta a domicilio.

**Evolución:** La paciente acude a su Centro de Salud seis días después por dolor costal izquierdo, disnea, tos y expectoración, sin fiebre ni otra sintomatología asociada. A la exploración física presenta taquipnea e hipoventilación en hemitórax izquierdo con roncus aislados. Es derivada al servicio de urgencias para nueva valoración.

Tras las pruebas complementarias se evidencia insuficiencia respiratoria, fracturas costales izquierdas dobles y desplazadas (4°-10°), fracturas costales derechas desplazadas (3°-9°) y hemotórax bilateral. Tras hallazgos, se contacta con Cirugía Torácica, que acepta traslado e ingreso.

**CONCLUSIONES:** Este caso pretende recalcar la importancia del seguimiento de los pacientes politraumatizados, ya que los traumatismos torácicos tienen una elevada incidencia y una alta mortalidad, muchas veces secundaria a complicaciones evolutivas. Debido al mecanismo lesional de nuestro caso, hubiese estado indicada la realización de una TC ante unas radiografías iniciales aparentemente normales.

## CASOS CLÍNICOS

## Miastenia Gravis

Helena Abadín Carcedo, Dayana Surco López, Nuria Sarmentero González, Ana López Córdoba

**ANTECEDENTES:** Varón, 73 años, alergia a AAS y penicilina, asmático, dislipemia, hiperuricemia. TVP. Banda monoclonal IgG-Lambda e IgM-Kappa en seguimiento por hematología. Microcarcinoma papilar de tiroides con metástasis óseas a nivel lumbar. Se hizo tiroidectomía total, radioterapia de las lesiones metastásicas, cirugía lumbar y ablación con I131. IQ: tiroidectomía total, lumbar.

**ENFERMEDAD ACTUAL:** El paciente refiere visión doble y caída de los párpados.

**Exploración:** ptosis palpebral más marcada en OD, con fatigabilidad. En MOE diplopias verticales. Debilidad orbicularis oculi. Resto de la exploración neurológica normal. Discreta mejoría con test del frío.

Se solicita EMG fibra simple y se deriva al paciente a consulta de neurología sospechando enfermedad de la unión neuromuscular.

En consulta neurología: EMG fibra simple: compatible con enfermedad de la unión neuromuscular. EMG estimulación repetida: descarta Sd de Eaton-Lambert. Ac anti calnes Ca, y Ac anti MUSK: negativos. Ac anti RACh: positivos. TAC tórax: sin patología tímica.

Se diagnostica al paciente de Miastenia Gravis (MG) seropositiva y se inicia tratamiento con piridostigmina, con buena respuesta.

**CONCLUSIONES:** Se revisó la relación entre MG y otras patologías, tanto autoinmunitarias como neoplasias no tímicas.

Los pacientes diagnosticados de MG pueden sufrir exacerbaciones de la enfermedad, algunas iatrogénicas, que pueden desembocar en una crisis miasténica. Se debe tener en cuenta durante el manejo en consulta de primaria.

Varios estudios demuestran que existe un aumento de incidencia de enfermedades autoinmunes en estos pacientes, dato que debe conocerse para hacer un seguimiento adecuado del paciente.

Se ha descrito un aumento de incidencia de neoplasias no tímicas en pacientes con diagnóstico de MG.

Otro dato que debemos tener en cuenta es la asociación entre la toma de los nuevos tratamientos inmunológicos empleados en oncología y la descripción de alteraciones de la unión neuromuscular.

## CASOS CLÍNICOS

## Cuando no vamos al médico

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 71

Roca de Togados Cela Tiegang, Alonso Mozo María,  
Pons Revuelta Alba, Surco López Dayana Carolina

**MOTIVOS DE CONSULTA:** Presíncope. Debilidad MMII.

**HISTORIA CLÍNICA:**

**Antecedentes personales:** Sin alergias. Fumador. Dislipemia tratada con atorvastatina. No otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

**Enfermedad actual:** Varón de 54 años traído por el 061 por cuadro presincope. Refiere que cuadro presincope sin pérdida del conocimiento, ni traumatismo craneoencefálico, mientras se encontraba en el aseo acompañado de debilidad en las piernas. Niega dolor torácico de características anginosas ni otra sintomatología. A su llegada, cortejo vegetativo activo, con astenia y disnea.

**Exploración física:** Frecuencia cardiaca a 40 latidos por minutos. Resto de constantes y exploración normales, salvo bradicardia y ligeros edemas en piernas.

**Pruebas complementarias:** ECG: Ritmo sinusal a 40lpm con bloqueo auriculo-ventricular (BAV) de 3er grado. Elevación del ST en cara inferior con imagen especular. Radiografía de tórax: sin alteraciones. Analítica: Troponinas iniciales 44 mg/dl, que elevó en seriación posterior a 140. Glucemia 289mg/dl. Resto normal.

**Juicio clínico urgencias:** BAV III GRADO. IAMCEST de cara inferior.

**Tratamiento y planes de actuación:** Se monitoriza al paciente, se inicia doble antiagregación con protección gástrica y se contacta con cardiólogo de guardia, que indica administración de atropina y traslado.

**Evolución:** Tras administración de atropina se repite ECG, con resolución del BAV. En centro de referencia, se realiza angioplastia con colocación de stent farmacológico.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la Medicina de Familia):** Es frecuente que, entre la población adulta de mediana edad, exista un escaso contacto con los servicios sanitarios. Es por ello que mantener una actitud proactiva desde Atención Primaria es de vital importancia, tanto en la consulta, a nivel de detección precoz de factores de riesgo, tratamiento y prevención, así como a nivel comunitario y a nivel informativo.

## CASOS CLÍNICOS

## Desenmascando el dolor

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 72

Lúa Rodríguez Peña, Sara Velo García de Seáñez,  
Raquel Altamirano Rodríguez, María Belén González Pérez

**Motivo consulta:** cervicalgia

**ENFOQUE INDIVIDUAL:**

- **Antecedentes personales:** independiente para actividades básicas. Hipertensión arterial, dislipemia, colecistomizado, angiodisplasias yeyunales (gastrectomía parcial), trombosis mesentérica.
- **Anamnesis:** varón de 82 años acude por cervicalgia tras hospitalización sin antecedente traumático.
- **Exploración física:** afebril, apófisis espinosas cervicales no dolorosas, musculatura paravertebral bilateral dolorosa. Flexión, rotación limitada.
- **Tratamiento:** analgesia primer escalón.

**Identificador de problemas:** realiza cuatro asistencias urgentes a pesar de ajuste y escalada de tratamiento analgésico por empeoramiento: interferencias con el sueño, irradiación a miembros superiores, parestesias, sensación de inestabilidad. Se realiza exploración física exhaustiva siendo normal. Dado mal control analgésico se remite al servicio de urgencias. A su llegada experimenta deterioro brusco objetivando tetraparesia, obnubilación y apneas que derivan en parada cardiorrespiratoria, saliendo tras maniobras de reanimación cardiopulmonar. Presenta leucocitosis discreta y proteína C reactiva elevada. Se realiza tomografía computarizada cervical objetivando colección de 3 cm prevertebral (C4-C5) compatible con absceso invadiendo espacio epidural con posible compresión medular.

**Juicio clínico:** síndrome de compresión medular agudo secundario a absceso retrofaríngeo.

**Evolución:** dada la inestabilidad hemodinámica se realiza abordaje multidisciplinar: laminectomía descompresiva y drenaje de absceso (*Staphylococcus aureus* meticilin sensible) así como antibioterapia y mantenimiento de ventilación mecánica invasiva. En resonancia magnética se evidencia encefalopatía hipóxico-isquémica significativa. Ante mal pronóstico vital-funcional se acuerda con la familia medidas de no intervención desencadenando el fallecimiento del paciente.

**Conclusiones:** el dolor es un síntoma subjetivo inherente al paciente. Desde el punto de vista de Atención Primaria es importante realizar un correcto abordaje que nos permita alcanzar un buen control del mismo para que el paciente encuentre el confort; así como también realizar una aproximación diagnóstica adecuada. Primero ante determinados síntomas debemos sospechar aquella patología más habitual, en este caso perfil osteomuscular, siempre teniendo en cuenta datos de alarma (mal control analgésico, síntomas de nueva aparición, interferencia con el sueño...) que desenmascaren patología de gravedad que requerirá una actuación precoz y urgente que permita mejorar el pronóstico del paciente, aunque no siempre sea posible.

## CASOS CLÍNICOS

## Diagnóstico de un melanoma en tiempos de Covid

Mar Serrano González, Víctor Manuel Lois López, Fabiola José González De Oliveira

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 73

**MOTIVO DE CONSULTA:** Lesión dolorosa en pie

**HISTORIA CLÍNICA**

1. **Antecedentes personales:** NAMC. HTA, DLP, Obesidad. HBP. Adenocarcinoma de recto. Tratamiento domiciliario: dafiro y simvastatina.

2. **Anamnesis:** Paciente de 78 años, que acude de forma presencial al Centro de Salud sin cita, en tiempos de covid, solicitando recetas. Aprovechando la visita, consulta a la enfermera por lesión dolorosa en pie de 5 años de evolución tras traumatismo, con empeoramiento de aspecto desde hace 4 meses.

3. **Exploración:** Macroscópica: Lesión nodular sobrelevada, simétrica, de 2,5 cm de diámetro, bordes irregulares, con coloración negruzca y aspecto ulcerado. Dermatoscopio: Lesión melanocítica con retículos pigmentados atípicos, proyecciones radiales y velo azul-blancuecino.

4. **Enfoque familiar y comunitario:** Jubilado, independiente, convive con familiares cercanos (mujer e hija), segunda residencia en Buenos Aires.

5. **Juicio clínico:** Melanoma Nodular vs. Melanoma Lentiginoso Acral

6. **Plan:** Interconsulta a Dermatología. Vía rápida Melanoma.

7. **Evolución:** Una semana después de la interconsulta, el paciente es citado en consultas externas de Dermatología donde confirman nuestra sospecha, diagnosticándolo finalmente de melanoma y realizando la exéresis del mismo al cabo de una semana. Dos días más tarde acude al CS por mala evolución de la herida a pesar de tratamiento antibiótico por lo que tras ser valorado en comité, se propone una ampliación de márgenes que acaba resultando en una amputación transmetatarsiana.

8. **Estudios complementarios:** AP: melanoma infiltrante de extensión superficial T4a. PET-TAC: adenopatías inguinales izquierdas. Eco-PAAF: sin evidencia de proceso neoplásico

9. **Diagnóstico:** Melanoma infiltrante de extensión superficial

10. **Conclusiones:** Este caso clínico demuestra como la AP, a pesar de la pandemia mundial por COVID-19, continuó atendiendo a pacientes de forma presencial, sin demorar diagnósticos graves e incluso dedicándole más tiempo a dichas patologías, gracias a la capacidad para filtrar consultas con el modelo de agenda mixto (presencial-telefónico).

## CASOS CLÍNICOS

## Do abdome distendido á esplenomegalia: a ecografía como clave no enfoque diagnóstico

Pablo Otero Fernández, Nerea López Ocaña, Ana Losada Abalo, Noemi Vázquez Rodríguez

Cad. Aten. Primaria  
Ano 2021  
Volume 27(3)  
Páxs. 74

**Motivos de consulta:** dor abdominal.

**HISTORIA CLÍNICA:**

• **Enfoque individual:** muller de 20 anos, sen antecedentes de interese, procedente da República Dominicana e residente en España dende hai 6 meses, que acude ao seu médico de atención primaria por molestias ocasionais en hipocondrio esquerdo dun ano de evolución e inchazón abdominal flutuante. Ademais, nos últimos 3 meses presenta astenia, adelgazamento de 4 kg e empeoramento da dor.

Presenta un efecto masa en todo o hemiabdome esquerdo, polo que se realiza ecografía a pé de cama na que se obxectiva esplenomegalia xigante. Derívase ao hospital, onde ingresa tras realizarse analítica de sangue (pancitopenia) e ecografía regrada que confirma a esplenomegalia (>35 cm craneo-caudais).

Durante o ingreso, realízanse biopsia de médula ósea e determinacións encimáticas que suxiren enfermidade de Gaucher. As radiografías óseas non mostraron alteracións.

• **Enfoque familiar e comunitario:** sen antecedentes familiares de esplenomegalia.

• **Xuízo clínico:** enfermidade de Gaucher tipo I. O diagnóstico diferencial realizouse fundamentalmente con leishmaniasis visceral e un proceso hematolóxico con manifestacións atípicas.

• **Tratamento:** pendente da aprobación de tratamento substitutivo con imiglucerasa.

• **Evolución:** durante a súa estancia hospitalaria, que se prolongou a un mes, a paciente permanece estable a pesares da escasa resposta ás transfusións que se lle realizan. De acordo coa paciente, procédese a alta con limitación da actividade física.

**Conclusións:** a enfermidade de Gaucher é unha rara enfermidade autosómica recesiva por depósito lisosómico. A máis frecuente (90 %) é a de tipo I, asociada con hepatoesplenomegalia, anomalías óseas e citopenias. Para o diagnóstico é fundamental a determinación de glucocerebrosidasa nos leucocitos circulantes, con confirmación mediante xenotipo.

Neste caso foi clave a ecografía na consulta de atención primaria, unha ferramenta moi rendible na nosa especialidade para descartar a normalidade e alertarnos dos pacientes que precisan ampliar estudos.

## CASOS CLÍNICOS

## Doctora, solo cortaba madera...

Alba Pons Revuelta, Helena Abadín Carcedo, Dayana C. Surco López, Antonio Regueiro Martínez

**MOTIVO DE CONSULTA:** Accidente con sierra radial.

### HISTORIA CLÍNICA:

**Antecedentes personales:** No alergias medicamentosas conocidas. Fumador de 4-5 cigarrillos/día. IQ: dorso mano derecha por herida incisa con motosierra. - Sin tratamiento habitual.

**Anamnesis:** Varón de 47 años que acude al servicio de urgencias con una sierra incrustada en la pierna. Refiere que se encontraba sentado, cortando madera con la radial y, sin saber como, se le escapó y se la clavó en el muslo. A la llegada del equipo del PAC, los bomberos y Protección Civil ya se encontraban en el lugar. Tras el control de la hemorragia mediante presión, la colocación de una vía venosa y la administración de fluidos, se realizó una valoración inicial, evidenciando que la movilización de la sierra implicaba el acompañamiento de toda la extremidad con el gesto, por lo que se decidió fijarla con unas sábanas para trasladarlo.

**Exploración:** Buen estado general. Leve palidez cutánea. Taquipneico. Consciente y orientado. Estable hemodinámicamente. Sierra radial incrustada en tercio medio de cara anterior de muslo derecho, condicionando herida inciso-contusa con afectación cutánea, subcutánea y muscular, sin daño neurovascular distal aparente.

**Pruebas complementarias:** Radiografía fémur derecho: sin evidencia de fractura. Importante afectación de partes blandas con pérdida de sustancia. Analítica sin alteraciones.

**Juicio clínico:** Herida inciso-contusa en cuádriceps derecho.

**Tratamiento y plan:** Se administra amoxicilina/ác. clavulánico 2 gramos IV, gammaglobulina y toxoide anti-tetánicos IM, fentanilo 1 ampolla IV, suero fisiológico 1000mL IV. Se retira sierra radial de forma atraumática con el traumatólogo de guardia y se realiza lavado de la herida con suero fisiológico, povidona yodada jabonosa y cepillado.

**Evolución:** En quirófano, bajo anestesia raquídea, se practica exploración, limpieza y sutura de la herida. Postoperatorio sin incidencias.

**CONCLUSIONES:** Este caso sirve para ilustrar las diversas situaciones que se pueden presentar ante una salida mientras nos encontramos en el PAC. El manejo de este paciente, aunque infrecuente y aparentemente complejo en su inicio, sigue el abordaje ABCDE que debe hacerse ante cualquier politraumatizado.

## CASOS CLÍNICOS

## Dolor ocular

Helena Abadín Carcedo, Alba Pons Revuelta, Ana López Córdoba, María Alonso Mozo

**MOTIVO DE CONSULTA:** Dolor ocular.

**HISTORIA CLÍNICA:**

**Antecedentes:** Natural de Burgos, reside en Galicia desde hace un mes. No alergias medicamentosas conocidas. Hernia de hiato. Dolor lumbar de un año de evolución no estudiado. Tratamiento: omeprazol 20mg, paracetamol 1g.

**Anamnesis:** Varón de 40 años que presenta desde hace 5 días dolor ocular izquierdo con lagrimeo y fotofobia. Niega sensación de cuerpo extraño. No disminución de agudeza visual. Dolor lumbar no irradiado de predominio nocturno de meses de evolución.

**Exploración física:** PICNR. Sin aumento de tensión ocular a la digitopresión. Hiperemia conjuntival izquierda, localizada sobre todo en zona temporal. Lagrimeo. Tinción con fluoresceína sin úlceras corneales ni cuerpos extraños. Blanquea levemente con la administración de fenilefrina.

Molestias a la palpación apófisis espinosas lumbares y en sacroilíacas. Lasègue negativo. Marcha normal. Fuerza y sensibilidad conservada en extremidades inferiores. No dolor articular a otros niveles.

**Juicio clínico:** Epiescleritis vs uveítis anterior y dolor lumbar a estudio.

**Diagnóstico diferencial:** Ojo rojo doloroso: Zoster oftálmico, Herpes simple, epiescleritis, escleritis, queratitis, uveítis anterior, etc. Glaucoma agudo de ángulo cerrado. Patología traumática, cuerpos extraños, etc.

Lumbalgia: Mecánica: discal, facetario, etc. No mecánica: inflamatoria, infecciosa, neoplásica, etc.

**Identificación de problemas:** Patología ocular inflamatoria en paciente con antecedentes de dolores

**Tratamiento, plan de actuación:** Ibuprofeno 400mg. Dexametasona/Neomicina/polimixinaB cada 8h ojo izquierdo. Se deriva a oftalmología para descartar uveítis. Se solicita radiografía lumbosacra/sacroilíacas y analítica con RFA.

**Evolución:** Oftalmología: dudoso Tyndall, impresiona de epiescleritis temporal. Se completa estudio con ANA, FR y HLA-B27, resultando este último positivo. Rx lumbosacra: lumbartrosis L4-S1. Analítica: PCR 5, VSG 15. Se deriva a reumatología para completar estudio, pendiente de RM.

**CONCLUSIONES:** Con la exposición de este caso pretendemos resaltar la importancia de la inflamación ocular como manifestación clínica frecuente de múltiples enfermedades sistémicas autoinmunes, siendo de gran relevancia en las espondiloartropatías.

## CASOS CLÍNICOS

## Dolor óseo como signo de alarma

Alonso Mozo María, Fernández Berardi Gabriela Carolina,  
Roca de Togados Cela Tiegang, López Córdoba María

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 77

**Motivos de consulta:** Dolor óseo generalizado y pérdida de peso.

**Antecedentes personales:** Paciente mujer de 87 años, independiente, sin alergias, ni hábitos tóxicos; hipertensa, en tratamiento con acenocumarol por fibrilación auricular paroxística. En el momento actual, sólo en seguimiento por parte de endocrinología por insulinoma.

**Anamnesis:** Acude derivada por su médico de Atención Primaria por sospecha de polimialgia reumática. La paciente refería dolor óseo generalizado desde hacía 6 meses con empeoramiento progresivo, pérdida de unos 8kg de peso desde el inicio del cuadro, con anorexia asociada. Niega cambios en las deposiciones. Sin otros síntomas constitucionales, ni otra clínica acompañante.

**Exploración:** Aceptable estado general, eupneica, afebril. Ligera palidez en mucosas. Auscultación torácica arrítmica, sin agregados. Molestia en flanco izquierdo a la palpación profunda, sin peritonismo. No se palpan masas, ni megalias. Tacto rectal normal. Sin debilidad en cinturas, pero dolor a la movilización de hombros.

**Pruebas complementarias:** Analítica: Elevación de GGT y fosfatasa alcalina, Proteína C Reactiva 51.0 mg/L, V.S.G 34.00. Resto sin alteraciones significativas. Presencia de proteínas en análisis básico de orina.

**Radiografía de tórax:** Sin evidencia de patología pleuropulmonar aguda.

**Juicio clínico:** Dolor óseo generalizado con síndrome constitucional asociado a estudio.

**Diagnóstico diferencial:** Patología autoinmune: Polimialgia reumática.. Mieloma múltiple. Síndrome paraneoplásico.

**Tratamiento:** Se ajusta analgesia con metamizol y tramadol/paracetamol.

**Plan de actuación:** Se deriva a consultas externas de Medicina Interna de manera preferente.

**Evolución:** Solicitan estudio con TAC-body con hallazgos sugestivos de neoplasia en la cola pancreática con metástasis pulmonares.

**Conclusiones:** Queremos recalcar la importancia de la historia clínica y la exploración como principales detectores de "alarmas clínicas", que cobran más valor aún en ámbitos como A. Primaria y Urgencias, en donde, la limitación de pruebas complementarias, nos hacen manejar mayores niveles de incertidumbre.

## CASOS CLÍNICOS

## Esto xa o teño dende hai anos...

Cad. Aten. Primaria  
Ano 2021  
Volume 27(3)  
Páxs. 78

Antía Fernández Lorenzo, Tamara Arias Sáez, Santiago Fernández Blas, Trinidad Gamarra Mondelo

**Motivo consulta:** Proceso catarral

**Historia clínica:** Paciente de 83 anos con antecedentes de hipertensión arterial, asma, obesidade, hipotiroidismo. Viúva, vive soa pero con bó apoio familiar e veciñal. Acude a consulta por cadro catarral e durante a auscultación apréciase lesión cervical posterior que dice ter dende hai anos e non lle molesta.

**Exploración:** pápula eritematosa ben delimitada de cor non homoxénea.

**Diagnóstico diferencial:** carcinoma basocelular, nevus melanocítico, queratose, tricoepitelioma, hidroadenoma.

**Exploración co dermatoscopio:** estrutura azulada e vasos arboriformes cunha cor central blanquecina, sen apreciar retículo.

Ante a sospeita de posible lesión maligna se manda e-consulta a dermatoloxía adxuntando as dúas imáxenes, sendo a paciente citada para exéresis, confirmando ca biopsia o diagnóstico de carcinoma basocelular, con boa evolución posterior.

**Conclusións:** O carcinoma basocelular é o máis común dos tumores cutáneos malignos. Localízanse fundamentalmente en cara e colo en persoas de idade media ou avanzada. A exposición excesiva de radiación ultravioleta aumenta o risco de que apareza.

O uso do dermatoscopio na consulta de atención primaria supón unha ferramenta máis na exploración, permite ver en profundidade as lesións cutáneas e facer un diagnóstico diferencial de lesións malignas. Cunha foto dermatoscópica da lesión adxuntada á foto macroscópica axuda a facer unha e-consulta co dermatólogo máis completa.

## CASOS CLÍNICOS

## Extracción de quiste epidermoide mediante incisión con punch

Carlos de Juan Fernández, Lucía Romero Ramil, Andrés Martínez González

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 79

**Motivo de consulta:** Lesión quística.

**Historia clínica:** Mujer 76 años. Antecedentes personales: No AMC. HTA. DM2. DL. Osteoporosis. PTC izquierda. Tratamientos: Losartan, metforminal, atorvastatina, vitamina D y denosumab.

**Anamnesis:** Refiere bulto en dorso de 1 año de evolución pruriginoso y no doloroso.

**Exploración:** Quiste de 3 x 4 cm a nivel dorsal, no doloroso, no adherido, blando a la palpación.

**Tratamiento:** Exéresis. Se prepara el campo en las máximas condiciones de asepsia y se aplica anestésico local, infiltrando la lesión bajo la dermis.



*Imagen : Realización de la incisión con punch y capsula íntegra*

Para la incisión empleamos un punch dérmico, dejando visible el quiste y se presionan los laterales de este para forzar la salida de su contenido procurando que la cápsula permanezca íntegra evitando la ruptura del tumor, disminuyendo así la posibilidad de recidivas. Posteriormente extraeremos la cápsula.

• **Conclusiones:** Los quistes epidermoides son la causa más frecuente de quiste cutáneo y un motivo de consulta frecuente. Son benignos, aunque están descritos raros casos de malignización (< 0,05%) [1]. Están formados por tejido epitelial escamoso estratificado con una cápsula de tejido conectivo fibroso. Sus complicaciones son infrecuentes, pero pueden incluir inflamación, infección o ruptura de la lesión .Es necesario extraer su cápsula íntegra, puesto que el riesgo de recidiva es marcadamente mayor en caso de no hacerlo . Imagen : Cápsula del quiste, íntegramente extraída

La resección mediante punch es una técnica más sencilla de realizar que las tradicionales, más rápida, apenas requiere instrumental, presenta un menor sangrado, tiempo de cura y cicatrización, con mejores resultados cosméticos y escasas complicaciones. Las incisiones de pequeñas no suelen requerir sutura. Según algunos estudios la tasa de recurrencia empleando este método es menor]. Entre sus complicaciones se encuentra un mayor riesgo de extracción incompleta.

Estas condiciones hacen que este método sea el ideal para realizar en nuestra consulta de Atención Primaria.

## CASOS CLÍNICOS

## Cuando el dolor aparece y fractura no es

M<sup>a</sup> Rosario Lago Fernández, Alba Pons Revuelta, Helena Abadín Carcedo, Carmen Santos Novas

**MOTIVO DE CONSULTA:** Dolor costal.

**HISTORIA CLÍNICA**

**Antecedentes:** Sin alergias medicamentosas conocidas. Fumadora, 20 cig/día desde los 22 años. Antecedentes de fracturas costales. Sin tratamiento habitual.

**Anamnesis:** Mujer de 62 años, dolor costal izquierdo de un mes de evolución a pesar de tratamiento con tramadol/paracetamol. Niega traumatismos o caídas. No fiebre ni otra sintomatología. Pendiente de radiografía de tórax solicitada por su médica de Atención Primaria.

**Exploración:** BEG. NH. NC. Eupneica. TA 150/85, FC 110, Sat 99%, T<sup>a</sup> 36,5°C. ACP: rítmica sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Dolor a la palpación en cara posterior de parrilla costal izquierda. No lesiones cutáneas ni deformidades. No crepitación.

**Pruebas complementarias:** RX de tórax PA y lateral: aumento de densidad en tercio superior de hemitórax izquierdo que parece corresponderse con engrosamiento pleural posterior. Ausencia de visualización de arco posterior de 6<sup>a</sup> costilla, que sin traumatismo actual obligan a descartar patología neoplásica.

**Juicio clínico:** Dolor dorso-costal a estudio.

**Tratamiento:** Tapentadol 25mgr/12h.

**Evolución:** TAC toracoabdominal: presencia de masa extrapulmonar en hemitórax izquierdo, datos de invasión locorregional de pared costal y metástasis ganglionares hiliomedastínicas, pulmonares y esplénicas, a descartar neoplasia primaria de pared costal. PAAF: linfoma no-Hodgkin difuso de célula grande. Valorada y tratada en consultas externas de Hematología.

**CONCLUSIONES:** Pretendemos reflejar que, con frecuencia, la vías para solicitar pruebas diagnósticas desde Atención Primaria suelen tener mayor demora que las solicitadas por otros servicios, principalmente urgencias hospitalarias, e incluso por vía privada. Conocedores de esto, los pacientes a menudo recurren a dichos servicios como vías más resolutivas.

El hecho, además, de que el diagnóstico sea comunicado por personal sin un vínculo tan estrecho como es el del médico de familia, supone que, en ocasiones, la comunicación de malas noticias pueda ser más impersonal y tener mayor impacto sobre nuestros pacientes.

## CASOS CLÍNICOS

## Dolores no es nombre de mujer

M<sup>a</sup> Rosario Lago Fernández, Carmen Santos Novas, Ana María Romero García

**MOTIVO DE CONSULTA:** Omalgia derecha.

### HISTORIA CLÍNICA

**Antecedentes:** Sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Traumatismo torácico en contexto de accidente laboral (febrero 2008) con angulación de 6° arco costal y debilidad en brazo derecho. Junio 2008: remitida a rehabilitación, mejoría parcial. Enero 2009: remitida a reumatología con diagnóstico de sospecha de fibromialgia. Tras RMN se aprecia rotura parcial del supraespinoso dcho. Febrero 2011: valorada por traumatología: ante rotura antigua y no situación de incapacidad temporal respecto a actividad laboral, opta por manejo conservador. Sin tratamiento habitual, contra el dolor crónico con ejercicio fisioterapéuticos. - Situación socio-funcional: vive con hermana menor. Maestra, puesto de menor exigencia física que el previo, de celadora. Único aporte económico a la unidad familiar.

**Anamnesis:** Mujer de 42 años, acude a consulta solicitando analgesia por persistencia de molestias en hombro derecho, con empeoramiento sintomático tras la pandemia. No otra sintomatología asociada.

**Exploración física:** BEG. NH. NC. Eupenica. Dolor a la palpación en músculo trapecio derecho. No aposialgia. Conservación neurovascular de extremidad derecha. Hombro sin lesiones cutáneas ni deformidades. No dolor a la palpación. No limitación funcional. Balance articular completo. Signo de Jobe.

**Diagnóstico:** Hombro doloroso.

**Tratamiento:** Dexketoprofeno 25mg. cada 8 horas.

**CONCLUSIONES:** Con este caso pretendemos reflejar las consecuencias de la demora en la realización de las pruebas complementarias y en la valoración de nuestros pacientes en las consultas especializadas hospitalarias, que suponen, muchas veces, un retraso en los procesos diagnósticos. Esto puede desencadenar una pérdida de calidad de vida debido a la cronificación de la patología, consecuencias psicológicas y laborales.

La situación socioeconómica de nuestras pacientes supone un factor condicionante de desigualdad en cuanto al objetivo de equidad en salud, además de la cuestión de género, que seguramente influyó en la derivación a reumatología cuando, atendiendo a la etiología psicosomática, la fibromialgia debería ser diagnóstico de exclusión.

## CASOS CLÍNICOS

## El relato de un caso desorientado

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 82

M<sup>a</sup> Rosario Lago Fernández, Alba Pons Revuelta, Helena Abadín Carcedo, Carmen Santos Novas

**MOTIVO DE CONSULTA:** Desorientación.

### HISTORIA CLÍNICA

**Antecedentes:** No AMC. Fumador de 20 cig/día. FRCV: DM2 con nefropatía. Dislipemia. HTA. Obesidad. SAHS. EPOC. IQ: artroscopia rodilla izquierda (2014 y hace 15 días). Tratamiento habitual: ácido acetilsalicílico, budesonida, atorvastatina, ramipril, omeprazol, dapagliflozina/metformina.

Anamnesis: Varón de 57 años con intensa gonalgia izquierda a tratamiento con naproxeno, tramadol, paracetamol y metamizol desde la intervención. Hoy, tras consultar con su médico, inició tapentadol. Ante persistencia del dolor, acudió al PAC por cuadro de ansiedad, con administración de alprazolam. Hace unas horas lo encuentra desorientado, con la mirada perdida, motivo por el que lo remiten. No fiebre ni otra sintomatología.

Exploración física: TA 115/80, FC 99, SatO<sub>2</sub> 98%, T<sup>a</sup> 37°C, glucemia 358, FR 14, Glasgow 15, qSOFA 0. BEG. NH. NC. Desorientado en tiempo y espacio. Bradipsíquico. Eritema, aumento de T<sup>a</sup> y exudado purulento en herida quirúrgica de rodilla izquierda. Resto exploración sin alteraciones.

Pruebas complementarias: Analítica: acidosis metabólica, leucocitosis con neutrofilia, urea 211, Cr 5.57, FENa 1.07, PCR 422, procalcitonina 8.23, dímero D 3201.

Diagnóstico: Artritis séptica. Sobredosificación de opiáceos.

Tratamiento: Sueroterapia, piperacilina /tazobactam, furosemida y naloxona intravenosas.

Evolución: SOFA inicial de 5. Más reactivo tras naloxona. Ingreso en UCI, con buena evolución.

**CONCLUSIONES:** con este caso queremos mostrar la importancia de la valoración global del paciente a la hora de abordar el tratamiento del dolor. En contexto de una nefropatía diabética hay que valorar el uso de AINEs y opiáceos como el tapentadol, que se excretan mayoritariamente por vía renal, ya que pueden condicionar un empeoramiento de la función renal y una sobredosis de opiáceos, empeorando un cuadro clínico de gravedad como una sepsis de origen articular, como sucedió en nuestro caso.

## CASOS CLÍNICOS

## Granuloma Piogénico o Hemangioma Lobular Capilar Revisión de un caso clínico en Atención Primaria

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 83

Beatriz López Gómez, Carlos Menéndez Villalva, Francisco Manuel Fernández Gómez

**MOTIVO DE CONSULTA:** Paciente que consulta en Atención Primaria por tumoración en pie izquierdo que le produce molestias al caminar.

**ANTECEDENTES PERSONALES:** Se trata de una mujer de 74 años con antecedentes de Hipertensión arterial, obesidad, dislipemia, trastorno ansioso-depresivo. A tratamiento con Simvastatina 20mg y Paroxetina 20mg.

**ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA:** La paciente refiere molestias en primer dedo del pie en relación con tumoración de años de evolución. A la exploración se observa un nódulo excrecente, redondeado, de color violáceo y diámetro aproximado de 1 cm.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La localización de la lesión, evolución, estabilidad clínica durante años y aspecto, plantean un diagnóstico diferencial entre tumor glómico y granuloma piogénico. Siendo ambos tumoraciones benignas de origen vascular, el tumor glómico suele cursar con dolor paroxístico por frío o presión, mientras que el granuloma piogénico (o hemangioma lobular capilar) suele producirse en respuesta a traumatismos repetidos y se caracteriza por sangrados locales recidivantes.

**TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN:** El tratamiento de ambos consiste en la extirpación. Se realizó biopsia escisional en la

sala de cirugía menor del centro, con hemostasia mediante electrocoagulación del lecho quirúrgico y curas por parte de enfermería.

Se envió la muestra al servicio de Anatomía Patológica de referencia, donde se realiza el diagnóstico definitivo de hemangioma lobular capilar de 1.2x0.9cm. Se informa a la paciente del diagnóstico, quien da su consentimiento para la publicación del caso.

No se presentaron complicaciones agudas de hemorragia o dolor. Un año después no se ha observado recidiva de la lesión.

**CONCLUSIONES:** La biopsia escisional es una técnica realizable en At. Primaria, segura siempre que no se sospeche malignidad, y con resultados estéticos generalmente buenos.

El trabajo en equipo del médico de At. Primaria y enfermería formados en cirugía menor, junto con un servicio de anatomía patológica de referencia, hace que puedan resolverse ambulatoriamente una parte importante de este tipo de demandas, reservando para el ámbito hospitalario aquellas lesiones de diagnóstico incierto, o que por localización o complejidad no permitan su abordaje en una sala de cirugía menor.

## CASOS CLÍNICOS

## "Hai que coñecelos para sospeitalos"

Martínez Lorenzo A, Cueto Ruiz C, Platas Pita MT, Villamarín Bello B

**Motivos de consulta:** control e resultados de analítica.

**Historia clínica:**

**Antecedentes persoais:** Alérxico a dapaglifozina, Hipertensión arterial. Diabetes mellitus tipo 2. Dislipemia. Bloqueo auriculoventricular (BAV) 1º grao. Insuficiencia renal crónica. Ictus isquémico en territorio de ACM esquerda en 2017. Deterioro cognitivo vascular versus mixto a tratamento con galantamina.

**Anamnese:** varón de 79 anos que acude para control e resultados analítica. Aporta autocontrois domiciliarios de tensión arterial e glicemias capilares en xexún, en rango.

**Exploración física:** chama a atención que está arritmico, sen soplos. Resto sen alteracións.

**Probas complementarias:** Ante arritmia non coñecida realizamos ECG. ECG: BAV 2º grado Mobitz tipo I.

**Enfoque familiar e comunitario:** dependente, vive coa súa dona. Unha filla enfermeira supervisa os cuidados.

**Xuízo clínico:** BAV 2º grao Mobitz tipo I en probable relación con galantamina.

**Tratamento e plans de actuación:** Retírase galantamina e realízase e-consulta a Cardioloxía. Decídese repetir ECG pasado un mes dende a suspensión do fármaco. Comunícase o sistema nacional de vixilancia de reaccións adversas medicamentosas (RAM).

**Evolución:** Poucos días despois recíbese a resposta de Cardioloxía: "Correcto diagnóstico. Puede, efectivamente, deberse a la galantamina. Correcto suspenderla y vigilar ECGs. Si sigue con el mismo grado de bloqueo asintomático, no hacer nada más que vigilar." Cítase en consulta pasado un mes e realízase ECG.

ECG: BAV de 1º grao, xa presente previamente.

**Conclusións:** Un dos efectos adversos descritos da galantamina, inhibidor da acetilcolinesterasa, é a bradicardia e, incluso, a xeración dun BAV. O noso paciente xa presentaba un BAV de 1º grao coñecido polo que, ó iniciar o tratamento con galantamina, este evoluciona nun BAV de 2º grado Mobitz I, que desaparece ó retirar o fármaco previamente nomeado.

Este caso recórdanos a importancia de coñecer os efectos adversos dos fármacos que manexamos para poder actuar en consecuencia no caso de que se produzan e comunicalos oportunamente.

## CASOS CLÍNICOS

## Hemoptisis en paciente fumador, ojo a las sospechas diagnósticas iniciales

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 85

Altamirano Rodríguez Raquel, Velo García de Seárez Sara,  
Rodríguez Peña Lúa, Cambra Quintas Laura

**Motivo de consulta:** Hemoptisis

**Historia clínica:** Enfoque individual:-

**Antecedentes personales:** Hábitos tóxicos: Índice paquetes/año = 70. -No otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni tratamiento médico habitual.

**Anamnesis:** Varón de 50 años que acude por expectoración hemoptoica de 5 días de evolución, con empeoramiento progresivo y aparición de hemoptisis franca. No sensación disérmica ni fiebre termometrada. No disnea. No dolor torácico. No síndrome constitucional.

**Exploración física:** Dentro de la normalidad, objetivación de sangre roja y fresca tras accesos de tos.

**Pruebas complementarias:** Rx tórax Urgencias: Sendas masas pulmonares en ambos LLSS, asociadas a pérdida de volumen; hallazgos compatibles con neoplasia pulmonar. AS Ingreso: Elevación leve pro-GRP, IgE total 7773, Aspergillus fumigatus > 100.

o Serología: VIH, VHB y VHC negativos. Quantiferón: Negativo. Aspergillus fumigatus Ag. Galactomanano. TAC tórax Ingreso: Lesiones quístico cavitarias bilaterales (sugestivas de lesiones residuales post-granulomatosas/post-TB) de predominio derecho con imágenes hipodensas en su interior compatibles con aspergilomas y asociadas a áreas periféricas en vidrio deslustrado sugestivas de hemorragia. Fibrobroncoscopia: Estudio microbiológico negativo. Citología inflamatoria Juicio clínico: Aspergilosis pulmonar en su forma invasiva subaguda/cavitaria crónica.

**Diagnóstico diferencial:** Carcinoma broncogénico, bronquiectasias, infecciones, TEP.

**Identificación de problemas:** Dificultad diagnóstica ante los antecedentes personales y la presentación clínica del paciente, en primer lugar, con sospecha clínica de neoplasia pulmonar, y, finalmente, diagnosticándose de aspergilosis pulmonar.

**Tratamiento y planes de actuación:** Codeína, Ácido tranexámico, Voriconazol, Embolización arterial selectiva.

**Evolución:** Tras inicio del tratamiento el paciente presenta una evolución clínico-radiológica favorable, aunque sin resolución completa, presentando nuevos episodios de hemoptisis con varias asistencias a Urgencias e Ingresos en Neumología solicitándose valoración por Cirugía torácica y actualmente pendiente de resección pulmonar.

**Conclusiones (y aplicabilidad para la Medicina de Familia):** Se destaca la importancia del reconocimiento de síntomas y signos de alarma que requieren actuación y derivación urgente para estudio, evitándose retrasos diagnósticos y terapéuticos y la posible aparición de complicaciones. Además, señala el especial cuidado que debemos tener en la comunicación y transmisión de información al paciente ante sospechas diagnósticas iniciales.

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 86

## CASOS CLÍNICOS

## Hipercalcemia

Maria Isabel Ascensão Cruz Fonseca, Ana Arceo Tuñez

**Motivo de consulta:** Mareos y adelgazamiento

**Historia clínica:** Varón de 76 años, IABVD. Vive con su mujer. Trabajó de albañil y agricultor.

**Antecedentes personales:** Ex-fumador desde hace 20 años, Obesidad, Dislipemia, DMNID, Esteatosis hepática. IQ: Colectectomía, RTU próstata. Tratamiento: Metformina/Sitagliptina, Fenofibrato, Terazosina, Tramadol/Paracetamol, Hidroferol

**Enfermedad actual:** Acude a consulta por mareos y sensación de inestabilidad para la marcha, de 1 mes de evolución. Refiere adelgazamiento de 12Kg en 6 meses, hiporexia, astenia y poliuria. Su hijo relata episodios de confusión y desorientación.

**Exploración física:** PA 144/70mmHg, FC 94lpm, SatO2 96-97%, Peso 83Kg (95Kg previo). BEG. COC. ACP: rítmico. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: globoso, blando, ligeramente doloroso a la palpación de epigastrio.

**Pruebas complementarias solicitadas :** Analítica de sangre: destaca leucocitosis con neutrofilia, colestasis leve, ferritina baja sin anemia. Analítica y sedimento de orina: normal. SOH negativo. Se solicita radiografía de tórax y ecografía abdominal y se envía por vía rápida a consulta de medicina interna por síndrome general a estudio.

El fin de semana, acude al PAC por caída accidental con abrasión parieto-occipital derecha, sin pérdida de conocimiento. Destaca en la exploración neurológica, marcha inestable con aumento de base de sustentación. Se deriva a Urgencias por sospecha de hidrocefalia normotensiva.

En Urgencias, se realiza una analítica, destacando hipercalcemia de 15mg/dL e insuficiencia renal aguda. Se solicita radiografía de tórax, observándose una lesión en el lóbulo superior derecho. El paciente ingresa por hipercalcemia grave, lesión pulmonar y síndrome general a estudio.

**Conclusiones:** La causa más frecuente de hipercalcemia sintomática son las neoplasias malignas. La clínica es progresiva y afecta a todos los sistemas del organismo. Son síntomas típicos: anorexia, náuseas, vómitos, poliuria, polidipsia, deshidratación, debilidad y confusión, entre otros. Ante esta clínica, se debe incluir el calcio en el estudio analítico.

## CASOS CLÍNICOS

## ¡La que montó una pastillita!

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 87

Cueto Ruiz C, Platas Pita T, Martínez Lorenzo A, Villamarín Bello B

**Motivo de consulta:** Vómitos alimentarios y dolor lumbar mecánico por el que ya había consultado y relacionaba con esfuerzos en ámbito laboral.

**Anamnesis:** Varón de 24 años. No fármacos, productos de herboristería ni tóxicos. Sepsis meningocócica a los 6 meses. Dolor lumbar de unos días de evolución que precisó ibuprofeno; esa mañana náuseas y un vómito alimentario. No orinó al levantarse y refiere toma única la tarde anterior de un comprimido de ciprofloxacino 500, como profilaxis de meningitis meningocócica.

**Exploración:** Pálido. TA: 120/90. Normohidratado. Afebril. Molestias difusas a la palpación profunda abdominal sin datos de irritación. PPR negativa bilateral. Tira orina: sangre++ y proteínas ++, resto negativo.

**Enfoque familiar y comunitario:** vive solo cerca de sus padres, relación estrecha.

**Diagnóstico diferencial:** Transgresión alimentaria. Efectos adversos farmacológicos. Viriasis.

**Tratamiento/plan:** Paracetamol 650 cada 6-8 horas y ante los hallazgos en orina analítica urgente para la mañana siguiente. Avisan del laboratorio por aumento importante de urea y creatinina con FG de 25. Con la sospecha de insuficiencia renal aguda se deriva al paciente a urgencias desde donde ingresa en nefrología por deterioro agudo de la función renal.

**Evolución:** Inician sueroterapia con rápida mejoría de la función renal sin presentar alteraciones de interés en los estudios analíticos ni de imagen por lo que a los 4 días dan el alta con seguimiento ambulatorio.

**Diagnóstico final:** Deterioro agudo de la función renal en relación a nefrotoxicidad por Ciprofloxacino.

**Conclusiones y aplicabilidad:** Resaltar la importancia de una exhaustiva anamnesis, un buen diagnóstico diferencial y solicitar las pruebas adecuadas en Atención Primaria que llevaron a detectar la insuficiencia renal de forma tan precoz. Por otro lado estar siempre alerta ante los posibles efectos secundarios de los fármacos aún a dosis únicas, por poco probables que parezcan.

## CASOS CLÍNICOS

## Mantequilla sanguínea

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 88

Alba Pons Revuelta, Helena Abadín Carcedo,  
Sara Castroagudín Campos, Nuria Sarmentero González

**MOTIVO DE CONSULTA:** Dolor abdominal y fiebre.

**HISTORIA CLÍNICA:**

**Antecedentes personales:** No alergias medicamentosas conocidas. Niega hábitos tóxicos. FRCV: Dislipemia. DM2. Tratamiento habitual: pravastatina/fenofibrato 40/160mg, carnitina/metformina 150/1000mg.

**Anamnesis:** Varón de 43 años con dolor abdominal, diarrea de 3-4 deposiciones líquidas y fiebre hasta 38,5°C de un día de evolución. No productos patológicos en heces. No ingesta de alimentos sospechosos. No otra sintomatología de nueva aparición. Refiere que hace 4 meses que no toma el tratamiento porque económicamente no se lo puede permitir.

**Exploración:** TA 158/99, FC 113, Tª 38. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Peristaltismo conservado. Murphy positivo. No otros signos de irritación peritoneal. Resto sin alteraciones.

Se deriva al servicio de urgencias hospitalarias con sospecha de pancreatitis vs colecistitis aguda.

**Pruebas complementarias:** - Analítica: urea 17, glucosa 212, K 3,7, amilasa 523, PCR 158, leucocitos 19.040. Interferencia de suero muy lipémico. Colesterol 1221, TG 12.905, HbA1c 10,4%. Ecografía abdominal: esteatosis hepática/hepatopatía crónica, impide correcta valoración de planos posteriores. Vesícula biliar normal distendida, libre de cálculos. Vía biliar no dilatada. Datos sugestivos de pancreatitis aguda. Resto sin alteraciones.

**Juicio clínico:** Pancreatitis aguda. Hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia severas. Diabetes con mal control.

**Diagnóstico diferencial:** Gastroenteritis aguda. Colecistitis aguda.

**Identificación de problemas:** Mal control de patologías crónicas. Situación económica desfavorable.

**Tratamiento y plan:** Dieta absoluta y paracetamol. Ingresos en Medicina Interna.

**Evolución:** Tras 5 días de tratamiento: colesterol 822, TG 3.371, PCR 15, amilasa 60, lipasa 116, leucocitos 5.930. Alta tras mejoría. Control y seguimiento en Atención Primaria.

**CONCLUSIONES:** Este caso recalca la importancia del conocimiento de la situación socioeconómica de los pacientes en el planteamiento del manejo de sus patologías crónicas, ya que la falta de adherencia al tratamiento es uno de los principales factores desencadenantes de la patología aguda y otras complicaciones asociadas. La pobreza es un condicionante de la salud que genera discapacidad.

## CASOS CLÍNICOS

## Me va a explotar el ojo

Helena Abadín Carcedo, Alba Pons Revuelta, María Rosario Lago, Ana López Córdoba

**MOTIVO DE CONSULTA:** Dolor ocular.

**HISTORIA:**

**Antecedentes:** Sin alergias medicamentosas conocidas. Dislipemia. Diabetes Mellitus II diagnosticada hace 14 años. Abandono del tratamiento/seguimiento hasta hace un mes, cuando se evidencia HbA1c 10,5%. Realizada retinografía en el Centro de Salud con datos de retinopatía diabética (RD) y derivada a oftalmología, donde se constata RD grave proliferativa que condiciona un glaucoma neovascular en el ojo derecho. Iniciada panfotocoagulación, antiangiogénicos e hipotensores. Tratamiento: atorvastatina 40mg/24h, Abasaglar 10UI-0-20UI, metformina 1000mg/12h, Brimonidina OD.

**Anamnesis:** Varón de 77 años con dolor intenso en ojo derecho desde hace media hora, acompañado de malestar general y náuseas. Fotofobia y pérdida de agudeza visual en ojo derecho.

**Exploración física:** Afectado por el dolor. Ojo derecho: hiperemia conjuntival, con midriasis media arreactiva. Tono ocular aumentado a la digitopresión. Blefarospasmo. Ojo izquierdo sin alteraciones.

**Juicio clínico:** Ataque agudo de glaucoma secundario a RD proliferativa

**Diagnóstico diferencial:** Ojo rojo doloroso: Zoster oftálmico, Herpes simple, epiescleritis, escleritis, queratitis, uveítis anterior, etc. Glaucoma agudo de ángulo cerrado. Patología traumática, cuerpos extraños, etc

**Identificación de problemas:** Mal control de la DM2. Abandono de seguimiento y tratamiento de sus patologías crónicas.

**Tratamiento, plan de actuación:** Analgesia con diclofenaco y metamizol. Se contacta con el servicio de oftalmología y se deriva para valoración urgente.

**Evolución:** A su llegada a oftalmología evidencian PIO en OD de 48. Se mantiene tratamiento analgésico y se inicia acetazolamida 250mg/6h con mejoría sintomatológica. Se plantea posteriormente iridotomía.

**CONCLUSIONES:** Las complicaciones oculares de la DM pueden causar gran discapacidad, siendo de vital importancia en algunas de ellas un diagnóstico y tratamiento urgentes. Con la presentación de este caso queremos reflejar la importancia de la retinografía como herramienta habitual en atención primaria para el seguimiento de nuestros pacientes diabéticos, pudiendo realizar una buena prevención secundaria.

## CASOS CLÍNICOS

## Mi marido no quiere ver el partido

Helena Abadín Carcedo, Alba Pons Revuelta, María Rosario Lago, Ana María Romero

**MOTIVO DE CONSULTA:** Alteraciones del comportamiento

### HISTORIA CLÍNICA:

**Antecedentes personales:** No alergias medicamentosas conocidas. Exfumador de 45 paquetes/año. Consume un vaso de vino con la comida. Esteatosis hepática. Fractura de ramas pélvicas izquierdas hace dos meses. Anemia macrocítica por déficit de B12. Pangastritis atrófica. Tratamiento habitual: cianocobalamina, enoxaparina sódica, paracetamol.

**Anamnesis:** Varón de 71 años traído por su mujer por alteraciones del comportamiento: "no quiere ver el fútbol, está raro". El paciente refiere leve cefalea desde hace unas horas, sin náuseas vómitos ni fotofobia. Niega traumatismos ni caídas. No otra sintomatología asociada de nueva aparición.

**Exploración física:** TA 148/93, FC 120, Tª 36.8°C, SatO2 95%, glucemia capilar 130, Glasgow 15. NRL: CyO. PICNR. Campimetría por confrontación normal. MOEs normales. Resto de pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservada en las 4 extremidades. RCP flexor bilateral. Dismetría en maniobra dedo-nariz. Lenguaje con parafasias. No signos meníngeos. Resto sin alteraciones.

**Juicio clínico:** Accidente cerebrovascular

**Diagnóstico diferencial:** Accidente cerebrovascular. Hemorragia subaracnoidea. Hematoma subdural vs epidural.

**Identificación de problemas:** Cefalea de reciente aparición con focalidad neurológica.

**Tratamiento, plan:** Se deriva a urgencias hospitalarias para completar estudio.

**Evolución:** En urgencias se diagnostica de hematoma intraparenquimatoso agudo parietotemporal izquierdo espontáneo de 4.5x3.5cm sin efecto masa. Ingresa en neurología con buena evolución clínico-radiológica. Se realiza RM para completar estudio etiológico del sangrado sin evidenciar lesión subyacente. Actualmente en tratamiento rehabilitador del lenguaje.

**CONCLUSIONES:** Con este caso queremos resaltar la importancia del proceso comunicativo y de la participación de la familia, que con su conocimiento sobre los pacientes puede aportar datos clave para un abordaje global. La atención a la familia puede tener un resultado positivo, como hemos visto en este caso, pero también es importante no olvidar que es primordial preservar la autonomía de los pacientes, intentando evitar situaciones como las conspiraciones del silencio.

## CASOS CLÍNICOS

## Non sempre é a primeira sospeita... ¡coidado!

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Páxs. 91

Fabiola J. González De Oliveira, Antonio Regueiro Martínez,  
Marta Da Costa Pereira Carvalho, Mar Serrano González

**MOTIVO DE CONSULTA:** Lumbalgia.

**HISTORIA CLÍNICA**

**Antecedentes personales:** Múltiples alergias medicamentosas. HTA, DLP, DM II, Obesidad. Depresión. Bocio multinodular normofuncionante. Carcinoma papilar de tiroides con metástasis ganglionar cervical. Tiroidectomía con vaciamiento ganglionar. Polimedicada.

**Anamnesis:** Paciente de 72 años hiperfrecuentadora por múltiples procesos clínicos como espondiloartritis, listesis grado I L3-L4 Y L4-L5, y caídas con fracturas (2015, peroné derecho y no desplazada de tercio distal radio izquierdo, 2016 radio distal derecho, aplastamiento a nivel de L3, 2017, contusión craneal con cefalohematoma asociado, 2019 maléolo tibial derecho). Además, osteoporosis complicada con hipovitaminosis D diagnosticada en el 2016 y Carcinoma papilar de tiroides metastásico intervenido, desarrollando posteriormente disfonía secundaria a la cirugía.

**Exploración:** NRL: FCS apropiadas. Pares normales. S. Motor normal leve pérdida global de fuerza. Hiperreflexia. Clonus agotable. Reflejo cutáneo plantar derecho extensor. Sensibilidad normal. Pruebas de coordinación normal.

**Enfoque familiar y comunitario:** Usaria de silla de ruedas las 24 horas. Vive con su sobrina (cuidadora principal). Vida cama-sillón. Necesidad de ayuda para comer desde el 2020

**Juicio clínico:** Tetraparesia con piramidalismo

**Plan:** Se deriva de nuevo a Rehabilitación y Neurología

**Evolución:** Desde su primera consulta en Atención Primaria en 2015 por lumbalgia la paciente presenta deterioro progresivo hasta la actual dependencia para las ABVD secundarias a su afectación motora.

**Estudios complementarios:** EMG: Signos neurógenos crónicos acusados (pérdida de UM) por L5 derecha. Densitometría: Sin alteraciones. RMN: Sin evidencia de compromiso medular-radicular.

**Diagnóstico:** Tetraparesia con piramidalismo

**CONCLUSIONES:** Este caso clínico muestra la evidente importancia de la Atención Primaria como un elemento central e integrador en la atención al paciente. El seguimiento de éste, con todas sus dolencias, permite su evaluación global y observar, por ejemplo, como una lumbalgia se puede transformar en una afectación neurológica compleja.

## CASOS CLÍNICOS

## Presentación clínica atípica de cáncer de pulmón

Velo García de Seáres S, Altamirano Rodriguez R, Rodriguez Peña L, Durán Cores S.

**Motivo de consulta:** Dolor epigástrico

**Antecedentes personales:** Hábitos tóxicos: Ex – ADVP, 60g etanol/día, 18 paquetes/año. Hepatitis C curada, Hepatitis B. Esteatosis mixta. Tratamientos: Metadona

**Anamnesis:** Varón 53 años acude dolor toraco-epigástrico irradiado a espalda en forma de cinturón de 3 días. No dolor opresivo ni cortejo vegetativo. No disnea. Dolor que empeora en decúbito sin características mecánicas. No cambia con la ingesta. No fiebre. No cuadro catarral. Nauseas matutinas sin vómitos. Estreñimiento de dos días. No síndrome constitucional.

**Exploración física:** Buen estado general. Afebril. Eupneico. AC: anodina. AP: mínimo crepitante base derecha. Abdomen: dolor en palpación profunda epigástrica.

TA: 135/85 FC 85lpm Sat 97%

**Pruebas complementarias:** ECG: RS a 85 lpm, sin cambios en repolarización. A.S: Transaminasas ,bilirrubina ,amilasa y lipasa en rango. Leucocitos 9600, sin neutrofilia ni linfocitosis. Hb 13,3. PCR 8.9. Rx Tórax: Masa redondeada suprahiliar izquierda 6,5cm

**Juicio clínico:** Neoplasia pulmonar

**Diagnóstico diferencial:** Pancreatitis, Neumonía, TEP, IAM

**Identificación de problemas:** Dados los antecedentes y la clínica, la primera hipótesis fue de pancreatitis. Realizamos AS urgente, teniendo que esperar 24 horas, manejando la incertidumbre y evitando un ingreso en paciente estable. Dado que la lipasa era normal, empeoraba en decúbito y PCR elevada decidimos Rx de tórax donde se observa una masa.

**Plan:** Solicitud vía rápida de pulmón.

**Tratamiento:** Aumentamos metadona y añadimos AINES.

**Evolución:** Se realizó TC objetivándose neoplasia en LSI, invasión mediastínica y vertebra dorsal. Pendiente de filiar extirpe y posibilidades terapéuticas.

**Conclusiones:** Destaca el conocimiento bio-psico-social del paciente desde A.Primaria. En este caso; paciente con abuso de alcohol y tabaco, hipofrecuentador y dolor intenso. La importancia de una buena anamnesis que nos oriente el diagnóstico probable para solicitar las pruebas complementarias precisas. Por último, destacar la longitudinalidad de acompañar al paciente desde siempre y hasta siempre.

## CASOS CLÍNICOS

## Recuerdos convulsivos

Alba Pons Revuelta, Helena Abadín Carcedo, Sara Castroagudín Campos, Ana López Córdoba

**MOTIVO DE CONSULTA:** Cambio de cupo.

**HISTORIA CLÍNICA.**

**Antecedentes:** No AMC. Niega hábitos tóxicos. Epilepsia tónico-clónica generalizada, en seguimiento por Neuropediatría. Sin antecedentes familiares de epilepsia. Tratamiento habitual: lacosamida 50mg/12h

**Anamnesis:** Mujer de 16 años que acude por cambio de cupo, acompañada por su madre. Al preguntarle por las crisis epilépticas, nos cuenta que con 14 años presentó dos crisis tónico-clónicas generalizadas, de escasa duración, seguidas de periodos postictales. Presentó un nuevo episodio hace 3 meses, iniciándose tratamiento con lacosamida.

Al interrogarla detalladamente, refiere que las crisis fueron precedidas de un breve periodo de desconexión en el que visualiza recuerdos de su vida entremezclados con imágenes de series de televisión. Se refiere a estos episodios como flashazos y reconoce que hasta iniciar tratamiento eran diarios, pero nunca les había dado importancia. No puede controlarlos y su madre corrobora que cuando suceden tiene la mirada perdida y no contesta. Desde que recibe tratamiento son menos frecuentes y suelen interrumpirse antes de que aparezcan las imágenes.

Exploración física y neurológica normales.

**Juicio clínico:** Epilepsia de inicio focal, con alteración del nivel de conciencia y generalización secundaria ocasional.

**Diagnóstico diferencial:** Epilepsias primarias. Tumores y/o infecciones del SNC. Tóxicos. TCE. Lesiones perinatales y/o malformaciones congénitas.

**Identificación de problemas:** Posible interferencia materna respecto a la anamnesis sobre el consumo de tóxicos.

**Tratamiento y plan:** Se comenta telefónicamente con Neurología, acordando incremento de dosis de lacosamida a 100mg/12h, solicitando EEG y RMN, con cita en CCEE de Neurología para ver resultados y valorar abordaje

**Evolución:** Las pruebas realizadas fueron normales y desde el incremento del antiepiléptico no ha vuelto a presentar sintomatología.

**CONCLUSIONES:** Este caso recalca la importancia de las habilidades comunicativas en el abordaje de los pacientes a la hora de realizar la historia clínica en el ámbito de la Atención Primaria, donde el factor tiempo juega un papel fundamental en la limitación de la comunicación y de la relación médico-paciente.

## CASOS CLÍNICOS

## ¿Sempre pola noite?

Platas Pita MT, Martínez Lorenzo A, Cueto Ruiz C, Rodríguez Álvarez R.

**MOTIVO DE CONSULTA:** Derivado de enfermía debido a presión arterial moderadamente alta nos controis de saúde.

**HISTORIA CLÍNICA:**

**Anamnese:** Home de 73 anos tratado con Losartan 50mg pola mañá dende 2012, derivado da consulta de enfermía debido a niveis de tensión arterial (TA) moderadamente altos, nos últimos controís. Decídese realizar MAPA (monitorización ambulatoria de presión arterial) para unha mellor valoración da presión arterial e do perfil circadiano desta.

**Antecedentes persoáis:** Non alerxias medicamentosas. Hipertensión arterial, dislipidemia, prediabetes. Obesidade. Esteatose hepática.

**Exploración:** Bo estado xeral, orientado nas 3 esferas. Eupneico en repouso. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, sen soplos audibles, murmullo vesicular conservado, sen ruidos sobreengadidos. Abdomen: blando, depresible, non doloroso e sen defensa. Pulsos distáis presentes e simétricos.

**Probos complementarias:** Analítica sen achados reseñables. Radiografía de tórax elongación e tortuosidade de aorta e troncos supraoárticos. MAPA: promedio de TA diurno 135/80, nocturno 111/60 con patrón dipper (descenso de TA maior ao 10% durante o descanso nocturno con respecto ao período de vixilia).

**Enfoque familiar e comunitario:** vive en medio urbano coa muller e co fillo, boas relacións familiares.

**Xuízo clínico:** Bo control de TA e correcto patrón circadiano co seu tratamento habitual. Probable fenómeno de bata branca.

**Tratamento:** decidimos manter Losartán 50 mg 1 comprimido pola mañá.

**Conclusións:** Sorprende a obtención dun MAPA perfecto con patrón dipper tomando o tratamento pola mañá, sobre todo cando as últimas evidencias (proxecto Hygia) demostraron cun elevado número de pacientes que o tratamento antihipertensivo tomado pola noite asóciase a mellores cifras tensionáis e mellor patrón con respecto á toma matutina do mesmo. Non deixa de ser unha curiosidade, ao tratarse dun caso aislado, e teríanse que valorar máis pacientes na mesma situación para ver o seu comportamento de TA.

## CASOS CLÍNICOS

## Dolor lumbar, ¿más que una lumbalgia mecánica?

Grimán de Collantes Aurelysmar Pastora, Castaño-Carou Ana

**MOTIVO DE CONSULTA:** dolor lumbar.

**HISTORIA CLÍNICA:** Mujer de 65 años de edad con antecedentes de cervicalgia, cervicobraquialgia, trocanteritis, omalgia bilateral y síndrome ansioso-depresivo.

Cuidadora principal de padres dependientes, por lo que vive con ellos tras su jubilación.

Junio de 2018: Consulta por dolor en arco costal izquierdo sin hallazgos relevantes en las radiografías de tórax y parrilla costal, mejoría parcial con metamizol.

Junio de 2019: Consulta por dolor lumbar de más de un mes de evolución, características mecánicas, irradiado a nalga y muslo izquierdo. Al examen físico limitación a la movilidad lumbar, especialmente flexión anterior. Dolor a la presión sobre apófisis espinosas L1-L3. Exploración neurológica sin alteraciones.

**Hipótesis diagnóstica:** Lumbalgia mecánica. Se pauta aceclofenaco tramadol-paracetamol Diazepam

**Probos diagnósticas:** A los 3 días consulta nuevamente por persistencia del dolor lumbar y asociación de dolor en hemitórax izquierdo que irradia a mama con la inspiración. Se solicitan radiografías de columna lumbar y costal izquierda urgente

observándose "Deformidad 10 arco costal izquierdo sugestiva de fractura/lesión lítica. Sospecha de un patrón radiológico apolillado costillas/signos de osteopenia. Pérdida de altura del cuerpo de L1 y sobre todo de D12."

Se realiza una analítica con los siguientes parámetros alterados: LDH 494, PCR 0.4, VSG 17, Alfa-2 globulinas 12.3, Inmunoglobulina M 23. Ante estos hallazgos, la hipótesis diagnóstica cambia a mieloma múltiple vs. metástasis de tumor primario desconocido. Se comenta con la paciente y se deriva a servicio de urgencias hospitalarias donde es referida de forma preferente a consultas externas de medicina interna. Luego de 2 meses de estudio es diagnosticada de Mieloma múltiple. Actualmente estable.

**Conclusión:** Este caso clínico nos permite demostrar cómo el conocimiento y seguimiento de la paciente por parte de su médica de atención primaria ha permitido pensar en las diferentes alternativas diagnósticas y solicitar las pruebas correspondientes para realizar una orientación que permita un rápido diagnóstico.

## CASOS CLÍNICOS

## Sueño dulce

Alba Pons Revuelta, Helena Abadín Carcedo, Sara Castroagudín Campos, Ariel García-Bango Sosa

**MOTIVO DE CONSULTA:** Mareo, náuseas y cefalea.

**HISTORIA CLÍNICA**

**Antecedentes personales:** NIÑO: No AMC. Calendario vacunal correcto. Rasgos de TEA, a seguimiento por USMIJ y psicóloga privada. No IQ. Sin tratamiento habitual.- MADRE: No AMC. G1P1A0. No gestante. No IQ. Sin tratamiento habitual.- PADRE: No AMC. Ex-fumador. Rinitis alérgica. IQ: apendicectomía. Sin tratamiento habitual.

**Anamnesis:** Familia que acude por mareo, náuseas y cefalea tras posible inhalación de gas propano. El niño fue el primero en notar la sintomatología y el padre fue el que llegó más tarde al domicilio. Niegan visión borrosa u otras alteraciones visuales. No vómitos, disnea, palpitaciones ni dolor torácico. No fiebre ni otra sintomatología asociada de nueva aparición.

**Exploración física y neurológica normales.**

**Pruebas complementarias:** NIÑO: ECG normal y analítica sin alteraciones. GSA: pH 7.62, pCO<sub>2</sub> 23, HCO<sub>3</sub> 23.6, EB 3.6, pO<sub>2</sub> 126, carboxiHb 23.9%. MADRE: ECG normal y analítica sin alteraciones. GSA: pH 7.42, pCO<sub>2</sub> 41, HCO<sub>3</sub> 26.6, EB 1.9, pO<sub>2</sub> 88, carboxiHb 29.4%. PADRE: ECG normal y analítica sin alteraciones. GSA: pH 7.39, pCO<sub>2</sub> 38, HCO<sub>3</sub> 23, EB -1.7, pO<sub>2</sub> 78, carboxiHb 27.1%

**Enfoque familiar y comunitario:** Se informa al 112, ya que viven en un bloque de viviendas con suministro comunitario de gas propano. Mandarán efectivos para comprobar que no haya más afectados. Se informa a Preventiva.

**Juicio clínico:** Intoxicación por monóxido de carbono leve-moderada.

**Tratamiento:** O<sub>2</sub> a alto flujo con reservorio.

**Evolución:** Desaparición de la sintomatología tras oxigenoterapia. Gasometría a las 6h: niño carboxiHb 1.4%, madre carboxiHb 2%, padre carboxiHb 1.4%. Se mantienen en observación 4h más tras normalización de carboxiHb, sin incidencias, por lo que se decide alta.

**CONCLUSIONES:** La intoxicación por monóxido de carbono requiere una alta sospecha y en este caso, al presentarse varias personas con la misma sintomatología y dudas sobre la calefacción de propano de su domicilio, simplifica el proceso diagnóstico.

## CASOS CLÍNICOS

## Tarde, pero llego

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 97

Alba Pons Revuelta, Helena Abadín Carcedo,  
Sara Castroagudín Campos, Antonio Regueiro Martínez

**MOTIVO DE CONSULTA:** Rectorragia.

### HISTORIA CLÍNICA

**Antecedentes personales:** No alergias medicamentosas conocidas. Niega hábitos tóxicos. FRCV: HTA. Hiperuricemia. Cirrosis hepática por VHC. Diverticulosis. Hemorragia digestiva baja que requirió cirugía. Última colonoscopia hace más de 5 años. IQ: hemicolectomía izquierda. Situación basal: activo e independiente. Tratamiento habitual: olmesartán 40mg, tamsulosina 0,4mg, alopurinol 100mg.

**Anamnesis:** Varón de 87 años que acude por cuadro de una semana de evolución de sangre negruzca, pegajosa y alquitranada con las deposiciones. No alteraciones del hábito intestinal. Astenia y menos apetito del habitual. No pérdida de peso. No náuseas ni vómitos. No otra sintomatología de nueva aparición.

**Exploración:** TA 170/73, FC 88, Tª 36,6. Normocoloreado. Abdomen blando y depresible, no doloroso. Cicatriz de laparotomía. No masas ni megalias. Peristaltismo conservado. No signos de irritación peritoneal. Tacto rectal: hilillos hemáticos con restos mucosos. Resto de la exploración normal.

**Juicio clínico:** Rectorragia a estudio.

**Diagnóstico diferencial:** Neoplasia digestiva. Diverticulitis. Varices esofágicas. Colitis isquémica.

**Tratamiento y plan:** Se solicita analítica y se deriva por vía rápida para realización de endoscopia y colonoscopia.

**Evolución:** Analítica sin alteraciones. Endoscopia: nódulos venosos prominentes de localización atípica (esófago proximal). Sin evidencia de hemorragia digestiva alta. Colonoscopia: colitis segmentaria (sigma/ciego). Diverticulosis de colon izquierdo. Sin evidencia de hemorragia digestiva alta. AP: lesión colónica de tipo enfermedad inflamatoria intestinal, más probable Crohn por la localización.

Tras diagnóstico de Crohn se deriva a Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, donde inician tratamiento con mesalazina y beclometasona.

**CONCLUSIONES:** En este caso, el diagnóstico final fue sorprendente y no coincidió con las sospechas iniciales, pero sirve para recalcar la vía de actuación ante cuadros de sangrados de origen digestivo. Nuestro paciente se encontraba estable, sin datos de alarma, por lo que se optó por realizar analítica al día siguiente y derivar a través de vía rápida.

## CASOS CLÍNICOS

## ¿Una lata grande o seis latas pequeñas? A propósito de dos casos de Escombroidosis

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 98

Manuel Miralles-Miciukiewicz, Patricia Felpete-López

Se presentan dos casos similares en un hombre y una mujer que acuden a Urgencias Extrahospitalarias por la aparición de exantema morbiliforme en tronco, junto con náuseas, taquicardia, rubor, y sudoración profusa, media hora tras la ingesta de un bocadillo de mayonesa casera, y atún que llevaba abierto en la nevera desde hacía diez días. Los signos vitales a su llegada eran normales.

El diagnóstico diferencial se barajó entre salmonelosis, intoxicación estafilocócica y escombroidosis, decantándonos por la última por los síntomas histaminérgicos de aparición casi inmediata, por lo que se administró suero salino, Dexclorfeniramina y Metilprednisolona, con remisión total de la clínica.

La escombroidosis es una intoxicación a tener en cuenta en pacientes con síntomas histaminérgicos, en la que el interrogatorio clínico cobra especial relevancia, y en la que hay que indagar acerca del consumo de pescado enlatado o mal conservado.

El pescado enlatado o mal conservado favorece la proliferación bacteriana, cuyas enzimas catalizan la conversión de histidina a histamina. La clínica usualmente es benigna, fundamentalmente de síntomas relacionados con la presencia de histamina, y que son rash, rubor, síntomas gastrointestinales y cefalea. Hasta un cuarto de los casos puede cursar con hipotensión, por lo que el tratamiento consiste en antihistamínicos H1 y fluidos.

Puede llegar a requerir observación, ante la posibilidad de toxicidad sistémica, o confundirse con otras reacciones alérgicas. El manejo y conservación adecuados de peces y enlatados son la mejor manera de prevenir esta patología usualmente benigna pero potencialmente grave.

La aplicabilidad del caso se da ante la amplia oferta de atún enlatado en la actualidad, con pacientes que optan por comprar latas grandes y conservarlas en la nevera, en lugar de las latas, por lo que es esperable un aumento de los casos de esta intoxicación, y especialmente en los meses y zonas cálidos.

## CASOS CLÍNICOS

## A propósito de un caso: meralgia parestésica secundaria a masa abdominal

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 99

M<sup>a</sup> Del Carmen Gesto Moreno, Félix Alonso García

**Motivo de consulta:** Dolor y parestesias en miembro inferior derecho.

**Historia clínica:** Mujer de 67 años que consulta por dolor en muslo derecho de 1 mes de evolución. Lo describe como un dolor de tipo neuropático con irradiación a cara externa del miembro. Ante la sospecha diagnóstica de meralgia parestésica, se pauta gabapentina.

Tras múltiples consultas presenciales por mala evolución, la atención se centra en su estado de ánimo, explicando la naturaleza de la meralgia parestésica, y medidas higiénico-dietéticas, recomendando a Avelina bajar de peso. Persiste la clínica a pesar de titulación de gabapentina a dosis plenas, cambiándose a pregabalina

Ante la escasa respuesta terapéutica y mala evolución clínica se deriva a Neurología para valoración.

Ese mismo día, consulta de forma urgente por dolor abdominal. A la exploración éste se muestra distendido, timpánico, con signo de Blumberg positivo. Se palpa masa en flanco derecho. Con diagnóstico de abdomen agudo se deriva al servicio de Urgencias.

A su llegada, se realiza un TC abdominal, que muestra una masa ovárica heterogénea de aproximadamente 24x14x21 cm.

**Conclusión:** Una exploración física completa es fundamental. No busco con este caso estudiar la meralgia parestésica, sus causas o presentación, sino recordar que debemos realizar una exploración sistemática ante todo paciente.

Si yo lo hubiera hecho, le habría ahorrado a Avelina muchas consultas y habríamos llegado antes a la raíz del problema.

## CASOS CLÍNICOS

## "Non só pica a pel"

Tamara Arias Sáez, Belén Santiso Vázquez, Antía Fernández Lorenzo, David Fernández Jiménez

**MOTIVO DE CONSULTA**

Picor de espalda.

**HISTORIA CLÍNICA**

**Antecedentes Persoais:** Non DM. Non DL. HTA. Bebedora ocasional de 1 vaso de viño.

**Antecedentes médico-quirúrxicos:** a seguemento por Hematoloxía por achado incidental de CM IGA kappa en estudo como potencial doante. Non cirurxías previas.

**Anamnese:** acode a PAC tras múltiples asistencia a AP por lesión cutánea subescapular dereita prurixinosa de anos de evolución. No último mes franco empeoramento, con afectación na calidade de vida.

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

COC. BEX. Normohidratada, normoperfundida, normocoloreada. CC: non adenopatías laterocervicais, non bocio, non IVY, non sopros carotídeos. AC: rítmica. AP: MVC. ABD: brande, depresible, non doloroso. Sen masas nin visceromegalias. Dorso: lesión hiperpigmentada hiperestésica de 4cm diámetro en rexión subescapular dereita. Lesións satélite residuais de rascado. Non porta de entrada. Non sobreinfección nin equimoses. MMII: lesións por estase. Non edemas. Pulsos pedios +. NRL: PINR. Non datos de focalidade. Pel: non lesións cutáneas.

**Probos Complementarias:** analítica (BQ, HG, Coagulación) + radiografías + RMN.

**Xuízo clínico:** Notalxia parestésica subescapular dereita.

Diagnóstico diferencial: Eccema tópico / Dermate de contacto / Urticaria crónica / Mastocitose / Notalxia parestésica / Prurito sine materia.

**TRATAMENTO**

Candesartán. Corticoides tópicos de diversas potencias (Suniderma, Lexxema...) + antihistamínicos (melloría parcial, nulo efecto de corticoides).

**EVOLUCIÓN**

Tras múltiples asistencia a AP, tratamentos incorrectos e ineficaces, con empeoramento do cadro, acode a PAC referindo agotamento e incompreensión, afectación anímica e persistencia de prurito intenso.

No contexto dun estudo como potencial doante de MO dunha irmá (falecida), atopan xunto coa elevación das CM IgA kappa, múltiples lesións dexenerativas en columna vertebral, predominantemente cervico-dorsais.

Dito dano é o probable causante do prurito e da lesión cutánea da paciente, tratándose polo tanto dunha Notalxia Parestésica subescapular dereita.

**CONCLUSIÓNS**

Non debemos banalizar as lesións cutáneas crónicas, dado que tras delas moitas veces atópase a patoloxía médica desencadeante.

O doente que consulta en múltiples ocasións, evitemos estigmatizalo, e pasar a facer un correcto diagnóstico diferencial. Patoloxías pouco frecuentes tamén acoden a AP.

## La práctica sistemática y monitorizada de ejercicio físico en el adulto mayor pudiera disminuir la coexistencia de altos niveles de ansiedad y depresión

The systematic and monitored practice of physical exercise in the elderly could reduce the coexistence of high levels of anxiety and depression

Nalleli Tovar Zavala<sup>a</sup>, María Guadalupe Campos Aguilera<sup>b</sup>, Alain Raimundo Rodríguez Orozco<sup>c</sup>

<sup>A</sup> INSTITUTO DE POSGRADO EN PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL, MORELIA, MÉXICO

<sup>B</sup> INSTITUTO DE POSGRADO EN PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL, MORELIA, MÉXICO

<sup>C</sup> FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR. IGNACIO CHÁVEZ". UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO, MORELIA, MÉXICO. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN TEMAS DE FAMILIA, ALERGIA E INMUNOLOGÍA, MORELIA, MÉXICO.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Alain Raimundo Rodríguez Orozco. E-mail: alain.rodriguez@umich.mx

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(3)  
Págs. 101-102

Los modelos de salud mental suelen no ajustarse a los adultos mayores, en específico para ansiedad y depresión<sup>1</sup>, dos padecimientos frecuentes en estas edades y que pueden coexistir y, pocos de estos modelos, incluyen la práctica sistemática y monitorizada de ejercicio físico. Este trabajo preliminar, se hizo con el objetivo de evaluar la relación entre ansiedad y depresión entre adultos mayores que practican actividad físico-deportiva regularmente y los que no.

Se conformaron dos grupos de estudio, uno con todos los adultos mayores de 65 años de edad integrados a una estancia de día del adulto mayor y que practicaban actividad física como mínimo 4 horas a la semana, siendo estas natación y atletismo (carrera), mientras los demás días de la semana al menos hacían caminata durante media hora por día, orientadas por entrenadores capacitados (n=33) y otro con igual número de personas mayores de 65 años de edad, de la misma institución, que no practicaba actividad física-deportiva. Se obtuvo el consentimiento informado. Se usó la escala de Hamilton para evaluar ansiedad, (Alpha de Cronbach = 0,892) y la escala geriátrica de Yesavage, para determinar depresión, (Alpha de Cronbach = 0,794)

Participaron 48 mujeres (72,7%) y 18 hombres (27,3 %). Las edades del grupo que realizaba actividad física regularmente fueron,  $\bar{X}=71,83 \pm 5,27$  y las edades del grupo que no realizaba regularmente actividad física regularmente,  $\bar{X}=71,25 \pm 5,96$ . El primer grupo llevaba haciendo ejercicio con esa intensidad y frecuencia en promedio  $\bar{X}=20,61 \pm 18,94$  años.

Los seis pacientes del grupo que no practicaba ejercicio regularmente y que tuvieron depresión severa tuvieron ansiedad moderada-severa (5) y leve-moderada (1). Al determinar el coeficiente de determinación R cuadrada entre las variables ansiedad y depresión, llama la atención que el modelo lineal explicó el 52,7% de la varianza total en el grupo de pacientes que no practicaba actividad física regularmente, lo cual es alto para dos variables psicológicas que muestran gran variabilidad poblacional. Sin embargo la relación entre niveles de ansiedad y niveles de depresión entre adultos mayores que practicaban ejercicio mostró mucho mayor variabilidad,  $r^2=0.02$ . En el grupo que practicaba ejercicio fue posible encontrar niveles variables de ansiedad y depresión que pudieron coexistir o incluso la ausencia de uno y la presencia del otro trastorno mental pero en el grupo que no practicaba ejercicio regularmente, ambos trastornos mentales tendieron a crecer en el mismo sentido, y altos niveles de ansiedad tendieron a relacionarse con altos niveles de depresión, figura 1.

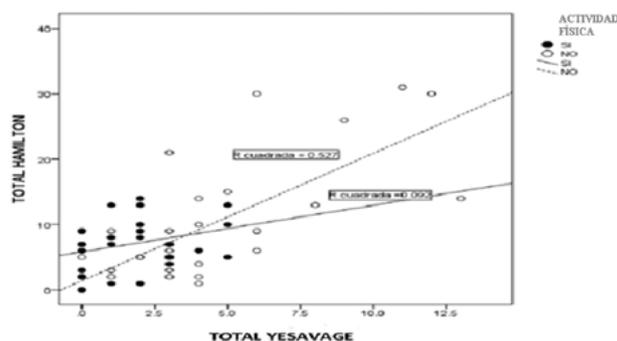


Figura 1. Relación entre ansiedad (puntajes totales alcanzados con la escala Hamilton) y depresión (puntajes alcanzados con la escala Yesavage). Se compara el grupo que realizó actividad físico-deportiva regularmente y el que no.

El incremento de la edad se ha asociado positivamente con la depresión y la ansiedad y negativamente con la función cognitiva y la dependencia funcional<sup>2,3</sup> y el deporte y actividad física inciden de manera positiva en la resolución de la depresión y la ansiedad<sup>4</sup>. Asimismo, el ejercicio y en particular la práctica de actividades aeróbicas cíclicas (carrera, natación, ciclismo o caminar) se ha asociado a mejoría de la ansiedad y la depresión en adultos mayores<sup>5</sup> y a disminución de la ansiedad en contextos de interacción social<sup>6</sup>. La práctica de ejercicio en grupo y orientada por entrenadores capacitados, provee al anciano de una red adicional de apoyo social que impacta en la salud física y mental. Debe considerarse la práctica de ejercicio en grupo sistemáticamente orientada por entrenadores capacitados, junto a la atención médica y psicoterapéutica de la ansiedad y la depresión en los modelos de intervención en adultos mayores con ansiedad y depresión.

Consideraciones éticas: El estudio fue aprobado por el comité de ética e investigaciones del Instituto de Investigación Científica en Temas de Familia, Alergia e Inmunología, Morelia, México con registro CEI-12/19 y se dispone del consentimiento informado por los participantes para su participación en el mismo.

## REFERENCIAS

---

- 1 Aviadan, M. B. B. CH., Eric, J., Lence, M.D. Y Michael, S. (2019). Pride and Prejudice in the Treatment of Depression and Anxiety in acutely Ill Older Adults. *Am J of Geriatric Psychiatry*, 27(4), 391-394. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.01.015>
- 2 Duran-Badillo Tirso, Benítez Rodríguez Víctor Alfonso, Martínez Aguilar Ma de la Luz, Gutiérrez Sánchez Gustavo, Herrera Herrera Jorge Luis, Salazar Barajas Martha Elba. Depresión, ansiedad, función cognitiva y dependencia funcional en adultos mayores hospitalizados. *Enferm. glob.* 2021, 20( 61 ): 267-284. doi:<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.422641>.
- 3 Rodríguez Díaz MT, Cruz-Quintana F, Pérez-Marfil MN. Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. *Index de Enfermería*, 2014; 23(1-2), 36-40. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100008>
- 4 Barbosa, G. S. H., Y Urrea, C. A. M. (2018). Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud físico y mental: una revisión bibliográfica. *Katharsis*, 2018, 25(1)25:141-159. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6369972>
- 5 Aparicio, V. A., Carbonell, A. y Delgado, M. Beneficios de la actividad física en personas mayores. *Rev Int Med Cienc Act Fís Deporte* 2010, 10(40): 556-576. Recuperado de <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista40/artbeneficios181.htm>
- 6 McAuley, E.; Márquez, D; Jerome, G., Blissmer, B. y Katula, J. Phsysical activity and psyque anxiety in older adults: Fitness and efficacy influences. *Aging and Mental Health*,2002, 6(3): 220-230. <https://doi.org/10.1080/13607860220142459>