

REVISTA ANDALUZA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Publicación Oficial de SEMERGEN Andalucía

Año 7 · Vol. 7 · Mayo 2018

ISSN: 2254 - 4410



13º Congreso Andaluz de Médicos de Atención Primaria SEMERGEN Andalucía

*"Nuevos retos,
Nuevas ilusiones"*

Fuengirola
(Málaga)

24, 25 y 26 de mayo de 2018
Hotel IPV Palace



www.congresosemergenandalucia.com
info@congresosemergenandalucia.com



SEMERGEN
C/Montes de 1.º Edif. Parque
Local 2 18004 - Granada
Tel: 902 210 950
Fax: 902 210 959
info@congresos.es

SEMERGEN

REVISTA ANDALUZA DE ATENCIÓN PRIMARIA

La Revista Andaluza de Atención Primaria se distribuye exclusivamente entre los profesionales de medicina.

Consejo editorial:

> Editora Jefe

Dra. D^a. María Rosa Sánchez Pérez
Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Presidenta de Semergen Andalucía.

> Consejo asesor:

Dr. D. Francisco Atienza Martín
Médico de Familia. Centro de Salud M^a Fuensanta Pérez Quirós. Sevilla.

Dr. D. José Escribano Serrano
Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Cádiz.

Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruiz
Médico de Familia. Centro de Salud Armilla Granada.

Dr. D. Juan Gabriel García Ballesteros
Médico de Familia. Centro de Salud Bailén Jaén.

Dr. D. Lisardo García Matarín
Médico de Familia. Centro de Salud Roquetas de Mar. Almería.

Dr. D. Eladio Jiménez Mejías
Universidad de Granada. Granada.

Dr. D. Fernando Leiva Cepas
Médico de Familia. Sanidad Militar. Córdoba.

Dr. D. José Mancera Romero
Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

Dr. D. José Luis Martíncano Gómez
Médico de Familia. Centro de Salud Aracena. Huelva.

Comité Organizador

> Presidente

Dr. D. Rafael Ángel Carrascal Garrido
Médico de Familia. UGC de Armilla. Granada. Vocales

Dra. D^a. María José Cruz Rodríguez
Médico de Familia. Directora UGC Motril-San Antonio. Motril. Granada.

Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruiz
Médico de Familia y Especialista en Medicina del Trabajo. UGC de Armilla. Granada.

Dr. D. Juan Antonio Gil Campoy
Médico de Familia. UGC Virgen del Mar. Almería.

Dr. D. Manuel Jiménez de la Cruz
Médico de Familia. UGC Casería de Montijo. Granada.

Comité Científico

> Presidenta

Dra. D^a. M^a José Aparicio Cervantes
Médico de Familia. UGC Trinidad Jesús Cautivo. Málaga. Miembro de los Grupos de Trabajo Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

> Vocales

Dr. D. Francisco Atienza Martín
Médico de Familia. UGC Fuensanta Pérez Quirós. D5 Sevilla. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento de SEMERGEN.

Dr. D. José Ángel Blanco Leira
Médico de Familia. UGC San Pablo. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Dermatología de SEMERGEN.

Dra. D^a. M^a Montserrat Borge Hierro
Médico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril Centro. Motril. Granada.

Dra. D^a. M^a Dolores Flaquer Antúnez
Médico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo Málaga.

Dra. D^a. Marta García Martín
Médico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Puerta Blanca. Málaga.

Dr. D. Lisardo García Matarín
Médico de Familia. UGC El Parador. Roquetas de Mar. Almería. Miembro del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.

Dr. D. José Mancera Romero
Médico de Familia. UGC Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes y Tutores de SEMERGEN.

Dr. D. José Luis Martíncano Gómez
Médico de Familia. UGC Aracena. Huelva. Miembro del Grupo de Trabajo de Atención al Inmigrante de SEMERGEN.

Dr. D. Manuel José Mejías Estévez
Médico de Familia. UGC Oncología y Paliativos del Hospital de Jerez. Cádiz. Coordinador Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

Junta Directiva SEMERGEN Andalucía

Dra. D^a María Rosa Sánchez Pérez
Presidenta.

Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruiz
Vicepresidente de relaciones Institucionales

Dr. D. Manuel Jiménez de la Cruz
Vicepresidente Económico.

Dr. D. José Mancera Romero
Vicepresidente de desarrollo de proyectos científicos.

Dr. D. Francisco Atienza Martín
Secretario y responsable del área de competencias profesionales.

Dr. D. Eladio Jimenez Mejías
Área de Universidad.

Dr. D. José Luis Martíncano Gómez
Área de evaluación y acreditación de actividades.

Dra. D^a. Rosa Marin Montero
Área de coordinación de actividades provinciales.

Dra. D^a. Francisca Hidalgo Martin
Área de residentes.

Dra. D^a. María José Cruz Rodríguez
Vocal de Granada.

Dr. D. Lisardo Garcia Matarín
Vocal de Almería.

Dr. D. José Escribano Serrano
Vocal de Cádiz.

Dr. D. Fernando Leiva Cepas
Vocal de Córdoba.

Dra. D^a. María José Aparicio Cervantes
Vocal de Málaga.

Dra. D^a. Manuela Sanchez González
Vocal de Sevilla.

Dr. D. Juan Gabriel Garcia Ballesteros
Vocal de Jaén.

Dra. D^a. Mercedes Ramblado Minero
Vocal de Huelva.



Correspondencia Científica:
secretariaandalucia@semergen.es
Tel. 699 626 586

Editor: SEMERGEN Andalucía

Formato: Digital

ISSN: 2254 - 4410

© Copyright 2018 SEMERGEN Andalucía

Reservados todos los derechos.

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito de los titulares del Copyright.

A los efectos previstos en el artículo 32.1, párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de la Revista Andaluza de Atención Primaria con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales.

Cualquier acto de explotación de la totalidad o parte de las páginas de Revista Andaluza de Atención Primaria con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales necesitarán oportuna autorización.

Editorial

Estimados compañeros.

Este año publicamos el séptimo número de la Revista electrónica de SEMERGEN-Andalucía: "Revista Andaluza de Atención Primaria".

El 13^a Congreso Andaluz de Atención Primaria se celebró en Fuengirola (Málaga) y en este número de la Revista se publican los resúmenes de las mesas, talleres y otras actividades, así como las comunicaciones presentadas al congreso y admitidas por el Comité Científico.

Un año más se ha superado la elevada participación de congresistas de ediciones anteriores, destacando el importante número de residentes que eligen nuestro congreso para presentar sus trabajos y adquirir nuevas competencias. Aprovecho este editorial para agradecer y reconocer el trabajo y el esfuerzo personal de todos los profesionales que han participado y han contribuido al éxito obtenido.

El objetivo que plantearon los comités del congreso puede resumirse en tres características fundamentales: actualidad, innovación y dinamismo. Basándose en esos tres aspectos, el lema escogido "Nuevos retos, nuevas ilusiones" manifiesta la esencia de la Atención Primaria, su necesaria renovación y la búsqueda constante de nuevos horizontes y retos que nos permita mejorar la atención a los ciudadanos, a los que nos debemos.

El Comité Científico elaboró un amplio programa formado por 44 actividades congresuales, con talleres prácticos donde además de la actualización de las patologías más prevalentes en las consultas de AP, se realizaron talleres para la adquisición de competencias técnicas que aumentan la capacidad de resolución de los profesionales de AP como dermatoscopia, cirugía menor, ecografía, implantes contraceptivos etc...

En la línea de incrementar la calidad científico-técnica, el congreso está acreditado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), este año se han incluido varias mejoras para cumplir con todos los estándares de calidad, y se contempla la recertificación de competencias a través del programa DPC-SEMERGEN.

Como reflejo de una de las líneas estratégicas prioritarias de SEMERGEN-Andalucía se ha fomentado y potenciado el desarrollo de las capacidades investigadoras de los profesionales a través de una actividad específica que permite a los asistentes mejorar esta competencia. Una potenciación que se ha visto reflejada en el número de co-

municaciones recibidas, un total de 251, superándose las cifras de años anteriores.

De forma paralela al congreso, realizamos las 4^a Jornadas de Atención al Paciente Crónico Complejo, con el importante apoyo de la Escuela Andaluza de Salud Pública, con la que mantenemos una línea de colaboración desde hace años. Las Jornadas están dirigidas a profesionales sanitarios expertos en la atención a las enfermedades crónicas, representantes de Sociedades Científicas de Atención Primaria y a directivos del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Este año las jornadas se centran en la Estrategia para renovación de la Atención Primaria que ha puesto en marcha la administración andaluza en colaboración con las sociedades científicas de AP con el objetivo de reforzar la AP y que sea el eje vertebrador de la atención sanitaria que reciben los pacientes.

Entre los temas tratados podemos destacar una mesa centrada en los cambios organizativos que los equipos de Atención Primaria necesitan para dar respuesta a la nueva realidad asistencial que ocasiona el incremento de patologías crónicas y el incremento progresivo de consultas de patologías de baja complejidad; otra mesa trató sobre los nuevos modelos para la continuidad asistencial en la atención al paciente crónico y en la mesa de cierre se expuso la experiencia desarrollada en un área de gestión sanitaria en la que se ya se han aplicado destacados cambios organizativos tanto a nivel de AP como de Atención hospitalaria.

Este año, nuestro congreso también ha acogido el I Encuentro Andaluz de Medicina Psicosomática, en el convencimiento de que la adquisición de competencias en el abordaje integral de la persona desde su esfera biopsicosocial contribuye a una mejor atención a nuestros pacientes.

Por último quiero agradecer al Comité Organizador el gran esfuerzo realizado para desarrollar este gran número de actividades y al Comité Científico por su trabajo en la preparación del contenido científico y en la valoración de las numerosas comunicaciones recibidas.

María Rosa Sánchez Pérez
Presidenta SEMERGEN Andalucía

Programa Científico

Jueves 24 de mayo

16.30 - 18.00 h. Defensa: Comunicaciones Orales. Sesión 1

Sala Almería

Moderador:

> **Dr. D. José Ángel Blanco Leira**

Médico de Familia. UGC San Pablo. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Dermatología de SEMERGEN.

15.45 - 16.30 h. Defensa: Comunicaciones Orales. Sesión 2

Sala Sevilla

Moderadora:

> **Dra. D^a. María José Aparicio Cervantes**

Médico de Familia. UGC Trinidad Jesús Cautivo. Málaga. Miembro de los Grupos de Trabajo Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

16.30 - 18.00 h. Defensa: Comunicaciones e-Poster.

Sesión 1

Aula Virtual de e-Pósters. e-Póster1

Moderador:

> **Dr. D. Manuel José Mejías Estévez**

Médico de Familia. UGC Ronda Histórica. Sevilla. Profesor. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla. Coordinador Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

Sesión 2

Aula Virtual de e-Pósters. e-Póster2

Moderador:

> **Dr. D. Francisco Atienza Martín**

Médico de Familia. UGC Fuensanta Pérez Quirós. DS Sevilla. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento de SEMERGEN.

16.30 - 18.00 h. Talleres:

Cuando empezar a tratar con insulina y cómo

Sala Sevilla

Ponente:

> **Dr. D. Antonio Hormigo Pozo**

Médico de Familia. Director de UGC Puerta Blanca. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Herramientas para la seguridad del paciente. Usando los medicamentos de manera segura

Sala Córdoba+Jaén

Ponentes:

> **Dra. D^a. Eva Moreno Campoy**

Directora de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Andalucía. Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud.

> **Dr. D. Abraham Hidalgo Rodríguez**

Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario de Granada. Granada.

Manejo de la insuficiencia cardíaca en Atención Primaria

Sala Granada

Ponentes:

> **Dr. D. Lisardo García Matarín**

Médico de Familia. UGC El Parador. Roquetas de Mar. Almería. Miembro del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.

> **Dra. D^a. María José Cruz Rodríguez**

Médico de Familia. Directora de la UGC Motril-San Antonio. Motril. Granada.

Buenas prácticas en el seguimiento de las personas con diabetes tipo 2. Sesión 1

Sala Huelva

Ponentes:

> **Dr. D. Manuel Ruíz Peña**

Médico de Familia. UGC Los Barrios. AGS Campo de Gibraltar. Cádiz. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y Salud Mental de SEMERGEN.

> **Dr. D. Javier Andrés Vera**

Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Olivillo. Cádiz. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Revisión clínica de la medicación en pacientes crónicos complejos

Sala Cádiz

Ponentes:

> **Dra. D^a. María Rosa Sánchez Pérez**

Médico de Familia. UGC Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores de SEMERGEN. Presidenta SEMERGEN Andalucía.

> **Sra. D^a. Mariola Caraballo Camacho**

Farmacéutica. DS Sevilla. Sevilla.

18.00 - 19.30 h. Defensa: Comunicaciones e-Poster.

Sesión 3

Aula Virtual de e-Pósters. e-Póster1

Moderadora:

> **Dra. D^a. Marta García Martín**

Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Puerta Blanca. Málaga.

Sesión 4

Aula Virtual de e-Pósters. e-Póster2

Moderadora:

> **Dra. D^a. María Dolores Flaquer Antúnez**

Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.

18.00 - 19.30 h. Talleres

Aspectos terapéuticos de la enfermedad mitocondrial en Atención Primaria

Sala Córdoba+Jaén

Ponente:

> **Dr. D. Enrique José Gamero de Luna**

Médico de Familia. Especialista en Medicina del Trabajo. UGC El Juncal. Sevilla.

Prescripción de activos en salud

Sala Granada

Ponente:

> **Dra. D^a. María Reyes Díaz Ostos**

Médico de Familia. UGC El Porvenir. Sevilla. Miembro de los Grupos de Trabajo de Comunicación y Dolor de SEMERGEN.

Aspectos prácticos de la anticoagulación

Sala Huelva

Ponentes:

> **Dr. D. Lisardo García Matarín**

Médico de Familia. UGC El Parador. Roquetas de Mar. Almería. Miembro del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.

> **Dr. D. Enrique Martín Riobóo**

Médico de Familia. UGC Poniente. DS Córdoba-Guadalquivir. Córdoba.

Alternativas no farmacológicas en el manejo de la ansiedad

Sala Cádiz

Ponentes:

> **Dr. D. Manuel Álvarez Romero**

Médico Internista. Presidente de la Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomática (SAMP). Sevilla.

> **Sra. D^a. Esther Rodríguez Díaz**

Psicóloga Sanitaria. Psicoterapeuta. Centro Médico Psicosomático. Sevilla.

La arrogancia de la prevención: con qué y hasta cuándo. Sesión 1

Sala Almería

Ponente:

> **Dr. D. Francisco Atienza Martín**

Médico de Familia. UGC Fuensanta Pérez Quirós. DS Sevilla. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento de SEMERGEN.

Insulinización en Atención Primaria. Sesión 1

Sala Sevilla

Ponentes:

> **Dr. D. José Escribano Serrano**

Médico de Familia. UGC San Roque. AGS Campo de Gibraltar. Cádiz. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

> **Dr. D. Antonio Hormigo Pozo**

Médico de Familia. Director de UGC Puerta Blanca. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

19.30 - 21.00 h. Foro/ Conferencia Inaugural

Sala Córdoba+Jaén

21.00 - 21.30 h. Acto Inaugural

Sala Córdoba+Jaén

21.30 h. Cóctel de Bienvenida

Terraza Beatriz Jardín Hotel IPV Palace Planta 0

Viernes 25 de mayo

08.00 - 09.00 h. Defensa: Comunicaciones Orales.

Sesión 3

Sala Córdoba+Jaén

Moderadora:

> **Dra. D^a. María José Cruz Rodríguez**

Médico de Familia. Directora de la UGC Motril-San Antonio. Motril. Granada.

Sesión 4

Sala Granada

Moderador:

> **Dr. D. Francisco Atienza Martín**

Médico de Familia. UGC Fuensanta Pérez Quirós. DS Sevilla. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento de SEMERGEN.

Sesión 5

Sala Huelva

Moderadora:

> **Dra. D^a. M^a Montserrat Borge Hierro**

Médico Residente de 4^º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Motril Centro. Motril. Granada.

Sesión 6

Sala Cádiz

Moderadora:

> **Dra. D^a. María Dolores Flaquer Antúnez**

Médico Residente de 4^º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.

Sesión 7

Sala Almería

Moderador:

> **Dr. D. Manuel José Mejías Estévez**

Médico de Familia. UGC Ronda Histórica. Sevilla. Profesor. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla. Coordinador Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

09.00 - 10.30 h. Defensa: Comunicaciones e-Poster.

Sesión 5

Aula Virtual de e-Pósters. e-Póster1

Moderadora:

> **Dra. D^a. María José Cruz Rodríguez**

Médico de Familia. Directora de la UGC Motril-San Antonio. Motril. Granada.

Sesión 6

Aula Virtual de e-Pósters. e-Póster2

Moderadora:

> **Dra. D^a. Marta García Martín**

Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Puerta Blanca. Málaga.

09.00 - 10.30 h. Talleres

Buenas prácticas en el seguimiento de las personas con Diabetes Tipo 2. Sesión 2

Sala Córdoba+Jaén

Ponentes:

> **Dr. D. Manuel Ruíz Peña**

Médico de Familia. UGC Los Barrios. AGS Campo de Gibraltar. Cádiz. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y Salud Mental de SEMERGEN.

> **Dr. D. Javier Andrés Vera**

Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Olivillo. Cádiz. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Fármacos con efecto anticolinérgicos en el anciano: riesgo/beneficio

Sala Huelva

Ponentes:

> **Dr. D. José Mancera Romero**

Médico de Familia. UGC Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y Tutores SEMERGEN.

> **Dra. D^a. M^a Carmen Montero Balosa**

Farmacéutica de Atención Primaria. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla.

Opioides en el dolor crónico no oncológico: nuevas evidencias. Sesión 1

Sala Cádiz

Ponentes:

> **Dra. D^a. María José Aparicio Cervantes**

Médico de Familia. UGC Trinidad Jesús Cautivo. Málaga. Miembro de los Grupos de Trabajo Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

> **Dr. D. Enrique Alcaraz Vera**

Médico de Familia. UGC La Laguna Cádiz. Miembro del Grupo de Trabajo Dolor de SEMERGEN.

Insulinización en Atención Primaria. Sesión 2

Sala Almería

Ponentes:

> **Dr. D. José Escribano Serrano**

Médico de Familia. UGC San Roque. AGS Campo de Gibraltar. Cádiz. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

> **Dr. D. Antonio Hormigo Pozo**

Médico de Familia. Director de UGC Puerta Blanca. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

09.00 - 20.30 h. Jornada: SAMP

Sala Granada

10.45 - 12.15 h. Defensa: Comunicaciones e-Poster.

Sesión 7

Aula Virtual de e-Pósters. e-Póster1

Moderadora:

> **Dr. D^a. María Dolores Flaquer Antúnez**

Médico Residente de 4^º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.

Sesión 8

Aula Virtual de e-Pósters. e-Póster2

Moderador:

> **Dr. D. José Ángel Blanco Leira**

Médico de Familia. UGC San Pablo. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Dermatología de SEMERGEN.

10.45 - 12.15 h. Mesa: Diabetes

Sala Córdoba+Jaén

Mecanismo de acción de los iSGLT2 y su relación con la Nefropatía Diabética

Ponente:

> **Dr. D. Alberto Tejedor**

Nefrólogo. Hospital General Universitario. Gregorio Marañón. Madrid.

Eficacia y seguridad de los iSGLT2 en la intensificación del tratamiento en DM2

Ponente:

> **Dr. D. Antonio Hormigo Pozo**

Médico de Familia. Director de UGC Puerta Blanca. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

10.45 - 12.15 h. Talleres:

EPOC: Actualización en doble bronco-

dilatación: ¿Todas las combinaciones LAMA/LABA tienen una eficacia similar?

Sala Huelva

Ponentes:

> **Dr. D. Juan Morales Herrera**

MSL Respiratorio. Madrid.

> **Dr. D. Antonio Hidalgo Requena**

Médico de Familia. UGC Lucena. AGS Sur de Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Sra. D^a. Laura Amanda Vallejo Aparicio

Market Access Specialist. Madrid.

Determinación del índice tobillo/ brazo en Atención Primaria

Sala Cádiz

Ponente:

> **Dr. D. Rafael Ángel Carrascal Garrido**

Médico de Familia. UGC Armilla. Granada.

Manejo de la Hidradenitis Supurativa desde Atención Primaria: Proyecto Hércules

Sala Almería

Ponentes:

> **Dra. D^a. María Dolores Fernández Ballesteros**

Dermatóloga Unidad de Hidradenitis Supurativa. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

> **Dr. D. Pablo Fernández-Crehuet Serrano**

Dermatólogo. Unidad Hidradenitis Supurativa. Hospital Reina Sofía de Córdoba.

12.30 - 14.00 h. Defensa: Comunicaciones e-Poster.

Sesión 9

Aula Virtual de e-Pósters. e-Póster1

Moderadora:

> **Dra. D^a. María José Aparicio Cervantes**

Médico de Familia. UGC Trinidad Jesús Cautivo. Málaga. Miembro de los Grupos de Trabajo Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

Sesión 10

Aula Virtual de e-Pósters. e-Póster2

Moderadora:

> **Dra. D^a. M^a Montserrat Borge Hierro**

Médico Residente de 4^º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Motril Centro. Motril. Granada.

12.30 - 14.00 h. Mesa: MSD comprometido con el paciente crónico complejo

Sala Córdoba+Jaén

Moderador:

> **Dr. D. José Mancera Romero**

Médico de Familia. UGC Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y Tutores SEMERGEN.

¿Es posible simplificar el manejo del paciente diabético?

Ponente:

> **Dr. D. Fernando Losada Viñau**

FEA Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Barreras y claves para la excelencia en el manejo del paciente de MARCV: ¿Cómo mejoramos?

Ponente:

> **Dr. D. Juan Jiménez Jáimez**

Cardiólogo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

12.30 - 14.00 h. Talleres:

Innovando en el tratamiento y diagnóstico del Asma

Sala Huelva

Ponentes:

> **Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza**

Médico de Familia. UGC Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

> **Dr. D. Manuel Antonio Santiago Muñoz**

Médico. Área Respiratorio. Sevilla.

Psoriasis

Sala Cádiz

Ponentes:

> **Dr. D. José Ángel Blanco Leira**

Médico de Familia. UGC San Pablo. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Dermatología de SEMERGEN.

> **Dr. D. José Juan Pereyra Rodríguez**

Dermatólogo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Abordaje del paciente con DM2 desde

un punto de vista cardiovascular; casos prácticos

Sala Almería

Ponente:

> **Dr. D. Pedro García Pedreño**

Médico de Familia. UGC Huércal. Almería.

Con el patrocinio de Boehringer Ingelheim

14.00 h. Almuerzo de trabajo

Restaurante Buffet D^o Lola Hotel IPV Palace planta D

16.00 - 17.30 h. Defensa: Comunicaciones e-Poster.

Sesión 11

Aula Virtual de e-Pósters. e-Póster1

Moderadora:

> **Dra. D^a. M^a Montserrat Borge Hierro**

Médico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Motril Centro. Motril. Granada.

Sesión 12

Aula Virtual de e-Pósters. e-Póster2

Moderadora:

> **Dr. D^a. María José Aparicio Cervantes**

Médico de Familia. UGC Trinidad Jesús Cautivo. Málaga. Miembro de los Grupos de Trabajo Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

16.00 - 17.30 h. Talleres:

Arritmias: abordaje y seguimiento

Sala Córdoba+Jaén

Ponente:

> **Dr. D. Juan Carlos Aguirre Rodríguez**

Médico de Familia. UGC Fortuny- Velutti. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Fármacos o palabras: ayudando a la salud emocional del paciente y del profesional

Sala Granada

Ponentes:

> **Dr. D. Manuel Álvarez Romero**

Médico Internista. Presidente de la Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomática (SAMP). Sevilla.

> **Dr. D. Francisco Atienza Martín**

Médico de Familia. UGC Fuensanta Pérez Quirós. DS Sevilla. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento de SEMERGEN.

> **Sra. D^a. Esther Rodríguez Díaz**

Psicóloga Sanitaria. Psicoterapeuta. Centro Médico Psicosomático. Sevilla.

> **Sra. D^a. Estrella Mesa Masa**

Psicóloga Sanitaria. Centro Médico Psicosomático. Sevilla.

Farmacología al final de la vida. Sesión 1
Sala Huelva

Ponente:

> **Dr. D. Manuel José Mejías Estévez**

Médico de Familia. UGC Ronda Histórica. Sevilla. Profesor. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla. Coordinador Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

El síndrome coronario agudo en la consulta de Atención Primaria

Sala Cádiz

Ponente:

> **Dra. D^a. Manuela Sánchez González**

Médico de las Unidades Móviles del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU). Sevilla. Miembro de los Grupos de Trabajo de Urgencias, Dolor y Comunicación de SEMERGEN.

17.30 - 19.00 h. Defensa: Comunicaciones e-Poster.

Sesión 13

Aula Virtual de e-Pósters. e-Póster1

Moderador:

> **Dr. D. Lisardo García Matarín**

Médico de Familia. UGC El Parador. Roquetas de Mar. Almería. Miembro del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.

Sesión 14

Aula Virtual de e-Pósters. e-Póster2

Moderador:

> **Dr. D. Rafael Ángel Carrascal Garrido**

Médico de Familia. UGC Armilla. Granada.

17.30 - 19.00 h. Taller: Vacunación antineumocócica

Sala Córdoba+Jaén

La neumonía Neumocócica. Quién está en riesgo?

Ponente:

> **Dr. D. Antonio Hidalgo Requena**

Médico de Familia. UGC Lucena. AGS Sur de Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Cómo prevenir la neumonía neumocócica. Nuevas evidencias científicas

Ponente:

> **Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza**

Médico de Familia. UGC Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

17.30 - 19.00 h. Talleres:

Actualización Implante contraceptivo. Herramientas de valor. Sesión 1

Sala Huelva

Ponentes:

> **Dra. D^a. María Delgado Gálvez**

Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Comarcal Axarquía. Vélez Málaga. Málaga.

> **Dra. D^a. Ana Rosa Jurado López**

Sexóloga. Instituto Europeo de Sexología. Marbella. Málaga. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Atención a la Mujer y Miembro del Grupo de Trabajo de Sexología de SEMERGEN.

La arrogancia de la prevención: con qué y hasta cuándo. Sesión 2

Sala Cádiz

Ponente:

> **Dr. D. Francisco Atienza Martín**

Médico de Familia. UGC Fuensanta Pérez Quirós. DS Sevilla. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento de SEMERGEN.

Medicina personalizada en el paciente con depresión. Sesión 1

Sala Almería

Ponentes:

> **Dr. D. José Ángel Alcalá Partera**

Psiquiatra. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

> **Sra. D^a. Olga Rojas Corrales**

Farmacéutica de Atención Primaria. AGS Norte de Cádiz. Cádiz.

19.00 - 20.30 h. Defensa: Comunicaciones e-Poster.

Sesión 15

Aula Virtual de e-Pósters. e-Póster1

Moderadora:> **Dra. D^a. Marta García Martín***Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Puerta Blanca. Málaga.***19.00 - 20.30 h. Talleres****Opioides en el dolor crónico no oncológico nuevas evidencias. Sesión 2**

Sala Córdoba+Jaén

Ponentes:> **Dra. D^a. María José Aparicio Cervantes***Médico de Familia. UGC Trinidad Jesús Cautivo. Málaga. Miembro de los Grupos de Trabajo Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.*> **Dr. D. Enrique Alcaraz Vera***Médico de Familia. UGC La Laguna Cádiz. Miembro del Grupo de Trabajo Dolor de SEMERGEN.***Actualización Implante contraceptivo. Herramientas de valor. Sesión 2**

Sala Huelva

Ponentes:> **Dra. D^a. María Delgado Gálvez***Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Comarcal Axarquía. Vélez Málaga. Málaga.*> **Dra. D^a. Ana Rosa Jurado López***Sexóloga. Instituto Europeo de Sexología. Marbella. Málaga. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Atención a la Mujer y Miembro del Grupo de Trabajo de Sexología de SEMERGEN.***19.00 - 20.30 h. Foro de debate. Políticas de renovación de Atención Primaria**

Sala Sevilla

Moderador:> **Dr. D. Joan Carles March Cerdà***Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).***Ponentes:**> **Dra. D^a. Marina Álvarez Benito***Consejera de Salud Junta de Andalucía.*> **Sr. D. José Manuel Baltar Trabazo***Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias.*> **D. Manuel Villegas García***Consejero de Salud Región de Murcia*> **D. Iñaki Berraondo Zabalegui***Viceconsejero de Salud del Gobierno Vasco***Sábado 26 de mayo****9.30 - 11.00 h. Talleres:****Inhaladores en EPOC y ASMA**

Sala Córdoba+Jaén

Ponente:> **Dr. D. Pablo Panero Hidalgo***Médico de Familia. UGC Órgiva. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.***Uso seguro de benzodiazepinas**

Sala Huelva

Ponentes:> **Dr. D. Francisco Atienza Martín***Médico de Familia. UGC Fuensanta Pérez Quirós. DS Sevilla. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento de SEMERGEN.*> **Sra. D^a. Ingrid Ferrer López***Farmacéutica de Atención Primaria. UGC Farmacia Atención Primaria Sevilla (intercentros). Distritos Aljarafe. Sevilla Norte y Sevilla.***Medicina personalizada en el paciente con depresión. Sesión 2**

Sala Almería

Ponentes:> **Dr. D. José Ángel Alcalá Partera***Psiquiatra. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*> **Sra. D^a. Olga Rojas Corrales***Farmacéutica de Atención Primaria. AGS Norte de Cádiz. Cádiz.***9.30 - 12.30 h. Talleres:****Ecografía**

Sala Cádiz

Ponentes:> **Dr. D. Francisco Sarmiento Jiménez***Médico de Familia. UGC Vélez Norte. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SEMERGEN.*> **Dr. D. Ángel Emilio García Arjona***Médico de Familia. UGC Campillos. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SEMERGEN.***Cirugía Menor**

Sala Almería

Ponentes:

> **Dr. D. Antonio José Baca Osorio**

Médico de Familia. UGC Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

> **Dr. D. Jesús Díaz Jiménez**

Médico de Familia. Especialista de Cirugía General y Digestiva. UGC Las Delicias. Málaga.

11.00 - 12.30 h. Farmacología al final de la vida. Sesión 2

Sala Córdoba+Jaén

Ponente:

> **Dr. D. Manuel José Mejías Estévez**

Médico de Familia. UGC Ronda Histórica. Sevilla. Profesor. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla. Coordinador Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

11.00 - 12.30 h. Mesa: Dolor Crónico, Esperanza crónica

Sala Granada

Moderadora:

> **Dra. D^a. María José Aparicio Cervantes**

Médico de Familia. UGC Trinidad Jesús Cautivo. Málaga. Miembro de los Grupos de Trabajo Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

Ponentes:

> **Sr. D. Andrés Cabrera León**

Director de proyectos de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

> **Dra. D^a. María Reyes Díaz Ostos**

Médico de Familia. UGC El Porvenir. Sevilla. Miembro de los Grupos de Trabajo de Comunicación y Dolor de SEMERGEN.

> **Dra. D^a. Manuela Sánchez González**

Médico de las Unidades Móviles del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU). Sevilla. Miembro de los Grupos de Trabajo de Urgencias, Dolor y Comunicación de SEMERGEN.

12.30 - 14.00 h. Talleres:

Dermatoscopia en Atención Primaria

Sala Córdoba+Jaén

Ponente:

> **Dr. D. José Ángel Blanco Leira**

Médico de Familia. UGC San Pablo. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Dermatología de SEMERGEN.

Espirometría

Sala Granada

Ponente:

> **Dr. D. Antonio Hermoso Sabio**

Médico de Familia. UGC La Zubia. Consultorio Bellavista. Cájar. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

Investigación en Atención Primaria: Pública o Perece

Sala Cádiz

Ponentes:

> **Dr. D. Eladio Jiménez Mejías**

Médico de Familia. Profesor del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Granada. Miembro de los Grupos de Trabajo de Actividades Preventivas y Salud Pública y de Medicina Basada en la Evidencia de SEMERGEN.

> **Dra. D^a. Virginia Martínez Ruiz**

Profesora del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Granada.

> **Dr. D. Luis Miguel Martín de los Reyes**

Profesor del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Granada.

Recetando APPS en consulta

Sala Almería

Ponente:

> **Dr. D. Alfredo Ortiz Arjona**

Médico de Familia. UGC La Carlota. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Nuevas Tecnologías de SEMERGEN.

14.00 - 15.00 h. Acto Clausura

Sala Córdoba+Jaén

15.00 h. Almuerzo de Clausura

Salones Reales Hotel IPV Palace Planta-1

Talleres

Revisión clínica de la medicación en pacientes crónicos complejos.

> Dra. D^a. M. Sánchez Pérez

> D^a. M. Caraballo Camacho

La revisión clínica de la medicación es el proceso en el cual, en presencia o no del paciente, se valora la idoneidad terapéutica de cada medicamento, y se la relaciona con la evolución de las patologías que se están tratando, así como la prevención y resolución de los problemas relacionados con la medicación (PRM), la adherencia al tratamiento y el conocimiento que tiene el paciente del tratamiento farmacológico y sus patologías.

Una de las estrategias actuales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) es el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas o necesidades complejas de salud (PPAI-PEC), que pretende abordar la cronicidad de forma integrada, evitando la fragmentación asistencial, incorporando intervenciones que incluyan múltiples perspectivas que de forma global repercutan en una mejora de la calidad de vida de los pacientes. Una de las fases de la implantación de la atención a pacientes complejos consiste en la elaboración del Plan de Acción Personalizado (PAP) para cada paciente. La Valoración Integral Exhaustiva (VIE) es el punto de partida del PAP y entre las dimensiones que incorpora se encuentra la valoración farmacológica. Para llevar a cabo esta valoración el procedimiento recomendado es la revisión sistemática de la medicación, que se fundamenta en la búsqueda de la adecuación y optimización del tratamiento farmacológico a lo largo del tiempo en el paciente crónico con necesidades complejas de salud.

El objetivo de este taller es elevar el nivel de salud y la calidad de vida de los pacientes crónicos complejos polimedcados, fomentando la revisión de la medicación para mejorar la efectividad, seguridad, adecuación y eficiencia de los tratamientos farmacológico, así como integrar el punto de vista o la opinión del paciente.

En 90 minutos de duración del taller, intentaremos mejorar la adherencia de los profesionales a la revisión

de los tratamientos especialmente en pacientes crónicos polimedcados o con potenciales problemas de prescripción. A través de un caso clínico (paciente crónico complejo de edad avanzada y polimedcado) abordaremos los diferentes puntos críticos a revisar en el tratamiento farmacológico, es decir, vamos a redefinir la prescripción para adaptarla a las necesidades reales del paciente, su pronóstico, esperanza de vida, comorbilidades, etc. Trabajaremos con herramientas disponibles y útiles para adecuar los tratamientos, para deprescribir/desprescribir. Abordaremos la valoración de la adherencia terapéutica muy ligada a los resultados en salud que alcancemos y debatiremos sobre distintas intervenciones para mejorarla.

Herramientas para la seguridad del paciente. Usando los medicamentos de manera segura.

> Dra. D^a. E. Moreno Campoy

> Dr. D. A. Hidalgo Rodríguez

Cada día, un elevado volumen de pacientes es atendido y tratado por profesionales sanitarios en Atención Primaria (AP). Los grandes progresos en tecnología y conocimiento en el campo de la medicina han dado lugar a un sistema de salud de enorme complejidad, aumentándose considerablemente los riesgos presentes en la atención sanitaria y la probabilidad de aparición de errores. Es por ello que la Seguridad del Paciente se presenta como un aspecto prioritario en los Servicios Sanitarios.

Sin embargo, los profesionales no suelen haber recibido una formación reglada y habitualmente no es tratada en profundidad en los equipos de Atención Primaria y en los centros de salud, a pesar de que los eventos adversos en atención primaria se presentan en 11 de cada mil consultas, según el ya clásico estudio nacional APEAS. Identificar cuáles son las causas que están relacionadas con dichos eventos adversos en las consultas médicas de AP supone la base para prevenir y disminuir la probabilidad de aparición de EA.

En este sentido, son aspectos relevantes en el ámbito de atención primaria la mejora de la comunicación entre niveles, el adecuado diagnóstico y tratamiento rápido en procesos de riesgo, unos cuidados

y procedimientos seguros, la coordinación dentro del equipo asistencial o la higiene de manos para la prevención de infecciones. No obstante, es el uso de los medicamentos el que requiere una especial atención. Éste supone la primera causa de eventos adversos, dando lugar a casi la mitad de los mismos. Los nuevos avances farmacoterapéuticos, la complejidad de tratamientos y la variedad de actores y ámbitos implicados, conllevan un elevado riesgo en el uso del medicamento.

Cabe recordar que un error de medicación es aquel incidente prevenible que puede causar daño al paciente o provocar una utilización inapropiada de medicamentos, estando bajo el control de los profesionales sanitarios, del paciente o cuidador.

Por consiguiente, este taller tiene como objetivo principal el concienciar y formar a los profesionales sobre los posibles riesgos asociados al uso de los medicamentos, dando a conocer las herramientas disponibles para minimizar los errores de medicación y los eventos adversos. Durante esta actividad, se desarrollarán habilidades para realizar un mapa de riesgos en el uso de los medicamentos, se analizarán e identificarán los puntos de riesgo asociados a los medicamentos a lo largo de la cadena farmacoterapéutica, se establecerán los momentos y ámbitos de mayor riesgo en el uso de medicamentos que pueden dar lugar a un mayor número de eventos adversos, se acordarán cuales son aquellos pacientes en situación de vulnerabilidad en los que se puede producir un mayor número de errores de medicación o podrían ser más graves, se identificarán los grupos terapéuticos y medicamentos de mayor riesgo en atención primaria y, finalmente, se incorporarán herramientas clínicas asistenciales para aplicar prácticas seguras y minimizar los riesgos y errores de medicación.

Prescripción de activos en salud.

> Dra. D^a. M. Díaz Osto

El ser humano es un ser social y sociable por lo que el enfoque de cualquier proceso de salud debe ser **biopsicosocial**, en el que los **determinantes en salud** (las **condiciones** en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, envejecen y se relacionan, en definitiva, **en las que transcurre su vida**) tienen un **impacto en su salud**.

Creer en Salud y bienestar (**Sautogénesis**) fué el legado que Antonosky. Morgan-Ziglio 2008, nos legan el **modelo de activos** en Salud, en el que se trabaja con las fortalezas de la persona y no con el “déficit”.

La **Comunidad (conjunto de personas que viven juntas**, en un mismo lugar, y que establecen **nexos, funciones en común** o cierta organización), a través de la **Salud Comunitaria** participa en la identificación de las **fortalezas o activos** (como los recursos de individuos, de las asociaciones, de organizaciones, físicos, económicos, culturales) de la **Comunidad empoderando**, capacitando, participando, responsabilizando a sus miembros.

En el proceso comunitario intervienen las administraciones, recursos profesionales-técnicos y ciudadanía. A través de querer desarrollar una determinada **Intervención en Salud**, se **mapean los activos** (hacer visible y señalar las fortalezas de la Comunidad que son fuente de bienestar para dicha Intervención). **Solo la Comunidad decide si es un activo o no.** Ello conlleva un trabajo de organización intersectorial precioso y enriquecedor. Se utilizan herramientas cualitativas que permiten el diseño de mapear activos.

El médico de familia debe de “mirar a la calle:

- Nivel 1: en la consulta, abordaje biopsicosocial de la salud
- Nivel 2: Todo el equipo, Promoción de la Salud
- Nivel 3: 1 o dos personas enlazan con la comunidad y la Comunidad también se deja ver en el Centro de Salud

La arrogancia de la prevención.

> Dr. D. F. Atienza Martín

El título hace referencia al artículo de Davis Sackett de 2002 que ponía de manifiesto la actitud arrogante que subyace en muchas recomendaciones preventivas no basadas en evidencias científicas. Esta arrogancia viene dada porque es agresivamente asertiva, persiguiendo a las personas sin síntomas y diciéndoles lo que tienen que hacer para permanecer sanos; es presuntuosa, confiada en que las intervenciones que adoptará, en promedio, harán más beneficio que daño a aquellos que aceptan seguirlas y es soberbia,

arremetiendo contra los que cuestionan el valor de sus recomendaciones.

Se desarrollan los conceptos de los diferentes tipos de prevención (primaria, secundaria, etc.) y se enfatiza en que muchas intervenciones preventivas pueden causar más daño que beneficio.

En concreto se hace una reflexión crítica basada en evidencias científicas de intervenciones farmacológicas sobre el colesterol, la tensión arterial, la diabetes o la osteoporosis.

Se evalúa la evidencia existente sobre el beneficio de algunas vacunas como la vacuna antineumocócica 13 y, por último se repasan las evidencias de intervenciones de diagnóstico precoz de algunos tipos de cáncer como próstata o tiroides que no han conseguido reducir la mortalidad por estos tipos de cáncer.

Taller insulización.

> **Dr. D. J. Escribano Serrano**

> **Dr. D. A. Hormigo Pozo**

Está reconocida la característica de pandemia de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). En nuestro país, los últimos estudios han elevado la prevalencia de la DM hasta el 12% de la población adulta, con la característica añadida de que un tercio de ella es desconocida¹.

La DM2 está considerada como un factor de riesgo elevado para la enfermedad cardiovascular. En España entre el 21 y el 31 % de los pacientes con DM2 sufren alguna forma de macroangiopatía, representando un porcentaje alrededor del 20% de los pacientes coronarios². Se conoce que la mortalidad cardiovascular en la DM2 es extraordinariamente elevada, alrededor del 70%³.

Es una evidencia la necesidad y beneficio de un buen control metabólico^{4, 5}. El inicio de la terapia con insulina suele generar resistencias, en este taller se intenta adiestrar a los médicos y resolver los problemas que pueda acarrear, además de facilitar herramientas de coordinación y desarrollo en el ámbito de la Atención Primaria incluyendo el papel de la enfermería, por las características de cronicidad, alta prevalencia y necesidad de coordinación de todas las actividades en la DM2⁶.

El objetivo esencial será la individualización del tratamiento con insulina, adecuación a cada paciente según sus características, con aplicación de los dis-

tintos algoritmos y guías de las Sociedades científicas^{7, 8}.

Bibliografía:

1. Estudio epidemiológico de la diabetes en España. Estudio «di@bet.es». <http://www.redgdps.org/index.php?idregistro=483> (consultado Marzo 2011)
2. Villar F, Banegas JR, Donato J, Rodríguez-Artalejo F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Informe SEA 2003. Madrid 2003
3. Eckel RH, Kahn R, Robertson RM, Rizza RA.. Preventing cardiovascular disease and diabetes: a call to action from the ADA and AHA. *Circulation*. 2006;113:2943-
4. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Neil HA, Matthews DR. Long-term follow-up after tight control of blood pressure in type 2 diabetes. *N.Eng J Med*. 2008;359(15): 1577-898.
5. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, et al. Association of glycemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ*. 2000; 321(7258): 405-12.
6. Artola S, García-Soidan J, Nvarro-Perez J, Goday A, Gorgojo JJ, Franch J Consenso de GEDAPS para el inicio de la insulización en pacientes con DM2. Disponible en: <http://www.redgdps.org/index.php?idseccion=304> (Marzo 2011)
7. Algoritmo de tratamiento de la DM2. RedGEDAPS 2009. Disponible en <http://redgdps.org>
8. Menéndez E, Lafita J, Artola S, Millán J, Alonso A, Puig M, García JJ, Álvarez F, García J, Mediavilla JJ, Miranda C, Romero R. Documento de consenso - Recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2. *Av Diabetol*. 2010;26:331-8.

Fármacos con efecto anticolinérgico en el anciano: riesgo y beneficio.

> **Dr. D. J. Mancera Romero**

> **Dra. D^a. M. Montero Balosa**

Numerosos medicamentos indicados en el paciente mayor presentan una importante carga anticolinérgica. Situaciones clínicas como la depresión, espasmos musculares, parkinson, alergia, hipersecreción

ácida, náuseas, vómitos, vejiga hiperactiva, psicosis o alteraciones de la motilidad intestinal, entre otras, son tratadas frecuentemente con fármacos anticolinérgicos o bien con medicamentos que presentan importantes efectos adversos anticolinérgicos.

Los efectos anticolinérgicos pueden manifestarse a nivel periférico (disminución de secreciones, enlentecimiento de la motilidad intestinal, visión borrosa, aumento de la frecuencia cardíaca, boca seca, estreñimiento, retención urinaria) o central (deterioro cognitivo, delirium, falta de concentración, pérdida de memoria, exacerbación de síntomas cognitivos en personas con deterioro cognitivo).

La aparición de los efectos anticolinérgicos en el paciente mayor no sólo puede agravar una patología ya existente sino motivar la indicación de nuevos tratamientos en forma de cascada terapéutica.

El objetivo del taller es poner de manifiesto la importancia de la valoración de la carga anticolinérgica en el paciente mayor polimedicado. Se analizarán las distintas escalas de valoración anticolinérgicas disponibles así como una herramienta (calculadora) online que facilita y agiliza la toma de decisión terapéutica en pacientes con medicamentos anticolinérgicos. Estos tratamientos han sido identificados y priorizados en los programas de deprescripción en una población vulnerable como son los ancianos.

Se utilizará una metodología basada en la exposición y discusión de las evidencias actuales sobre fármacos y escalas anticolinérgicas. Se abordará una parte práctica fundamentada en la utilización de la herramienta online en 5 casos clínicos de pacientes polimedificados.

Diagnóstico de las Arritmias en Atención Primaria.

> Dr. D. J. Aguirre Rodríguez

Las arritmias son un frecuente motivo de consulta en Atención primaria, bien porque el paciente consulte por palpitaciones, disnea, cansancio, etc, o bien por tratarse de hallazgos casuales en estudios electrocardiográficos de rutina a pacientes crónicos: diabéticos e hipertensos, sobre todo.

El médico del primer nivel asistencial debe de estar familiarizado con las principales arritmias para saber manejarlas sin perder la tranquilidad y decidir

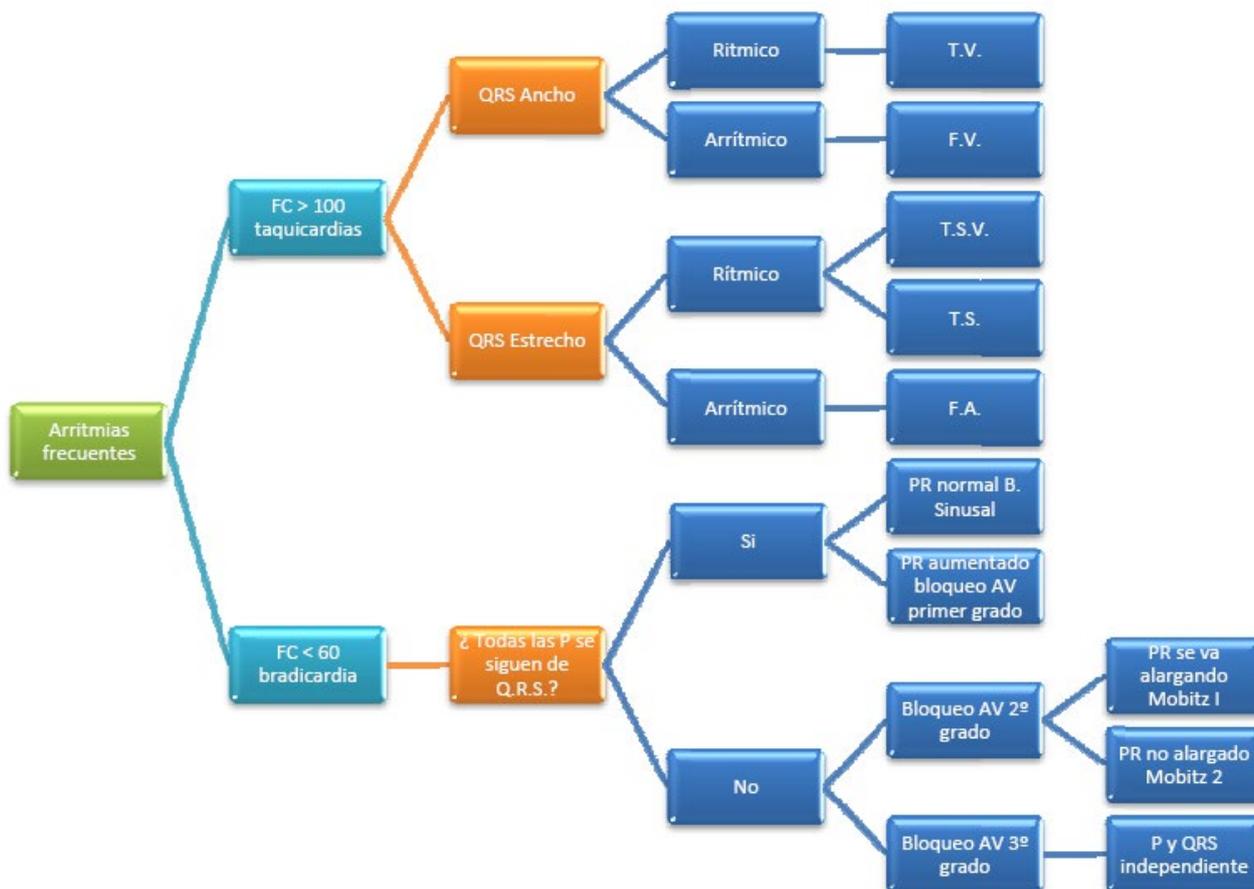
cuales precisan tratamiento y cuáles no, y en caso de precisar algún tratamiento saber decidir si éste debe administrarse de forma urgente.

Para introducirnos en el manejo de las arritmias debemos de seguir un procedimiento sistemático para la interpretación de los electrocardiogramas, y no dejarnos llevar por alteraciones más o menos llamativas que puedan hacer perder la visión global del trazado. En primer lugar, aunque de escasa importancia para la interpretación de las arritmias, calcularemos el eje cardíaco (de forma rápida, valorando sólo las derivaciones I y AvF): el eje normal, tiene un trazado positivo en ambas derivaciones.

A continuación analizaremos la velocidad del trazado (bradicardias, menos de 60 latidos por minuto y taquicardias si son más de 100) y seguiremos con la amplitud del QRS para obtener trazados con QRS ancho (más de 3 cuadritos de 1 mm) y QRS estrecho (o normal). Si el trazado es rítmico o arrítmico nos aportará la información definitiva para clasificar las principales arritmias; así tendremos, por ejemplo: taquicardias con QRS estrecho y arrítmicas (o dicho de otro modo fibrilación auricular) o taquicardias con QRS estrecho rítmico (como podría ser la taquicardia sinusal o la taquicardia supraventricular), entre otras muchas posibilidades (ver esquema).

Por último, analizaremos el segmento PR para detectar posibles bloqueos auriculoventriculares, y dependiendo de la relación entre la onda P y la onda R obtendremos bloqueos de grado I, II (con variantes Mobitz 1 y Mobitz 2) y grado III.

En resumen valoraremos diferentes electrocardiogramas y decidiremos que tipo de tratamiento farmacológico o eléctrico precisan en cada caso: Beta bloqueantes, digoxina, antagonistas del calcio, amiodarona y sus respectivos antídotos, y posibilidades de desfibrilación o cardioversión.



Farmacología al final de la vida.

> Dr. D. M. Mejías Estévez

Para un adecuado manejo de la terapéutica disponible para los pacientes en el final de la vida, es fundamental partir de unas ideas claras y prácticas de unos conceptos y herramientas implas u horas de una persona, es fundamental conocer los ser capaces de estimar el prons pluripatol y unidades de Cuidados Paliativícitos en la misma. Lo primero, es saber que los Cuidados Paliativos, los cuáles deben ser conocidos por todos los profesionales sanitarios (especialmente por los Médicos de Atención Primaria), ayudan al paciente y a sus familias a obtener la mejor calidad de vida y el menor sufrimiento posibles en las enfermedades terminales (oncológicas y no oncológicas), especialmente en la última fase de la vida. En los casos muy complejos, es cuando este trabajo se comparte con los especialistas de equipos y unidades de Cuidados Paliativos. Este tipo

de enfermedades, deben conocerse y poder ser diferenciados de los pacientes pluripatológicos o crónicos complejos.

Por lo tanto, en la toma de decisiones de estas situaciones, es muy importante ser capaces de estimar el pronóstico, así como identificar la situación de últimos días o agonía. En estos últimos días u horas de vida de una persona, es fundamental conocer la utilidad de los fármacos que ayudan a que los síntomas que pueden aparecer, no acarren sufrimiento al moribundo, así cómo, saber atender las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del mismo y las de su familia o allegados (fundamental para un adecuado proceso de duelo). Y en referencia a esta idea, saber aplicar en los casos necesarios el procedimiento de una sedación paliativa, la cuál, debe establecerse con las mejores garantías para establecerse en los casos en que un proceso de muerte digna se interrumpe por síntomas refractarios a las medidas habituales.

Bibliografía recomendada:

- Domínguez R, Mejías MJ, Gañan JM. Manejo farmacológico de la sedación paliativa en la agonía. *Rev ROL Enferm* 2017; 40(2): 111-118.
- Mejías MJ. *Guía práctica de manejo domiciliario del dolor y otros síntomas*. 2ª edición. Editorial Sanai-dea. Octubre 2016. ISBN 978-84-617-5641-4.
- Porta J, Gómez X, Tuca A et col. *Manual control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Institut Català d'Oncologia. Enfoque Editorial S.C. 3ª Edición. 2013.

Fármacos o palabras: ayudando a la salud emocional del paciente y del profesional.

- > Dr. D. M. Álvarez Romero
- > Dr. D. F. Atienza Martín
- > Sra. D^a. E. Rodríguez Díaz
- > Sra. D^a. E. Mesa Masa

El taller consta de tres estaciones.

- Estación 1: identificación del síndrome de burn-out. Se profundiza en los síntomas y signos de alarma y las herramientas de detección. Se explican los mecanismos implicados en el desgaste personal y emocional de los profesionales.
- Estación 2: ¿Qué puedo hacer desde mi cuerpo? Se realizan ejercicios prácticos que mejoren el equilibrio corporal aplicando técnicas de relajación, meditación, mindfulness y autocompasión
- Estación 3: ¿Qué puedo hacer desde mi mente? Se explican los mecanismos cognitivos que generan problemas, de manera especial las distorsiones cognitivas y la rigidez psicológica y se practican ejercicios de reestructuración cognitiva y de aceptación y compromiso

Medicina personalizada en el tratamiento con depresión.

- > Dr. D. J. Alcalá Partera
- > Dra. D^a. O. Rojas Corrales.

La medicina personalizada tiene como objetivo intentar identificar qué características de un individuo pueden predecir el resultado de un tratamiento concreto ante una patología. Por otra parte la depresión pro-

voca un gran impacto en la calidad de vida del paciente y afecta significativamente al funcionamiento en los ámbitos social y laboral, llegando a producir en numerosas ocasiones gran sufrimiento a la familia y al entorno inmediato.

La prevalencia de la depresión en España a lo largo de la vida oscila entre el 8 y el 15%. El médico de atención primaria, puede llegar a atender en algún momento de su evolución entre el 42% y el 72% del total de pacientes deprimidos.

Los objetivos de este taller son principalmente:

1. Conocer los principales criterios diagnósticos de un episodio depresivo.
2. Definir las diferentes opciones de tratamiento ante un episodio depresivo: psicoterapia, fármacos y otras posibilidades de intervención.
3. Conocer las características de los principales fármacos indicados ante un episodio depresivo.
4. Conocer las características de las principales técnicas de psicoterapia indicadas ante un episodio depresivo.
5. Identificar las principales características de un paciente con depresión, que pueden predecir una buena respuesta a un tratamiento específico.
6. Diseñar un plan de actuación para mejorar la atención personalizada al paciente con depresión en atención primaria y llevar a cabo un uso racional del medicamento antidepressivo.

La modalidad de formación que se llevará a cabo será principalmente presencial y con técnicas didácticas a desarrollar mediante explicación oral, discusión y/o debate junto a resolución de casos de la práctica clínica diaria.

Opioides en el dolor crónico no oncológico. Nuevas evidencias.

- > Dra. D^a. M. Aparicio Cervantes
- > Dr. D. E. Alcaraz Vera

Introducción

El dolor crónico es un problema de salud pública, cuyo abordaje resulta prioritario por su elevada prevalencia y su repercusión en la calidad de vida de los pacientes, ya que interfiere en su capacidad para desarrollar actividades de la vida diaria, familiar y laboral, convirtiéndose en la actualidad en una "Enfermedad" en sí mismo y no como un síntoma aislado,

de ahí la importancia de su visión desde un contexto más amplio, es decir, su abordaje desde todas las esferas que confluyen en él, en definitiva una visión desde el punto Bio-psico-social.

Se estima que uno de cada seis españoles (**17%**) sufre dolor crónico, cifra nada despreciable, más llamativa si tenemos en cuenta cifras epidemiológicas como: **más del 40%** de las consultas de AP son por este síntoma y suponen casi un **54%** de las urgencias, el **35%** lo padecen toda la vida y además en un **58%** refieren no estar satisfechos con su tratamiento.

La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad identificó al dolor como una de las líneas prioritarias de trabajo para mejorar la salud de la población.

Uno de sus objetivos es promover una atención segura para el paciente, para lo que recomienda fomentar procedimientos consensuados para mejorar la seguridad en el manejo de los medicamentos relacionados con el dolor e implementar prácticas seguras.

Los analgésicos **OPIOIDES** son un componente fundamental del tratamiento del dolor agudo, del dolor quirúrgico y del dolor crónico de origen oncológico, pero su papel en el dolor crónico no oncológico es más controvertido, especialmente su efectividad y seguridad a largo plazo.

A pesar de ello, su uso ha experimentado un notable aumento en la pasada década, en gran medida por el incremento de utilización en el dolor crónico no oncológico, estimándose en un **83%** su incremento en general según un informe de la AEMPS

El consumo de **OPIOIDES MAYORES** se multiplicó por 12, debido principalmente al incremento de la utilización del fentanilo transdérmico y oxicodona en combinación

En el año 2013, financiado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se llevó a cabo el Proyecto MARC con el objetivo de elaborar una lista de medicamentos de alto riesgo para los pacientes con patologías crónicas. Identificándose a **LOS OPIOIDES** como uno de los grupos farmacológicos de mayor riesgo siendo prioritario una implantación de prácticas seguras en su uso en este tipo de pacientes.

Objetivo del taller

Establecer prácticas seguras para el uso de **OPIOIDES EN DCNO**, dirigidas a prevenir los errores de me-

dicación y reducir los eventos adversos previsibles causados por estos medicamentos así como conocer las generalidades de su manejo, intervenciones farmacológicas según la mejor evidencia disponible y desmitificar los puntos críticos de su utilización., todo resumido en buenas prácticas de uso.

Resumen

El DCNO es aquel que persiste más allá de 3-6 meses cuya causas no amenazan la vida pero si generan un importante deterioro físico y psíquico, y refiriéndonos ya en concreto al DCNO de origen musculoesquelético decir que sus características son: duración >3 meses, intensidad según la escala EVN >4 y pudiendo ser continuo o intermitente (más de 5 veces a la semana)

El abordaje del mismo debe ser individualizado, consensuado y multidimensional.

Es importante en este procedimiento conocer el perfil del paciente y sobre todo conocer y clasificar el tipo de dolor e intensidad que tiene, porque estas premisas condicionaran la utilización de una u otra intervención farmacológica, no farmacológica o ambas.

En referencia al uso de **OPIOIDES EN EL DCNO**, los puntos clave a tener en cuenta son: no son fármacos de primera elección, siendo su uso controvertido a largo plazo, deben restringirse su uso al dolor de intensidad moderada/severa y que afecte de forma importante a la funcionalidad y calidad de vida, se debe iniciar con opiodes débiles y en caso de utilizar opiodes mayores a la menor dosis posible, teniendo en cuenta su retirada en caso de aparición de efectos adversos o no alcanzar los objetivos.

El opiode mayor de elección es la Morfina, no existiendo evidencia que los nuevos opiodes y presentaciones ofrezcan ventajas y además existe menor experiencia en su uso y seguridad.

Uso seguro de benzodiazepinas.

> **Dr. D. F. Atienza Martín**

> **Dra. D^a. I. Ferrer López**

Se plantea la eficacia y seguridad del uso continuado de benzodiazepinas en los trastornos de ansiedad y en el insomnio. Las evidencias disponibles indican que la eficacia de estos fármacos se iguala a placebo en

unas 4 semanas por lo que su uso continuado es consecuencia de la tolerancia y dependencia que origina.

El uso continuado de benzodiazepinas se ha asociado a problemas de seguridad del paciente relacionados con:

- Aumento de mortalidad por todas las causas
- Aumento de problemas cognitivos y demencia
- Aumento del riesgo de caídas y fracturas de cadera
- Aumento de accidentes de tráfico
- Aumento del riesgo de neumonía y de mortalidad por esta enfermedad

Se plantean las intervenciones efectivas para disminuir su uso a nivel poblacional y personal que presentan NNT muy aceptables.

Entre estas intervenciones están la información dada por agentes sanitarios, la información escrita y la utilización de pautas descendentes para la deshabitación.

Se explican las alternativas más efectivas que son, fundamentalmente, intervenciones de terapia cognitiva y comportamental.

Inhaladores en EPOC y ASMA.

> Dr. D. P. Panero Hidalgo

La vía inhalatoria constituye la vía más adecuada para la administración de fármacos en patología respiratoria, fundamentalmente ASMA y EPOC ya que conseguimos que el fármaco llegue de forma directa al órgano diana, con menos dosis y por tanto con menos efectos secundarios y mayor eficacia. Para esto utilizamos los dispositivos de inhalación, que cada vez son más variados y con más fármacos disponibles lo que nos obliga a conocerlos y estar familiarizados en su uso.

Sin embargo, pese a la disposición de información por parte de los profesionales para mejorar sus conocimientos tanto de la técnica como de los diferentes dispositivos de inhalación, aun continúan existiendo dificultades a la hora de indicar el dispositivo más adecuado así como lo que contiene cada uno, y por tanto saber el que está indicado en EPOC y/o en ASMA. Esto se pone de manifiesto en estudios recientes de forma que se ha recogido que hasta un 85 % de los profesionales involucrados en el tratamiento de patología respiratoria, presentaban un co-

nocimiento insuficiente. Esto repercute obviamente de forma negativa en el control de la enfermedad de nuestro paciente.

Para mejorar el conocimiento se ofrece este taller donde se hará un repaso de las indicaciones de los inhaladores: presurizados, de polvo seco y nebulizadores. Se comentarán los diferentes dispositivos existentes, las ventajas y desventajas de cada uno así como los principios activos que contienen para saber los que están indicados en ASMA o EPOC o en ambos. Igualmente aprenderemos qué circunstancias serían las deseables a tener en cuenta a la hora de decidir el inhalador más adecuado para nuestro paciente y conocer cuál es la técnica inhalatoria correcta para explicársela a nuestro paciente y de esta forma, conseguir el control adecuado de su patología respiratoria.

Aspectos Terapéuticos de la enfermedad mitocondrial en Atención Primaria.

> Dr. D. E. Gamero de Luna

Bajo el término de enfermedad mitocondrial se ubican un amplio grupo de trastornos genéticos que se traducen principalmente, en alteraciones en los sistemas mitocondriales de producción de energía, aunque también pueden afectarse otras funciones mitocondriales relacionadas con la dinámica mitocondrial, las vías de señalización celular, la gestión de iones, especialmente el calcio, o la gestión de fosfolípidos de membranas. Hace unos 20 años se consideraban enfermedades extremadamente raras, que daban lugar a dramáticos cuadros, habitualmente de curso fatal en los primeros años de la vida. Actualmente se sabe que puede encontrarse una mutación patógena en 1 de cada 200 nacidos vivos, aunque su expresión fenotípica es menos frecuente (1:4300), constituyen el grupo más común de trastornos metabólicos hereditarios y una de las formas más usuales de trastornos neurológicos heredables, encontrándose, además, en la base patogénica de un gran número de enfermedades, especialmente en procesos neurodegenerativos, metabólicos, cardiovasculares, inflamatorios, de envejecimiento y cáncer.

Aunque típicamente afecta a órganos y sistemas inicialmente no conectados entre sí, su forma de presentación más frecuente es la de aglutinar síntomas

inespecíficos de curso progresivo y fluctuante, entre los que predominan la falta de fuerza y fatiga. No es raro que el paciente, como ocurre con otras enfermedades minoritarias, se vea obligado a enfrentarse no sólo a una odisea para su diagnóstico, sino también a la limitación de su entorno sociosanitario para comprender el impacto que la enfermedad le ocasiona en su vida diaria.

Si bien algunas de las enfermedades mitocondriales cuentan en la actualidad con tratamientos específicos, no es esta la realidad para la mayor parte de ellas, en las que las terapias existentes son ineficaces cuando no tienen efectos deletéreos. Por otra parte, estos pacientes van a requerir tratamientos de mantenimiento de complejidad variable y un particular cuidado con la farmacoterapia que habitualmente es utilizada para otros procesos.

El médico de familia, como médico de personas, dentro del esquema general de la atención sanitaria, se encuentra en el lugar necesario para, desde una visión holística de la persona, integrar las manifestaciones diversas que presentan estos pacientes y que escapan a la visión del médico centrado en órganos; y a prestar un adecuado abordaje biopsicosocial, que abarca, desde la integración de los tratamientos específicos, el asesoramiento en las medidas generales, la conciliación de la medicación y del consejo genético, a la atención familiar y acompañamiento del paciente y su familia en el proceso de la enfermedad.

Taller de Psoriasis.

> Dr. D. J. Blanco Leyra

> Dr. D. J. Pereyra Rodríguez

El paciente psoriásico en un paciente crónico complejo por estar implicadas las esferas bio-psico-social. Además de la elevada prevalencia de esta enfermedad situada en torno al 1-2%.

Por otra parte la cronicidad es una característica intrínseca propia de la Atención Primaria de adultos. De ello se infiere la utilidad de este taller, donde además de recordar el diagnóstico y actualizar el tratamiento, se insistirá el papel del médico de familia para control y seguimiento a lo largo de toda la vida de los pacientes y una atención especial debido a la importante asociación de la psoriasis con los factores de riesgo cardiovascular.

Comprender la enfermedad, sus mecanismos fisiopatológicos, su expresión como respuesta inflamatoria cutánea, brotes de tipo agudo, el entorno clínico, sociológico, factores desencadenantes, así como los aspectos psicológicos de los pacientes, será el objetivo principal.

Se justifica, por tanto, la participación del médico de familia perteneciente al Grupo de Trabajo de Dermatología de SEMERGEN y un especialista en Dermatología del Departamento de Dermatología del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, en este taller, que nos hablará principalmente, tanto de los tratamientos clásicos como de las últimas novedades en cuanto a posibilidades terapéuticas de esta dermatosis inflamatoria crónica.

Por último, esperamos que al finalizar el taller los alumnos asistentes serán capaces de conocer las distintas expresiones clínicas y diagnóstico diferencial de la psoriasis, conocer la lesión elemental, y los factores etiopatogénicos conocidos, así como detectar y tener en consideración el perfil cardiovascular del paciente psoriásico. Así mismo saber evaluar las modalidades terapéuticas más adecuadas a cada paciente según el estadio de la enfermedad y su seguimiento y criterios de derivación al segundo nivel asistencial.

Taller: Dermatoscopia en Atención Primaria.

> Dr. D. J. Blanco Leira

La Dermatoscopia o microscopía de epiluminiscencia es una novedosa técnica no invasiva muy importante para el diagnóstico precoz del melanoma, aumenta la especificidad y sensibilidad en el diagnóstico de tumores cutáneos pigmentados y en el cáncer cutáneo no melanoma, sirve para la derivación de lesiones en estadio precoces, y evita la exéresis inútil de muchos nevos.

Además, es de interés para el seguimiento periódico y preciso de la evolución de nevos atípicos en paciente con factores de riesgo, tanto en los programas de teledermatología implantados en atención primaria como en su versión digitalizada a través de aplicaciones como el Fotofinder.

A partir del estudio de patrones y estructuras que son invisibles a simple vista, así como la observación de colores, y vasos en las lesiones, mediante el der-

matoscopia, podrá el médico de familia llegar a familiarizarse con esta técnica que se halla integrada entre el diagnóstico clínico y el histopatológico.

En esta actividad formativa se espera que el alumno sea capaz de comprender los principios de funcionamiento de un dermatoscopio, que sea capaz de identificar patrones globales en Dermatoscopia y llegue mediante el universalmente aceptado diagnóstico en 2 etapas a poder discernir entre las lesiones melanocíticas de las no melanocíticas, y hacer así un diagnóstico más preciso de las lesiones pigmentadas.

Por otra parte aprenderá los criterios dermatoscópicos mediante análisis de patrones validados de tumores cutáneos no melanoma, como el dermatofibroma, angiomas, quiste seboreicos y **cáncer** cutáneo no melanoma como el carcinoma basocelular y otros.

El alumno conocerá las diferencias y criterios dermatoscopia del nevo atípico, nevo de Spitz y los criterios dermatoscópicos del melanoma.

Actualización en doble broncodilatación. ¿Todas las combinaciones LAMA/LABA tienen una eficacia similar?

- > Dr. D. A. Hidalgo Requena
- > Dra. D^a. L. Vallejo Aparicio
- > Dr. D. J. Morales Herrera

La EPOC se define como una enfermedad respiratoria caracterizada por síntomas persistentes y limitación crónica al flujo aéreo, causada principalmente por el tabaco.

GesEPOC 2017 ha sustituido la clasificación de gravedad inicial por una clasificación de riesgo mucho más sencilla (bajo o alto riesgo). De bajo riesgo: pacientes que pueden ser tratados y seguidos en cualquier nivel asistencial y con escasos requerimientos de pruebas complementarias. De alto riesgo: pacientes que requieren una evaluación más precisa para establecer su fenotipo. Se recomienda la determinación del fenotipo clínico únicamente en pacientes de alto riesgo: no agudizador, EPOC-asma (ACO), agudizador con enfisema y agudizador con bronquitis crónica.

El importante desarrollo farmacológico en el campo de la EPOC ha permitido disponer de diferentes opciones de tratamiento que han puesto de mani-

fiesto que la respuesta clínica puede ser diferente según determinadas características de la enfermedad. De esta manera, se propone un tratamiento personalizado, estratificado por nivel de riesgo y condicionado por el fenotipo clínico. La base del tratamiento farmacológico de la EPOC es la broncodilatación, y también es el único tratamiento recomendado en pacientes de bajo riesgo. En los pacientes con alto riesgo se añadirán diversos fármacos a los broncodilatadores según el fenotipo clínico.

Tras la clasificación del nivel de riesgo, los pacientes con bajo riesgo recibirán inicialmente un LAMA. En caso de persistencia o empeoramiento de los síntomas o las agudizaciones, se incrementará el tratamiento a la doble terapia broncodilatadora (LABA/LAMA).

Los pacientes de alto riesgo recibirán como primera elección una combinación de LABA/LAMA. En caso de persistencia o empeoramiento de los síntomas o agudizaciones, se determinará el fenotipo y se añadirán fármacos de acuerdo con el fenotipo del paciente.

Bibliografía:

Grupo de trabajo GesEPOC. Guía práctica para el diagnóstico y el tratamiento de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)-Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Versión 2017. Arch Bronconeumol, 2017; 53 (supl 1): 2-64.

Buenas Prácticas en el seguimiento de las personas con Diabetes Tipo 2.

- > Dr. D. J. Andrés Vera
- > Dr. D. M. Ruiz Peña

Introducción

La Diabetes Mellitus 2 (DM2) es un grave problema de salud pública en España. En el estudio di@bet.es destacan que la prevalencia de diabetes en España es del 13,8%, donde el 6% es desconocida, cifra que asciende a casi el 30% si se tiene en cuenta cualquier tipo de alteración del metabolismo hidrocarbonado.

Probablemente estas cifras vayan en aumento en los próximos años como consecuencia del aumento de la obesidad y de la vida sedentaria.

Diagnóstico de la diabetes

El diagnóstico de la DM2 se sustenta en cuatro pilares básicos que son la clave para entender si nuestro paciente padece o no está enfermo. En la actualidad, los criterios que la definen son: glucemia basal en ayunas, sobrecarga oral de glucosa (SOG), HbA1c y clínica de hiperglucemia.

Entenderemos que existe DM2 si en al menos dos determinaciones analíticas

aparece la glucemia basal en ayunas ≥ 126 mg/dl, glucemia a las dos horas de la SOG con 75gr de glucosa ≥ 200 mg/dl y/o HbA1c $\geq 6,5\%$. De igual manera, es establecerá el diagnóstico de DM2 sin necesidad de confirmación si aparece una glucemia al azar ≥ 200 mg/dl acompaña de la clínica cardinal de hiperglucemia (poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso).

Taller de investigación en Atención Primaria: Publica o perece.

> Dr. D. Eladio Jiménez Mejías

> Dra. D^a. Virginia Martínez Ruiz

> Dr. D. Luis Miguel Martín de los Reyes

El presente taller tiene como objetivo capacitar a los participantes en la identificación de los principales elementos de un trabajo científico original, su estructura correcta, así como las fuentes más importantes de comisión de errores en la elaboración del mismo, que son con frecuencia, causa de rechazo por parte de los revisores de revistas científicas biomédicas.

Consta de una primera parte expositiva en la que se hace hincapié en las claves para la correcta elaboración del título, la introducción, los aspectos metodológicos básicos y las conclusiones de un manuscrito científico. Seguidamente, los discentes serán distribuidos en tres grupos. Cada uno de ellos trabajará apoyado por un ponente, sobre el título, el/los objetivo/s y las conclusiones. Todos ellos aspectos esenciales y con frecuencia motivo de rechazo de un trabajo original por parte de los revisores de una revista biomédica si se identifican errores en la elaboración de los mismos.

El trabajo en grupo se basa en el apoyo a modo de ejemplo en un trabajo original seleccionado por los ponentes para ejemplificar dado el caso, del mismo.

Finalmente, durante la última media hora del taller se hará una puesta en común de lo trabajado por grupos. Se ofrecerán las claves para la correcta for-

mulación en un manuscrito del título, la introducción con sus correspondientes apartados (justificación, hipótesis y objetivo/s), los aspectos metodológicos esenciales (poblaciones de estudio, tamaño de muestra y fuentes de sesgos) y, por último, la necesidad de concluir ofreciendo una respuesta clara y sin ambigüedad a los objetivos planteados en el estudio.

Innovando en el tratamiento y diagnóstico del Asma.

> Dr. D. L. Ginel Mendoza

> Dr. D. M. Santiago Muñoz

El Asma como patología crónica que es, debemos conocer su prevalencia y la mortalidad que produce. Así mismo conocer que nos dicen las guías sobre alcanzar el control del asma y mantenerlo. Reducir la mortalidad, identificar el abuso de la medicación de rescate e intervenciones fáciles para mejorar el control.

Que características tiene el paciente asmático con riesgo vital.

El objetivo debe ser, simplificar el tratamiento del asma, por una parte identificar el mal control de manera sencilla, como alcanzar el control en primaria con rutinas sencillas, atenuando el olvido de la toma del tratamiento, optimizando la seguridad del tratamiento y aprendiendo a utilizar rápido y bien los dispositivos de tratamiento.

Actualización Implante Anticonceptivo; Herramientas de valor.

> Dra. D^a. M. Delgado Gálvez

> Dra. D^a. A. Jurado López

Existe una corriente a nivel internacional que promueve el uso de métodos anticonceptivos modernos y de mayor efectividad, como los LARC (anticonceptivos reversibles de larga duración), con el objetivo de disminuir el índice de embarazos no deseados y de interrupciones voluntarias del embarazo.

Estos métodos son especialmente valorados por no presentar diferencias entre su eficacia en condiciones de uso ideal, y su efectividad (o eficacia en condiciones de uso real). Entre ellos, los implantes anticonceptivos con sólo gestágeno, están especial-

mente indicados en mujeres que desean anticoncepción segura de larga duración.

Semergen apuesta por la actualización en el Consejo Anticonceptivo, para poder incluir estos métodos desde la Atención Primaria y, de este modo, mejorar su accesibilidad a la población.

En este taller se presenta una Comunidad Virtual denominada Plan-on, que permitirá a los/as profesionales permanecer actualizados/as, formarse en la implementación del consejo anticonceptivo y en la inserción/extracción del Implante, e interactuar con personal experto y con el resto de las personas que forman la Comunidad.

Además, se repasará la evidencia en torno al Implante Anticonceptivo, su inclusión en el Consejo, sus beneficios no anticonceptivos, y el abordaje de los posibles efectos secundarios que pudiera presentar. Y se dará la oportunidad a los/as asistentes de practicar con modelos el proceso de inserción y extracción de los Implantes.

Taller de vacunación antineumocócica.

> **Dr. D. A. Hidalgo Requena**

> **Dr. D. L. Ginel Mendoza**

La neumonía neumocócica (NN) es causa importante de morbimortalidad a nivel mundial. Supone la primera causa de mortalidad por patología infecciosa en España, donde un 20-30% de los pacientes diagnosticados precisan de ingreso hospitalario.

En España, se calcula que la neumonía provoca 89.000 hospitalizaciones al año con, aproximadamente, 10.000 defunciones. El gasto anual ronda los 500 millones €, entre costes

sanitarios y sociales, y, aunque la incidencia de la neumonía varía entre 2 y 10 casos por cada 1.000 habitantes y año, esta se multiplica casi por 5 si se compara el grupo de edad de 18 a 50 años con el de mayores de 64 años.

La vacuna neumocócica conjugada 13-valente (PCV13) ha demostrado eficacia vacunal en la prevención de Enfermedad Neumocócica Invasiva (ENI) y NN, con una sola dosis en el adulto.

Cinco Comunidades Autónomas, Madrid, Castilla y León, La Rioja, Galicia y Asturias, ya han financiado la vacunación de forma sistemática con PCV13 en adultos tanto por edad como por patologías crónicas.

Las Comunidades Autónomas de Castilla León⁴, La Rioja⁵ y Galicia⁶ incluyeron en sus calendarios de vacunación una dosis de PCV13 para la cohorte de 65 años. Asturias⁷ fue la primera comunidad autónoma que incluyó una dosis de PCV13 en su calendario la vacunación sistemática de todos los grupos de riesgo con patologías crónicas desde los 6 años. Recientemente la Comunidad Autónoma de Madrid⁸ ha tomado la decisión de incluir en su calendario la vacunación para todas las personas mayores de 60 años y para las personas mayores de 18 años con una patología de base con una única dosis de PCV13 para toda la vida. La Ciudad Autónoma de Melilla⁹ tiene incluido en su calendario de vacunación para las personas de 65 años, así como para las inmunocompetentes con otras patologías de riesgo tras valoración clínica una dosis de PCV13.

Actualmente, en Andalucía, PCV13 no se está recomendando de forma sistemática a la población que más se beneficiaría de ella. Resulta necesario fomentar entre los **Médicos de Familia una mayor cultura de prevención incorporando las vacunas a nuestra consulta diaria** y recomendando su utilización, aunque no estén financiadas actualmente. No se puede permitir que nuestros pacientes no se beneficien de una vacuna que ha demostrado eficacia y seguridad.

Además de los sujetos inmunodeprimidos, se consideran susceptibles de vacunación los inmunocompetentes tanto sanos de 65 años o más, como aquellos con otras patologías de base, o factores de riesgo, como: enfermedad respiratoria crónica (incluye EPOC, asma grave y patología intersticial difusa pulmonar), enfermedad hepática crónica (incluye cirrosis), enfermedad cardiovascular crónica (incluye insuficiencia cardíaca crónica, cardiopatía isquémica, valvulopatías, cardiopatías congénitas, hipertensión con afectación cardíaca y pacientes con patología cerebrovascular), diabetes mellitus en tratamiento con antidiabéticos orales o insulina, tabaquismo y abuso del alcohol.

Determinación del índice, tobillo, brazo en Atención Primaria.

> **Dr. D. R. Carrascal Garrido**

La arteriopatía periférica (AP), constituye junto a la cardiopatía isquémica y al accidente cardiovascular,

una de las manifestaciones clínicas de la Arteriosclerosis, si bien es la menos conocida porque produce una clínica más silente.

En el diagnóstico de la AP, aunque los síntomas clásicos de claudicación intermitente y ausencia de pulsos en MMII confirman la enfermedad con una especificidad cercana al 100%, su sensibilidad es muy baja y por cada paciente sintomático hay tres que no presentan síntomas. Esto hace necesario realizar pruebas complementarias y en Atención Primaria la de elección es el Índice Tobillo-Brazo, porque es sencilla e indolora, tiene escaso coste, presenta gran reproductibilidad y gran sensibilidad (>90%).

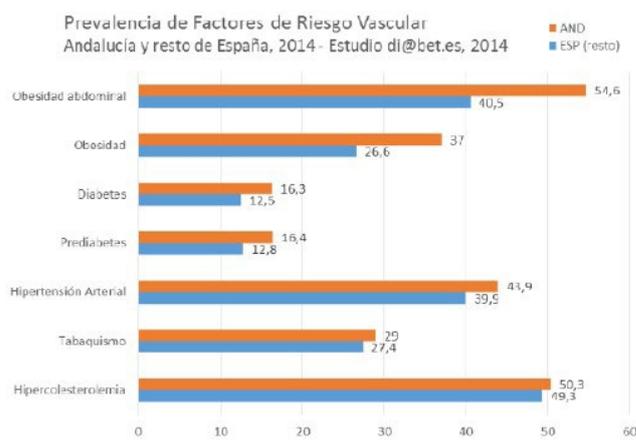
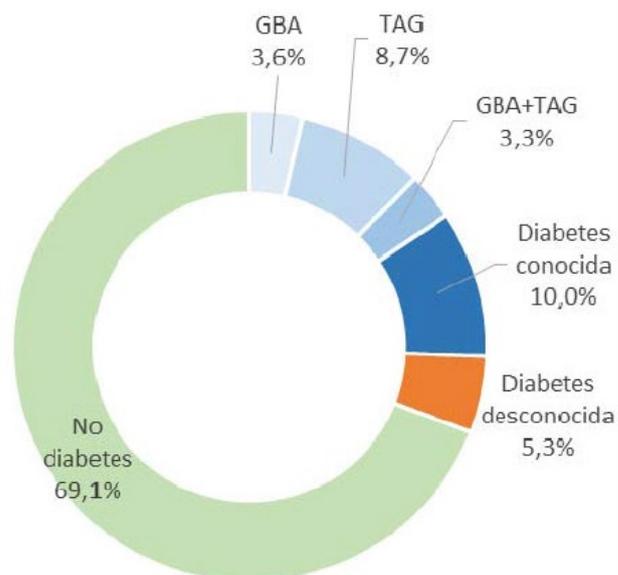
Los objetivos del Taller serían:

- Concienciar a los Médicos de A.P. de la utilidad de determinar el ITB a sus pacientes de riesgo.
- Conocer la técnica de realización del ITB.
- Conocer los valores normales y patológicos EAP.
- Conocer los pacientes de riesgo a los que hay que realizarles el ITB.
- Conocer la clínica de la EAP.
- Conocer los criterios de derivación a Atención Especializada.
- Conocer cómo se modifica la estratificación del Riesgo Cardiovascular cuando se realiza el ITB en pacientes con SCORE intermedio o bajo.
- Aprender a registrar en Diraya los resultados del ITB.

Abordaje del paciente con DM2 desde un punto de vista cardiovascular; casos prácticos.

> Dr. D. P. García Pedreño

Según los datos epidemiológicos más recientes, la prevalencia de Diabetes en la población adulta de Andalucía es del 15.3%. Estos datos permiten estimar que aproximadamente un millón de ciudadanos andaluces tienen diabetes, en más del 90% como Diabetes tipo 2 (unas 630 mil personas con diabetes conocida). De ellos, aproximadamente un tercio desconoce que la padece. Un porcentaje equivalente de la población andaluza (15.8%) presenta alto riesgo de desarrollar diabetes (Prediabetes). La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en Andalucía es superior al resto de España (s/t Obesidad Abdominal)



Si bien la Mortalidad prematura por Diabetes ha sufrido un descenso superior al resto de España, quizás por el abordaje integral del proceso (PIDMA).

La presencia de DM2 aumenta significativamente la probabilidad de eventos cardiovasculares. De hecho, entre un 50- 75% de diabéticos morirá de enfermedad cardiovascular (ECV). La cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca son las cardiopatías con mayor morbimortalidad en los pacientes con DM2.

Grandes estudios han marcado la evidencia en el manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2: estudios de seguridad cardiovascular.

Entre los objetivos del taller :

1. Información epidemiológica de Diabetes en nuestra área.
2. Necesidad de abordaje integral de la Diabetes (PIDMA).
3. Revisión nuevos aspectos de fisiopatología de la Diabetes Mellitus tipo2.

4. Discusión sobre casos clínicos, con valoración del riesgo cardiovascular.
5. Discusión sobre las nuevas terapias en el abordaje del diabético con riesgo cardiovascular.

El marco del debate está circunscrito al ámbito de la Atención Primaria con la mirada puesta en el proceso integral asistencial en Andalucía y mejora de las competencias profesionales.

Manejo de la Hidradenitis Supurativa desde Atención primaria: Proyecto Hércules.

> Dra. D^a. M. Fernández Ballesteros

> Dr. D. P. Fernández-Crehuet Serrano

La Hidradenitis Supurativa es una enfermedad inflamatoria, progresiva y crónica, que causa un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes que la sufren. Se trata de una enfermedad infradiagnosticada, y por desgracia, muchos de estos pacientes llegan a las consultas de dermatología en estadios muy avanzados (Hurley III), donde ya la remisión de las lesiones es poco probable y las secuelas pasan a ser permanentes. Se estima que pasan una media de 9 años hasta que se hace un diagnóstico correcto de la enfermedad. Durante estos años, los pacientes son valorados por una media de 14 médicos y son sometidos a una media de 7 cirugías, todo ello lleva a un incorrecto manejo de la enfermedad desde el inicio y a un alto grado de insatisfacción de los pacientes con la atención sanitaria recibida. Estos datos ponen de manifiesta la necesidad por parte de Atención primaria y los Servicios de Urgencias de conocer los diferentes aspectos de esta enfermedad. Para ello queremos dar a conocer la iniciativa estratégica interdisciplinar Hércules, que recoge una serie de recomendaciones, algoritmos diagnósticos y terapéuticos, así como, propuestas de circuito asistencial para un mejor abordaje de esta enfermedad de forma precoz y evitar las secuelas mutilantes que puede llegar a ocasionar.

Ecografía.

> Dr. D. F. Sarmiento Jiménez

> Dr. D. A. García Arjona

La ecografía ha llegado para quedarse. Si primero fueron los ginecólogos o cardiólogos que la hicie-

ron parte integral de su exploración, hoy no sólo la Atención Primaria, sino casi todas las especialidades (Urgencias, Reumatología, Traumatología, etc.) han ido incorporando esta disciplina en su exploración rutinaria, dadas sus características de inocua, barata, calidad de información, etc haciéndose prácticamente imprescindible.

Desde hace más de 25 años el GTE Semergen ha formado a millares de médicos y actualmente tiene representación por toda la geografía española en su intento de acercar y facilitar esta formación al médico, con múltiples cursos de ecografía abdominal, musculoesquelética, urgencias, ecocardiografía, pediátrica, etc. lo que lo ha ido consolidando como grupo con experiencia.

La ecografía ha dejado de ser una herramienta especializada, en lo que se llamaba el fonendo del futuro, para convertirse en un sentido más del médico además de la palabra, el oído y el tacto. Al ojo clínico, podemos añadir el ojo ecográfico, para además de palpar una vesícula verla, de oír un soplo verlo, de intuir un desprendimiento de retina verlo, etc. La consabida "una imagen vale más que mil palabras", explica toda la fuerza que supone una foto que da cuerpo o forma a las palabras, un video...le da vida., y por tanto a la historia clínica y la exploración le da evidencia. Además cabe destacar de su empleo lo que me gusta llamar los atributos de oro o singulares de la misma que son que cuanto más grave es un problema, o más amplio es su diagnóstico, más útil es, y con la particularidad de hacerse a tiempo y sobre la marcha, ya que las cosas no ocurren súbitamente, a veces nosotros las descubrimos de repente. El médico de familia está en una localización fundamental para dirigir el trayecto o ruta diagnóstica y terapéutica del paciente.

Hemos preparado un taller de introducción donde se describirán brevemente algunas aplicaciones de la ecografía para Atención Primaria (POCUS, EPICA, a pie de cama y desde la cabeza a los pies), se describirá la sistemática básica de exploración abdominal con lectura y exploración en vivo y e-FAST. Se explicará brevemente la exploración básica del hombro, en lecturas y sobre modelos, de breve duración (10 min) para luego comprobar con las prácticas que "lo puedes hacer" y "lo vas a hacer" a lo que se dedicará el resto del tiempo. Al final se expondrá un breve rueda de casos,

Espirometría.

> **Dr. D. A. Hermoso Sabio**

Es conocida la dificultad en general, de los profesionales de Atención Primaria, que tienen con la Espirometría, prueba por otra parte básica en nuestras consultas para el diagnóstico y seguimiento de patologías tan frecuentes como son el Asma y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Con el Taller se pretende conocer los conceptos básicos de la prueba, tanto en el funcionamiento del aparataje, cómo de la interpretación fisiológica de lo que medimos. Manejo básico de un espirómetro y de la COP6 vitalograph, éste último como prueba de screenig para indicación de espirometría.

Se verán las indicaciones de la prueba y el medio y las condiciones en las que se debe realizar con criterios de calidad y reproducibilidad.

Sobre todo aprenderemos a interpretar la prueba en el diagnóstico y seguimiento en las patologías a las que hemos hecho referencia, convirtiéndola en una prueba fácil en su interpretación.

Cirugía Menor.

> **Dr. D. J. Baca Osorio**

> **Dr. D. J. Díaz Jiménez**

La Cirugía Menor incluye una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local, que tienen bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas¹. El programa de Cirugía Menor es una de las competencias más coste-efectivas desplegadas en Atención Primaria. Se justifica por la existencia de patologías muy frecuentes susceptibles de ser resueltas mediante técnicas de Cirugía Menor en Atención Primaria, teniendo como característica la utilización de prácticas quirúrgicas sencillas y de corta duración, entre 15 y 30 minutos, que se realiza en tejidos superficiales y/o accesibles, precisando, en general, anestesia local, con riesgo y complicaciones postquirúrgicas escasas.

Objetivo general: Conocimiento de las indicaciones y técnicas de Cirugía Menor e iniciación en la práctica de dichas técnicas.

Las premisas fundamentales en que se basa dicha práctica son: no intervenir si dudamos o desconocemos el diagnóstico o la técnica a realizar, supeditar la técnica quirúrgica al tipo de lesión que vamos a tratar, informar al paciente y obtener el consentimiento informado, así como evitar técnicas quirúrgicas destructivas ante lesiones de las cuales desconocemos el diagnóstico previo.

Para su realización se precisa:

- Infraestructura de la sala de Cirugía Menor: camilla, fuente de luz, mesa de material estéril, asiento, lavabo, contenedor de productos contaminados biológicamente.
- Instrumental quirúrgico Mango de bisturí, hojas desechables, Porta-agujas, Pinzas (hemostáticas (Mosquitos), de disección de Adson con dientes), Tijeras, Electrobisturí.
- Material fungible: Anestésicos locales, Suero fisiológico, Antisépticos tópicos, Jeringas, Agujas, Punch de biopsias, Curetas, Rasuradoras, Mascarrillas, Gafas protectoras, Guantes estériles, Criosprays, Set de suturas, Gasas estériles, Vendas,...

Es necesario un sistema de registro en Historia Clínica de DIRAYA con diagnóstico, Libro de registro, Hoja de valoración quirúrgica, Consentimiento informado, Hojas de anatomía patológica y microbiología, Hojas informativas para el paciente.

Así mismo, existen unos procedimientos básicos: preparación del cirujano (vestuario, lavados de manos, colocación de guantes) y preparación del campo quirúrgico (rasurado, limpieza y desinfección de la zona, pañeado del campo).

Las lesiones a abordar por Atención Primaria podemos clasificarlas en: Lesiones epidérmicas (Absesos, Heridas y laceraciones Cirugía ungueal, Verrugas, Mollusco contagioso Queratosis Seborreica, Actínica, Fibromas, Lentigo) Lesiones dérmicas (Lesiones pigmentadas benignas, Dermatofibromas) Lesiones subdérmicas (Quistes Triquilemicos, Sebaceos, Epidermoides, Dermoides, Lipomas) u otras lesiones (Lesiones vasculares Angioma senil, punto rubí Nevus araneus o spider Granuloma piogénico Cuerpos extraños y subcutáneos)

La aplicación de los anestésicos puede ser tópica, por infiltración local y por bloqueo nervioso.

Los procedimientos quirúrgicos a emplear son: Criocirugía, Electrocirugía y Escisión (tangencial, cilíndrica o fusiforme), con las diferentes técnicas de anudado dependiendo de la lesión y localización de la misma.

Mesas

Comprometido con el paciente crónico complejo.

> **Dr. D. F. Losada Viñau**

> **Dr. D. J. Jiménez Jáimez**

¿Es posible simplificar la diabetes?

Actualmente las opciones terapéuticas en diabetes, sobre todo tipo 2, y los conocimientos en base a la evidencia publicada han aumentado considerablemente.

Las posibles combinaciones de hipoglucemiantes no insulínicos en tipo 2 y el avance de la tecnología en diabetes tipo 1 hacen que los tratamientos sean mucho más complejos.

Sin embargo la gran cantidad de publicaciones de alto rigor científico con múltiples diseños comparativos hacen que la información también sea mucho más abundante. La publicación de datos de los ensayos de seguridad cardiovascular han aportado mucha evidencia de la eficacia y sobre todo de la seguridad de los nuevos fármacos antidiabéticos.

Es por ello que a pesar de la abrumadora cantidad de posibles combinaciones de fármacos tengamos cada vez más claro cual debe ser el fármaco a elegir siguiendo la preconizada individualización según las características concretas del paciente.

En base a información como la edad, los años de evolución, el grado de control de la glucemia, el objetivo del mismo, el peso del paciente, el grado de insuficiencia renal, y las comorbilidades asociadas podemos seleccionar el mejor tratamiento con mucho mejor criterio del que disponíamos hace años.

A lo largo de la exposición se detallaran las diversas características individuales de los pacientes que nos hacen elegir el tratamiento oportuno para cada uno de ellos así como las evidencias disponibles respecto a los fármacos comercializados en la actualidad.

En resumen por tanto, a pesar de las diversas opciones que el médico tiene para elegir, las posibilidades están bien definidas por la bibliografía y los consensos actuales, posibilitando unos algoritmos sencillos de selección de fármacos para cada situación clínica.

Diabetes.

> **Dr. D. A. Hormigo Pozo**

> **Dr. D. A. Tejedor**

La familia de los inhibidores de la recaptación de glucosa (iSGLT2), de los cuales el primero comercializado en España es la dapaglifozina (Forziga®), vienen a poner a disposición de la clase médica una nueva terapia cuyo mecanismo de acción es independiente de la insulina y se centra en la inhibición de la reabsorción de glucosa en el túbulo contorneado proximal facilitando su excreción y consiguiendo con ello un descenso de los niveles de glucosa circulante y por la pérdida calórica añadida (1 gr glucosa =4 calorías) produce una pérdida de peso. Ambos efectos son cruciales en el control del paciente diabético tipo 2 ya que actúa sobre los mecanismos de producción y mantenimiento de la enfermedad y posibilita un mejor control de la enfermedad⁹.

En el desarrollo de la enfermedad de la diabetes, la evolución de la misma, el sobrepeso existente en la mayoría de los pacientes, la hipertensión arterial coexistente en el 70% de los diabéticos y el trabajo que puedan realizar los pacientes nos hace necesario el uso de fármacos que intenten mejorar su perfil metabólico, mejorar su peso y su tensión arterial y permita el desarrollo de sus profesiones con los menores riesgos posibles. Creemos que dapaglifozina (Forziga®) y Dapaglifozina-metformina (Xigduo®) ha contribuido a mejorar todos estos parámetros en las personas con diabetes sin producción de efectos secundarios no deseables y nos presenta una alternativa terapéutica ideal para conseguir los objetivos en monoterapia y terapia combinada siendo complementarias en sus mecanismos de acción.

La revisión de los factores de riesgo coexistentes en las personas con diabetes y los beneficios que la familia de los iSGLT 2 y en particular la Dapaglifozina produce en el control de los distintos factores de riesgo y los beneficios secundarios que conseguimos es la razón de la ponencia de la mesa.

Dolor Crónico esperanza crónica.

> **Dra. D^a. M. Aparicio Cervantes**

> **Sr. D. A. Cabrera León**

> **Dra. D^a. M. Reyes Díaz Osto**

> **Dra. D^a. M. Sánchez González**

Médico de las Unidades Móviles del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU). Sevilla. Miembro de los Grupos de Trabajo de Urgencias, Dolor y Comunicación de SEMERGEN.

Con motivo del éxito del curso masivo sobre Dolor Crónico No Oncológico (DCNO) realizado por el grupo de Dolor de SEMERGEN Andalucía en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) se crea esta mesa para:

1. Concienciar sobre la importancia de formarse en Dolor, dando a conocer el estado actual del tema y la repercusión que tiene el dolor en la calidad de vida de nuestros pacientes. No se puede entender el dolor sin hacer una valoración bio-psico-social (integral) del individuo que lo padece. Se estima, según la encuesta publicada en 2012 por la Asociación Andaluza del Tratamiento de Dolor y Asistencia Continuada, que el DCNO afecta al 15,5% de la población andaluza. Dos terceras partes de los afectados sufren dolores continuos, mientras que el resto los califica como intermitentes aunque de larga duración. Los dolores principales de la población afectada se sitúan en la espalda, las piernas y las rodillas. También destacan los dolores por "todo el cuerpo" o multiorgánicos. El dolor más frecuente es de tipo reumatológico.

2. Difundir la experiencia del grupo de docentes desde que comenzó el proyecto a finales de 2016, hasta que se puso en práctica el curso masivo "**Atención Médica Primaria a Personas con Dolor Crónico no Oncológico**", *vía online*, a través de una plataforma virtual y gracias al apoyo del equipo técnico humano que la EASP facilitó para su completo desarrollo.

3. Exponer los resultados de satisfacción de los alumnos (analizados por la EASP), una vez concluido el curso, recogidos a través de la encuesta anónima de uso habitual en este tipo de formaciones masivas. El seguimiento del curso fue masivo, habiéndose registrado casi 1000 solicitudes durante la primera semana de apertura. Se hicieron dos itinerarios según el perfil profesional del alumno (médico y no médico). Solicitaron la matriculación 560 profesionales médicos y 485 de otras categorías profesionales, obteniendo el certificado final el 76,7% (362) de los médicos, 79,3% (287) de MFyC y el 80,8% (328) de otras categorías (en su mayoría personal de enfermería) El curso ha sido muy bien evaluado, alcanzando puntuaciones medias en todas las preguntas por

encima de 8,4. La utilidad del curso ha sido lo mejor valorado en ambos itinerarios. El itinerario con otros perfiles ha evaluado algo mejor el curso en todas las preguntas, observándose las mayores diferencias en: utilidad del curso, satisfacción general y consecución de objetivos, que son curiosamente los 3 indicadores clave que se suelen utilizar en la EASP para medir la satisfacción del alumnado.

4. Mostrar los resultados más relevantes extraídos de encuestas anónimas a los alumnos, sobre temas relacionados con el dolor. Y en ese sentido:

- El perfil-tipo de los encuestados: es el de una mujer, médico de AP, con larga trayectoria profesional, que antepone la atención de sus pacientes a elementos de distracción (tiempo asignado para la consulta o la tecnología obligatoria, elementos claramente estresantes y distorsionadores), que considera que posee suficientes habilidades para la comunicación y respeta la autonomía del paciente, usa técnicas de *counseling* (donde el paciente es el principal responsable de su salud) que, probablemente, no haya adquirido por entrenamiento, sino por experiencia profesional.

- Esta profesional refiere tener un estado de salud bueno/muy bueno, está satisfecha con su vida y es feliz. Además encontramos que hay profesionales que conviven a diario con dolor crónico (al menos de intensidad moderada) que -si bien no suele limitar su actividad diaria-, sí su percepción de calidad de vida ensombreciendo sus expectativas de mejoría/curación, con el tratamiento convencional. Será objeto de otro estudio explorar si todo esto influye en la actitud del profesional, respecto al manejo de sus pacientes con dolor crónico.

- Al contrario de lo que creíamos, muchos médicos de AP dicen usar las escalas EVA/EVN en su práctica clínica, sobre todo para tomar decisiones terapéuticas y opinan que por su sencillez las pueden usar profesionales (no exclusivamente médicos) que tratan a personas con dolor.

- Esos mismos encuestados, en su mayoría, desconoce y/o no ha practicado nunca técnicas de relajación, si bien tiene interés en probar alguna vez. Las personas que practican no lo suelen hacer con regularidad y buscan además de relajación, reducir el estrés laboral y, en ocasiones, el dolor.

Comunicaciones

Orales Médico de Familia

353/1. Conocimientos y actitudes de los médicos de Atención Primaria de Andalucía sobre la detección de personas con riesgo elevado de cáncer de mama.

Autores

M. Sánchez Pérez¹; L. Ruiz Del Moral²; M. Luna Moreno³; T. Sanz Ortega²; F. Hidalgo Martín²; J. Mancera Romero¹.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. UGC Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga.

Introducción

Explorar los conocimientos y las actitudes de los médicos de Atención Primaria de Andalucía sobre la detección de personas con riesgo elevado de cáncer de mama y el cáncer hereditario, así como identificar la accesibilidad a las pruebas de cribado y la coordinación en la atención a las personas con estos cánceres en nuestra Comunidad Autónoma.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal a partir de una encuesta de opinión on line realizada a médicos de atención primaria de Andalucía. Cuestionario de 24 preguntas (datos sociodemográficos, cáncer de mama y cáncer hereditario). Para el análisis estadístico se emplearon medidas de frecuencia y de asociación. Se estableció un nivel de significación para una probabilidad < 0,05.

Resultados

Tasa de respuesta del 32%, 224 encuestas válidas, 56% hombres, edad media (\pm DE) de 46 \pm 12 años. Los criterios de riesgo alto de cáncer de mama eran conocidos por 71,4%, IC-95%=65-76, peor en los hábitos mayores ($p=0,014$). El seguimiento de las mujeres

con alto riesgo era realizado por cirugía, 94 (42%, IC-95%:35-48) y ginecología, 77 (34,4%, IC-95%:28-40). Podían solicitar mamografía en tumoraciones y en riesgo moderado o elevado el 86%. Desconocían la existencia de consultas de consejo genético 133 médicos (59,4%, IC-95%=52-65). 220 (98,2%, IC-95%=95-99) consideraban útil para su práctica clínica una actividad formativa en cáncer hereditario.

Conclusiones

El programa de cribado de cáncer de mama es bien conocido por los médicos de Atención Primaria de Andalucía y el acceso a la mamografía es satisfactorio. Los conocimientos sobre cáncer hereditario de los médicos de Atención Primaria de Andalucía es deficitario y variable según las zonas y hay un desconocimiento generalizado sobre la existencia de Unidades de Consejo Genético y Cáncer Hereditario.

353/19. Donantes a corazón parado: donantes de vida.

Autores

J. García González¹; F. Ruiz Carbajo²; L. Carbajo Martín³; M. Garcia Gonzalez⁴; R. Jiménez Cabrera⁵; R. Calzado Gutiérrez⁶.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. AGS. Sevilla Sur.; ²Técnico Transporte Sanitario. ADEA. Sevilla.; ³Médico de Familia. Subdirección Médica. AGS Sevilla Sur.; ⁴Graduada Psicología.; ⁵Médico de Familia. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. AGS. Sevilla Este.; ⁶Enfermera. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. AGS. Sevilla Sur.

Introducción

Los programas de donantes a corazón parado están surgiendo en los últimos años como herramienta para aumentar el número de donantes reales y poder ofertar más órganos para trasplante. Se entiende por Donantes a Corazón Parado (DCP) aquellos pacientes que, cumpliendo las condiciones generales para la donación de órganos, sufren la muerte por el cese irreversible de las funciones cardiorrespiratorias. Antes de iniciar un programa de este tipo creemos necesario realizar una estimación del número de donantes potenciales.

El objetivo de este estudio es identificar y analizar el número potencial de donantes a corazón parado extrahospitalarios (DCPE) en Sevilla.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo basado en el análisis de historias clínicas entre el 1 de enero 2009 y 31 de diciembre 2010. Se han incluido historias de pacientes atendidos por equipos 061 de Sevilla con diagnóstico de PCR (CIE-9 427.05) y edad entre 1 y 55 años. Se han recogido los siguientes datos: edad, sexo, tiempo en iniciar maniobras de reanimación, tiempo de transferencia hospitalaria, causa sospechada de PCR, realización de RCP básica por testigos, si la RCP ha sido presenciada. Se realizó análisis descriptivo de las variables cuantitativas expresándolas mediante medias y las variables cualitativas mediante frecuencias y porcentajes.

Resultados

Disponíamos inicialmente de 163 casos con CIE 427.5 y edad entre 1 y 55 años, de los cuales fueron excluidos cuatro. El número potencial de DCPE en el presente estudio es de 60. La edad media es de 39.9 años y el 73.8% son hombres. La causa más frecuente de PCR es la cardíaca. El tiempo medio de inicio de la reanimación es de 9 minutos y 57 segundos y de llegada al hospital de hospital fue de 60 minutos y 45 segundos. Se han excluido 99 casos que no cumplen los criterios de DCP.

Conclusiones

Los programas de donantes en asistolia son una buena fuente para incrementar el número de donantes. En nuestro estudio se han obtenido 60 casos de potenciales DCPE. Estos pacientes podrían haber sido potenciales donantes si hubiera existido un protocolo de actuación como el que existe en la actualidad en la ciudad de Sevilla.

353/28. Consumo de los inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (iDPP4) en los últimos diez años en un Distrito de Atención Primaria.

Autores

M. Luna Moreno¹; F. Hidalgo Martín²; M. Sánchez Pérez³; J. Fernández Arquero⁴; A. Hormigo Pozo⁵.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.; ³Médico de Familia. UGC Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.; ⁴Farmacéutico. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.; ⁵Médico de Familia. UGC Puerta Blanca. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.

Introducción

Nuestro objetivo fue describir el consumo de los inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (iDPP4) en un Distrito Sanitario de Atención Primaria entre los años 2008 y 2017.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Distrito Sanitario urbano. 600.000 habitantes mayores de 14 años. Subgrupo terapéutico "A10 (Fármacos usados en diabetes)": A10BD (Combinaciones de fármacos hipoglucemiantes orales) y "A10BH (Inhibidor de la DPP4). Los datos se presentan como dosis diaria definida (DDD). Años 2015-2017. Datos aportados por el Servicio de Farmacia del Distrito. Se analizan los datos de las moléculas del grupo: alogliptina, linagliptina, saxagliptina, sitagliptina y vildagliptina (solas y en combinación con metformina). En el año 2015 se unifican dos Distritos Sanitarios. Medidas de frecuencia.

Resultados

El consumo de iDPP4 (en DDD) ha seguido la siguiente evolución desde 2008 a 2017: 63.882, 360.628, 867.742, 1.288.088, 1.482.574, 1.706.476, 1.937.664, 2.514.918, 2.692.305, 2.866.29 y 2.866.292.

La presentación en solitario ha evolucionado (en %): 94, 53, 33, 29, 28, 30, 31, 33, 36, 38.

Por moléculas, según aparición en el mercado, la evolución ha sido la siguiente:

- Sitagliptina (59.584, 258.748, 550.620, 806.764, 912.184, 906.948, 932.148, 1.149.645, 1.193.360 y 1.228.948).
- Vildagliptina (4.298, 101.880, 315.582, 451.896, 520.186, 586.712, 638.280, 858.072, 887.492 y 899.290).
- Saxagliptina (1.540, 29.428, 50.204, 77.876, 138.876, 111.986, 92.596 y 77.840).
- Linagliptina (134.940, 395.040, 503.100 y 607.350).

- Alogliptina (175, 15.757 y 52.864).

El consumo de moléculas solas, sin asociarse a metformina, ha seguido la evolución que se adjunta (en %):

- Sitagliptina (100, 69, 46, 38, 34, 32, 31, 31, 33, 34)
- Vildagliptina (17, 13, 11, 10, 10, 12, 15, 17, 20, 21)
- Saxagliptina (100, 100, 100, 73, 41, 53, 52, 53)
- Linagliptina (80, 73, 71, 71, 72)
- Alogliptina (68, 80, 44)

Conclusiones

Gran crecimiento en el consumo de iDDP4 en esta década.

La combinación con metformina es la forma más usual de utilización.

Sitagliptina es la molécula más utilizada.

Vildagliptina, sitagliptina y alogliptina se usan más combinadas con metformina que solas.

353/29. Evolución de los trabajos enviados a los congresos Semergen Andalucía (años 2012-2017).

Autores

J. Mancera Romero¹; M. Sánchez Pérez¹; F. Atienza Martín².

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. UGC Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.; ²Médico de Familia. UGC Fuentesaeta Pérez Quirós. Sevilla.

Introducción

Nuestro objetivo fue analizar algunas características de los trabajos científicos enviados a los congresos Semergen Andalucía (años 2012-2017).

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Atención Primaria.

VARIABLES: congreso (2012 Úbeda, 2013 Sevilla, 2014 Torremolinos, 2015 Isla Antilla, 2016 Chiclana de la Frontera, 2017 Almería), categoría profesional (médico de familia, residente de Medicina Familiar y Comunitaria), tipo de trabajo (comunicación, caso clínico, proyecto de investigación), lugar de trabajo, provincia. Criterios de inclusión: trabajos aceptados por los diferentes Comités Científicos.

Fuente de datos: Revista Andaluza de Atención Primaria (volúmenes 1 al 6). Disponible en: <http://www.semergenandalucia.org/index.php?p=formacion&sec=revista>

Análisis estadístico: medidas de frecuencia y asociación.

Resultados

En los seis congresos analizados se presentaron 648 trabajos (45 en Úbeda, 43 en Sevilla, 62 en Torremolinos, 167 en Isla Antilla, 149 en Chiclana de la Frontera y 182 en Almería).

Los residentes presentaron 469 trabajos (72%).

387 fueron casos clínicos (60%), 207 comunicaciones (32%) y 54 proyectos de investigación (8%).

La mayoría de los trabajos, 597 (92%) procedían de los centros de salud, 17 (2,5%) de hospitales y 16 (2,4%) de urgencias.

Por provincias Málaga presentó 220 trabajos (34%), Huelva 95 (14,7%), Cádiz 89 (13,7%), Granada 63 (9,7%), Jaén 60 (9,3%), Sevilla 45 (6,9%), Córdoba 34 (5,2%) Almería 25 (3,9%) y de fuera de Andalucía 17 (2,7%).

En todos los congresos, menos en Sevilla, los residentes superaron el 70% de los trabajos presentados.

Los médicos de familia presentaron más comunicaciones y proyectos (167-95%) que los residentes (85-18%) con un valor de $p < 0,001$.

Córdoba fue la provincia con mayor porcentaje de trabajos presentados por los residentes (95%), seguida de Málaga (82%) y Jaén (78%) y Sevilla (53%) la que menos.

Huelva fue la provincia con mayor porcentaje de comunicaciones y proyectos presentados (60%), seguida por Sevilla (47%) y Córdoba (21%) la que menos.

Conclusiones

Incremento progresivo en la presentación de trabajos a nuestros congresos.

Los trabajos presentados por los residentes representan 2/3 del total.

La modalidad de casos clínicos fue la predominante.

Dos provincias han enviado casi la mitad de todos los trabajos.

353/99. Factores relacionados con la adherencia terapéutica en pacientes con alto riesgo cardiovascular (RCV).

Autores

M. Aljama Alcántara; B. Martín Martín; M. González Troncoso.

Centro de Trabajo

Médico de Familia. UGC Fuensanta Pérez Quirós. Sevilla.

Introducción

Los pacientes con alto RCV suelen tener prescritos un número importante de fármacos preventivos. La adherencia al tratamiento es un elemento fundamental para conseguir la disminución de eventos buscada. El objetivo de este trabajo es evaluar el papel de diversos factores biopsicosociales en la adherencia terapéutica de estos individuos

Material y métodos

Se seleccionan 211 paciente de alto RCV. Se evalúan factores demográficos, nivel académico, fármacos prescritos, adherencia, malestar psíquico, personalidad, apoyo social, función familiar y opiniones sobre los medicamentos (cuestionarios Morisky, GHQ-28, COPE, MOSS, APGAR familiar y BMQ).

Se realiza análisis bivalente mediante t Student en variables lineales y chi-cuadrado en las categóricas, analizando condiciones de aplicación.

Se realiza análisis multivariante mediante regresión logística binaria

Resultados

Edad media de 65.17 años. 52,1% mujeres. Resultaron significativas en el análisis bivalente:

Edad (cumplidores (C): 66,99 vs incumplidores (I): 63,87; p: 0,014); Ser universitario (C. 26,09 % vs I: 14,58; p: 0,041); Número de fármacos (C: 9,74 vs I: 11,73; p: 0,011); Malestar psíquico (GHQ28): (C: 5,48 vs I: 10,74; p<0.001); Disfunción familiar (APGAR-F): (C: 9,13 vs I: 8,29; p: 0,008) y opiniones sobre medicamentos (BMQ): (C: 15,70 vs I: 24,96; p<0.001)

En el análisis multivariante se excluyó la variable BMQ por tener un F en la ANOVA de 237,5 y una d de Cohen de 2.628, siendo significativas el malestar psíquico, la función familiar y algunas dimensiones de personalidad.

Conclusiones

Las opiniones sobre los medicamentos son el principal predictor de la adherencia terapéutica en pacientes de alto RCV.

Las variables relacionadas con el malestar psíquico también tienen un importante impacto.

Aunque el número de fármacos es un factor con significación estadística, su impacto es pequeño y no significativo en el análisis multivariante.

353/112. El corazón del Tártaro. Análisis de la actividad en cardiopatías más prevalentes de un servicio de urgencias extrahospitalario.

Autores

M. Sánchez González; R. Velasco Soto; E. Del Pino Jiménez.

Centro de Trabajo

Médico de las Unidades Móviles del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU). Sevilla.

Introducción

La fibrilación auricular (FA), arritmia más prevalente en Servicios de Urgencias (SSUU): es responsable de más del 3% de urgencias generales y aparece en el 10% de ingresos hospitalarios. Incrementa significativamente la morbi-mortalidad: duplica la mortalidad, favorece la insuficiencia cardíaca y tromboembolismo arterial. La insuficiencia cardíaca (IC) es vía final común de numerosas enfermedades cardiovasculares. Su prevalencia aumenta con la edad, estando relacionada con el envejecimiento. Constituye la principal causa de hospitalización en mayores de 65 años y el único síndrome cardiovascular cuya incidencia está aumentando. Cerca del 1% de la población mayor de 40 años padece IC, y el 6-10% proporción de ≥65 años. Nuestro objetivo es analizar la actividad del servicio de urgencias extrahospitalario, en relación a estas dos patologías cardíacas tan prevalentes.

Material y métodos

Diseño: Observacional, descriptivo. Población: núcleo urbano (696.315 habitantes, con población flotante de: 216.807 personas). Período de estudio: se han analizado registros facilitados por la EPES de 5 meses (septiembre-diciembre de 2017 y febrero 2018). El total de casos fueron seleccionados por el juicio clínico de ICC (con/sin EAP) y FA (de novo/inicio incierto, con RVR/RVL). Variables registradas: edad, sexo, motivo de consulta, prioridad de EPES, zona, juicio clínico (CIE) y

resolución(con/sin traslado al hospital).Análisis realizado con paquete estadístico:SPSS.

Resultados

Total:449 casos/5 meses:89,8 casos/mes(media). Edad media:82,2±8,76años.Rango 56(44-100). El 75% ≥77 años.El 67,7% mujeres y el 32,3% hombres.Juicios:Fallo cardíaco congestivo(ICC):No EAP:49,7%,EAP:14,5% y FA:35,9%.Porcentaje asociado a SCACEST de ICC y/o FA:muy bajo:0,66%. Motivos de consulta más frecuentes:Disnea (56,3%), alteración de las ctes vitales(hiper/hipotensión, FC, desaturación,etc: 14,5%) y dolor no traumático(7,6%).Se trasladan:2,7+22+35% (59,7%).Traslado en RTU(ambulancia no medicalizada,con dos técnicos sanitarios) 22% y medicalizada:35,0%. El 39,4%(75,70% de este porcentaje era ICC y el 24,29% FA)es decir 177 pacientes,no se traslada por estabilización en domicilio,o por escaso beneficio de derivación hospitalaria(mala calidad de vida previa,paciente en CCPP,etc).

Conclusiones

Casi el 40% de los motivos de urgencia relacionados con IC y/o FA que atienden los EM de nuestro servicio se resuelve en domicilio,sin traslado al hospital.Esto apoya la idea de la creación de una Unidad de estancias cortas/unidad de día específica de Insuficiencia cardíaca y FA(intra/extrahospitalaria) para reducir el colapso de urgencias,al menos en épocas de alta frecuentación. Hemos detectado áreas de mejora en los registros del juicio clínico, reconsultas en 24 horas y cronas.

353/138. Beneficio terapeutico de la coordinación sociosanitaria en la atención a paciente crónico.

Autores

M. Trujillo Parra¹; M. Molina Gil²; J. Perez Ramos³; M. Serrano Catena³.

Centro de Trabajo

¹Coordinador de Urgencias. Hospital Alta Resolucion de Lebrija. Sevilla.; ²Enfermera Gestora de Casos Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora del Castillo de Lebrija. Sevilla.; ³Coordinadora de Cuidados del Servicio de Urgencias. Hospital Alta Resolución de Lebrija. Sevilla.

Introducción

Paciente de 70 años,pluripatológico,con EPOC,que presentaba numerosas agudizaciones con complicaciones manifestadas fundamentalmente por disnea intensa que le obligaba a asistencias frecuentes en el Servicio de Urgencias del HAR Lebrija(SUHAR).

OBJETIVO:mejorar la cumplimentación de tratamiento que evite descompensaciones y asistencias de urgencias.

Material y métodos

Tras asistencias continuadas en el SUHAR de Lebrija,se considera oportuno poner en conocimiento el caso en el equipo del Centro de Salud de Atención Primaria (AP),porque el paciente no dispone de apoyo familiar para facilitarle cuidados mínimos, ya que vive con un hijo deficiente mental,en una vivienda de campo y no disponen de ayuda por parte de Servicios Sociales,por lo que el manejo del régimen terapéutico es inefectivo desde hace tiempo,lo que provoca esas descompensaciones,que conllevan a múltiples atenciones de urgencias.

Con el objetivo principal del correcto cumplimiento por el paciente del régimen terapéutico,para prevenir esas agudizaciones y mejorar con ello la atención asistencial y su calidad, se traslada el caso a través de la plataforma de telecontinuidad de cuidados a la Enfermera Gestora de Casos Comunitaria(EGCC),planificándose un plan de acción personalizado multidisciplinar e interniveles y derivando el caso a los Servicios Sociales del Ayuntamiento de la zona,desde donde se le gestiona solicitud urgente de plaza en Residencia por Ley de Dependencia al paciente y a su hijo , y mientras se adjudicaron dichas plazas, se le facilitó ayuda por parte de Servicios Sociales mediante cuidadora formal,que garantizaba el cumplimiento del tratamiento en su domicilio.

Resultados

Se facilitó a través de la coordinación sociosanitaria, entre atención especializada y AP, una atención personalizada a un paciente crónico que ha conseguido un mejor cumplimiento del régimen terapéutico y la disminución de sus agudizaciones y por consiguiente el número de asistencias en el SUHAR Lebrija.

Conclusiones

Las intervenciones y actuaciones de coordinación entre atención especializada y Atención Prima-

ria pueden mejorar la atención sanitaria integral a los pacientes crónicos con respecto a la adherencia al régimen terapéutico y el manejo efectivo del tratamiento, mejorando su calidad de vida y disminuyendo la necesidad de frecuentes asistencias sanitarias de urgencias.

353/142. Beneficio de la coordinación multidisciplinar e interniveles en la evitación de derivaciones a hospital general.

Autores

M. Trujillo Parra¹; M. Molina Gil²; J. Perez Ramos³; M. Serrano Catena³; C. Peinado Barraso⁴.

Centro de Trabajo

¹Coordinador de Urgencias. Hospital Alta Resolución de Lebrija. Sevilla.; ²Enfermera Gestora de Casos Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora del Castillo de Lebrija. Sevilla.; ³Coordinadora de Cuidados del Servicio de Urgencias. Hospital Alta Resolución de Lebrija. Sevilla.; ⁴Enfermera Gestora de Casos Comunitaria. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción

Diabetes insípida postcirugía de craneofaringioma en paciente de 5 años, que obliga a controles frecuentes de valores de sodio para evitar hipo/hipernatremia para modificación del tratamiento de base y ante el riesgo de situaciones de urgencias tipo convulsión, coma, hipertonia, disminución de consciencia.

OBJETIVO: Disminuir/evitar derivaciones a Hospital General Virgen del Rocío (70 Km del domicilio de la paciente) mediante asistencias protocolizadas en Hospital Alta Resolución de Lebrija (10 Km)

Material y métodos

Tras cirugía, mantiene ingreso en Hospital Infantil Virgen del Rocío (HIVR) durante dos meses, programando antes de su alta, un protocolo de actuación consensuado entre:

- Servicio de Pediatría General del HIVR por Endocrinólogo Infantil y Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria
- Centro de Salud (CS) de Atención Primaria de la localidad de la paciente (El Cuervo de Sevilla), por Pediatra de Atención Primaria y Enfermera Gestora

de Casos Comunitaria (de Lebrija y El Cuervo).

- Servicio de Urgencias del Hospital de Alta Resolución (SUHAR) de Lebrija, por el Coordinador del SU y la Coordinadora de Cuidados del SU.

Se establece un circuito de actuación para la paciente, en el que por un lado se programa controles analíticos, con los que seguir el Plan de Actuación conciliado al alta, para posibles modificaciones del tratamiento en situaciones en las que el sodio se encuentra en rango establecido para mantener tratamiento domiciliario y por otro lado actuaciones estructuradas para seguir en caso de hipo/hipernatremia excesiva o por presentación de situaciones de urgencias (previstas, conocidas y comunicadas a los profesionales) derivadas de esta desviación en los valores del sodio, con pauta prefijada de administración de suero salino hipertónico y furosemida en casos de hiponatremia y sueroterapia (glucosalino/fisiológico) en caso de hipernatremia.

Además se programa en el HAR Lebrija la valoración por su Servicio de Rehabilitación.

Resultados

Tras las distintas asistencias en relación al Plan de Actuación establecido, en menos del 15% de los casos se ha necesitado derivación de la paciente al HIVR.

Conclusiones

Con la adecuada coordinación de la atención interniveles durante el proceso asistencial en los diferentes puntos de la prestación ayuda, se consigue una atención sanitaria efectiva, segura y eficiente, agilizando en este caso la realización de pruebas complementarias y evitando innecesarios y largos desplazamientos de la pacientes.

353/182. ¿Sería viable compartir la demanda aguda de algunas patologías agudas entre el equipo asistencial de atención primaria?

Autores

A. del Río Caballero¹; A. Ruiz Medina²; M. Ligeró Molina³; S. Agrela Torres⁴.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud San Miguel. Torremolinos. Málaga.; ²Médico de Familia. UGC San An-

drés Torcal. Málaga.; ³Médico de Familia. Centro de Salud Teatinos. Málaga.; ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.

Introducción

valorar la viabilidad, a criterio de los profesionales, de que se comparta la demanda aguda de algunas patologías entre el equipo asistencial de atención primaria. Ver la distribución por sexos, edad, categoría profesional, tipo de vinculación y lugar de trabajo.

Material y métodos

estudio descriptivo transversal mediante encuesta voluntaria a profesionales de Atención Primaria (médicos y enfermeros) de tres centros de salud urbanos de Málaga y un dispositivo de apoyo de Torremolinos. A cada patología propuesta se atribuyó un número del 1 al 6, de menor a mayor grado de acuerdo con la viabilidad para que dicha patología sea atendida por enfermería. Las patologías incluidas han sido heridas, picaduras, síntomas urinarios menores, síntomas menores de ansiedad, estreñimiento, vómitos, diarreas, alteraciones de glucemia sin compromiso neurometabólico y síntomas catarrales menores. Se realizó el análisis descriptivo de los datos estratificando las respuestas por vinculación profesional, edad, sexo, tipo de contrato y centro de trabajo.

Resultados

53 participantes: 28 médicos (27 ebab), 22 enfermeros (21ebap).

Totalmente viable: Heridas 54.7%(67.9% médicos, 36.4 %enfermeros) Picaduras:30.2% (44,4%médicos, 4.5% enfermeros). Síntomas Urinarios: 3.8% (7.1% Médicos, 0% Enfermeros).Estreñimiento: 9.4% (17.9% Médicos, 0% Enfermeros). Ansiedad: 5.7% (10.7% Médicos 0% Enfermeros. Diabetes: 13.2% (21.4% Médicos 0% Enfermeros) Vómitos: 5.7 (7.1% Médicos, 0% Enfermeros) Diarrea5.7% (7.1% Médicos, 0% Enfermeros) Catarros: 5.7% (10.7% Médicos, 0 % Enfermeros).

Conclusiones

Las heridas y picaduras/mordeduras son consideradas las patologías más viables para compartir la demanda con enfermería , existiendo diferencias entre las categorías profesionales, siendo percibidas más viables por médicos que por enfermeros.

353/185. ¿Por qué es poco viable compartir la demanda aguda de patologías entre el equipo de atención primaria?

Autores

A. del Río Caballero¹; A. Ruiz Medina²; M. Ligeró Molina³; S. Agrela Torres⁴.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud San Miguel. Torremolinos. Málaga.; ²Médico de Familia. UGC San Andrés Torcal. Málaga.; ³Médico de Familia. Centro de Salud Teatinos. Málaga.; ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.

Introducción

Se pretende valorar los factores que influyen a criterio de los profesionales de atención primaria, en la viabilidad para compartir la atención de demanda aguda de algunas patologías.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal mediante encuesta voluntaria a profesionales de Atención Primaria (28 médicos y 22 enfermeros) de tres centros de salud urbanos de Málaga y un dispositivo de apoyo de Torremolinos. Se identifican las causas que pueden afectar a la baja viabilidad en la demanda compartida (DC), qué actividades pueden mejorar la implantación de la DC y en qué área asistencial sería más viable su implantación. Se realizó el análisis descriptivo de los datos estratificando las respuestas por vinculación profesional, edad, sexo, tipo de contrato y centro de trabajo.

Resultados

El 23.4% de los encuestados considera que atender la demanda aguda no es una función de enfermería , el 19.4% considera que existiría un rechazo por parte del paciente, el 18.5% considera que enfermería tiene falta de formación para atender la demanda aguda. Un 14.5% ofrece reticencias al cambio, un 12.9% ve imposible clasificar la demanda desde Atención al usuario. Un 11.3% considera que conllevaría una sobrecarga asistencial, un 18.5% con campañas divulgativas para usuarios, El 32.6% cree que la implantación de la demanda compartida mejoría con formación, el 23.9% con una implantación gradual y el 19.6% incentivando a los profesionales. Un 17.4% que generaría desacuerdo

entre profesionales, el 16.3% cree que la gestión compartida de la demanda proporcionaría una asistencia incompleta, un 16.3% cree que duplicaría la demanda, un 13% cree que podría mejorar la capacidad de resolución. Un 11% cree que facilitaría la accesibilidad. Un 35.5% lo considera viable en consultas de no demorables, el 28.9% en urgencias, el 18.4% en consulta a demanda y un 17.1% no lo considera viable en ningún área de su actividad asistencial.

Conclusiones

Un cuarto de los profesionales asistenciales de atención primaria creen que atender la demanda aguda de algunas patologías no es una función de enfermería. La falta de formación es el principal motivo de no viabilidad.

353/196. Hable con EVA. Entrevista en dolor y uso de la escala visual analógica.

Autores

M. Sánchez González¹; M. Díaz Osto²; R. Carrascal Garrido³; E. Alcaraz Vera⁴; M. Aparicio Cervantes⁵; A. Cabrera León⁶.

Centro de Trabajo

¹Médico de las Unidades Móviles del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU). Sevilla.; ²Médico de Familia. UGC El Porvenir. Sevilla.; ³Médico de Familia. UGC Armilla. Granada.; ⁴Médico de Familia. UGC La Laguna Cádiz.; ⁵Médico de Familia. UGC Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.; ⁶Director de Proyectos de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Introducción

El médico de AP tiene un tiempo muy limitado para valorar a sus pacientes. En caso de los que consultan por dolor crónico no oncológico (DCNO) son fundamentales tanto las habilidades de comunicación y actitudes del profesional, como herramientas simples que le ayuden a cuantificar algo absolutamente subjetivo. Queremos conocer cómo percibe el profesional su comunicación con pacientes con dolor, si identifica elementos distorsionadores, utiliza técnicas de counselling y qué uso hace de una escala visual analógica (EVA) conocida, sencilla y ampliamente validada en investigación.

Material y métodos

Diseño: descriptivo, observacional. Población: profesionales de AP de toda Andalucía, que participaron en un curso online masivo sobre Dolor crónico no oncológico (DCNO). Método: se pasaron dos encuestas anónimas, sobre autopercepción de habilidades en comunicación y uso de la EVA. Período: segundo semestre de 2017. Variables (comunes): sexo, experiencia en la misma organización, categoría, zona. Variables (específicas) primera encuesta: habilidades en entrevista clínica, atención plena, elementos distorsionadores de comunicación (profesional-usuario) y técnicas de counselling. Variables (específicas) de la segunda: uso y disponibilidad de EVA en historia digital. El análisis lo hizo la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).

Resultados

Encuestados: 380. El 57,89% mujer, 77,36% había trabajado más de 10 años, 77,89% médico de AP y 97,89% de Andalucía. El 70,27% se cree capaz de abstraerse de emociones cuando entrevista. El 44,21% reconoce estar pendiente del reloj cuando atiende al paciente (eso le estresa y lo transmite al interlocutor). El 38,95% refiere no estar pendiente del tiempo y no lo considera elemento distorsionador de la comunicación. El 25% presta más atención al ordenador que al paciente. El 86,84% se considera: congruente, asertivo, cálido, humano, empático y el 73,16% opina que practica técnicas de counselling. El 56,98% afirma usar escalas EVA en consulta y el 57,93% dice utilizarla para evaluar la respuesta al tratamiento / tomar decisiones. Sólo el 27,51% dice disponer en la historia digital de EVA/EVN y el 96,56% cree que su uso es muy sencillo.

Conclusiones

Perfil: mujer, médico de AP, con larga trayectoria profesional, que antepone la atención de sus pacientes a elementos de distracción (tiempo asignado para la consulta o tecnología obligatoria, elementos claramente estresantes y distorsionadores). Considera que posee suficientes habilidades para la comunicación y respeta la autonomía del paciente: usa técnicas de counselling (el paciente: principal responsable de su salud) que, probablemente, no haya adquirido por entrenamiento, sino por experiencia

profesional. Al contrario de lo esperado, muchos profesionales dicen usar la escala: EVA en clínica, sobre todo para tomar decisiones terapéuticas (tal vez el grupo seleccionado, matriculado en un curso sobre DCNO, esté más motivado) y opinan que, por su sencillez, pueden usarlas profesionales (no exclusivamente médicos) que tratan a personas con dolor.

353/208. Analisis de un programa de deteccion precoz del cancer de cervix: la importancia de su realizacion y seguimiento.

Autores

A. Sánchez Silvestre¹; M. Ligerio Molina²; A. del Río Caballero³; S. Agrela Torres¹; A. Ruiz Medina⁴; M. Padilla López¹.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.; ²Médico de Familia. Centro de Salud Teatinos. Málaga.; ³Médico de Familia. Centro de Salud San Miguel. Torremolinos. Málaga.; ⁴Médico de Familia. UGC San Andrés Torcal. Málaga.

Introducción

El cribado del cáncer de cérvix presenta elevada transcendencia porque detecta lesiones muy precoces y pre-malignas subsidiarias de tratamiento y prevención.

Ha demostrado ser muy eficaz disminuyendo su aparición hasta un 80%.

Pero es preciso mantener la calidad de intervenciones en todas las fases del programa y alta cobertura de población diana.

Por ello es necesario que la población disponga de fácil accesibilidad, esté bien informada de su existencia y de la importancia del seguimiento en los intervalos de realización para mantener altos índices de resultados.

Objetivo: analizar seguimiento de un programa de detección del cáncer de cervix.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal retrospectivo.

Material: Historias pacientes citados en el programa de detección precoz del cáncer de cérvix periodo 2007-2017.

Archivo de citologías realizadas no recogidas periodo 2007-2017

Método: evaluación del total de citologías archivadas no recogidas, con análisis de los motivos de no recogida.

Resultados

Total citologías realizadas: 7902. Total de citologías realizadas archivadas: 1638 (20,72%). Total de citologías realizadas archivadas no recogidas: 1463 (18,51%). Media: 16,8%-26,4%

Los motivos de no recogida: Desconocido: 1463 (89,31%) Duplicadas (ya recogidas, informadas y registradas pero no en consulta de la mujer): 121 (7,38%) Por cambio de centro de salud: 54 (3,29%). Exitus: 1 (0,06%).

Incremento de realización de citologías en Atención primaria: 46,65% (incorporación screening forma masiva año 2011).

Incremento del porcentaje de citologías no recogidas por cualquier motivo: 7,77% (incorporación screening forma masiva 2011).

Conclusiones

Incremento importante de realización de citologías en Atención primaria.

Incremento de citologías no recogidas tras incorporación de la realización del screening en Atención Primaria.

Porcentaje nada desdeñable de no recogida de las mismas, así como el desconocimiento del motivo.

Déficit en la información a las usuarias en el seguimiento del cribado.

Áreas de mejora:

Mantener la captación proactiva de usuarias en el periodo etario de su realización, tras contacto oportunista o a demanda.

Incrementar y reforzar positivamente la información dada a las usuarias no solo de su realización sino también de su seguimiento en los intervalos dispuestos según resultados, así como la importancia de su recogida, mejorando con ello la efectividad de las intervenciones y su calidad.

Palabras claves: cáncer cérvix, cribado, atención Primaria.

353/210. Análisis y evaluación de un programa de cirugía menor.

Autores

A. del Río Caballero¹; M. Garcia Aparicio²; A. Ruiz Medina³; A. Sánchez Silvestre⁴; S. Agrela Torres⁴; M. Ligerero Molina⁵.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. DCCU Centro de Salud San Miguel. Torremolinos. DS Costa del Sol. Málaga.; ²FEA Anestesia y Reanimación. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.; ³Médico de Familia. UGC San Andrés Torcal. Málaga.; ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.; ⁵Médico de Familia. Centro de Salud Teatinos. Málaga.

Introducción

La evaluación continua de aquellos procedimientos considerados relevantes en la actividad diaria de la Atención Primaria, es necesaria para detectar y corregir errores si existiesen para establecer áreas de mejoras y con ello mantener y mejorar su calidad. OBJETIVOS: Análisis de las derivaciones realizadas a Cirugía menor evaluando: su pertinencia y registro así como el correcto cumplimiento, archivo y custodia de los Consentimientos informados emitidos.

Material y métodos

Estudio: estudio descriptivo retrospectivo por medio de auditoria interna.

Material: Historias de pacientes citados en el programa de Cirugía menor los años 2015-2016. Archivo de Consentimientos informados de procedimientos realizados en los años 2015-2016.

Método: evaluación del total de historias citadas y consentimientos informados emitidos en los procedimientos realizados.

Los criterios/estándares de calidad evaluados en los consentimientos informados son: Nombre y firma del paciente, Nombre y firma del médico, fecha de realización y registro de su entrega en diraya. Comprobación de su correcto archivo y custodia. Pertinencia de la derivación y registro del motivo de rechazo.

Resultados

nº total historias: total: 312.199 (2015).113 (2016)
nº de CI: total: 127. 76(2015). 51(2016).

Cumplimiento de criterios de calidad: total: 124 (97,63%) 2015: 2(97,36%) 2016:1 (98,03%).

2015: no registro en la historia de la entrega: 2 (2,67%).

2016: falta firma del paciente: 1 (1,96%).

Archivo y custodia: 100%.

Pertinencia y registro: no se realizó procedimiento: Total: 185 (59,29%). 2015: 123 (61,80%. 2016: 62(54,86%).

Motivos de rechazo: Derivaciones a otros niveles asistenciales: Total: 62 (54,86%). 2015: 32 (51,62%). 2016: 30 (48,38%). No pertinencia (no financiado SAS/no procede): total: 123 (61,80%). 2015: 90 (73,17%). 2016: 33 (53,22%).

Registro en Historia clínica de no realización del procedimiento: Total: 178 (96,21%). 2015:116 (94,30%). 2016:62 (100%).

Conclusiones

Adecuado cumplimiento de los criterios en los Consentimientos informados utilizados en Cirugía Menor. Alto porcentaje de derivaciones a las que no se les realizó ningún procedimiento siendo los motivos de rechazo derivaciones a otros niveles asistenciales y la no pertinencia de las mismas.

Áreas de mejora:

Mantener evaluación anual para continuar en la mejora continua de este procedimiento y seguridad del paciente.

Actividades formativas e informativas en cuanto a criterios de derivación a este programa.

Palabras claves: Cirugía Menor, Consentimiento informado, pertinencia.

353/211. Validación del cuestionario Sevilla para cribado de perfeccionismo patológico. Resultados preliminares.

Autores

F. Atienza Martín¹; E. Mesa Masa²; E. Rodríguez Díaz³; M. Álvarez Romero⁴.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. UGC Fuensanta Pérez Quirós. Sevilla.; ²Psicóloga Sanitaria. Centro Médico Psicosomático. Sevilla.; ³Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta. Centro Médico Psicosomático. Sevilla.; ⁴Director Centro Médico Psicosomático. Sevilla.

Introducción

El perfeccionismo patológico es una pauta conductual relacionada con el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). No existen herramientas para su cribado o diagnóstico, salvo algunas dimensiones de cuestionarios utilizados en el TOC.

El objetivo del trabajo es validar el cuestionario Sevilla para cribado de perfeccionismo patológico

Material y métodos

Se realizarán los siguientes pasos:

- Revisión bibliográfica y selección del gold estándar .
- Validez aparente con revisión de 8 expertos.
- Evaluación de la comprensión en 30 personas sanas.
- Análisis de propiedades psicométricas en una muestra de 208 pacientes (8 por ítem).
- Consistencia interna: alfa de Cronbach.
- Estabilidad: test-retest en una muestra de 50 pacientes a las 4 semanas del primer test. Se medirá la concordancia mediante índice Kappa y el coeficiente de correlación de Pearson.
- Coeficiente de correlación intraclass de cada ítem
- Análisis de la validez de criterios mediante comparación con las dimensiones elegidas del ICO mediante coeficiente de correlación de Pearson.
- Análisis de validez de constructo mediante análisis factorial exploratorio con test de Barlett.

Resultados

Tras la revisión por expertos y el test cognitivo se fijó un cuestionario con 26 ítems con respuesta tipo Likert de 4 dimensiones (nada a mucho).

Se seleccionaron las dimensiones de perfeccionismo y responsabilidad excesiva del inventario de creencias obsesivas (ICO).

Tras su aplicación en 50 sujetos de 34,6 años de edad media, el 50% mujeres, los resultados fueron Alfa de Cronbach: 0,84 (buena consistencia interna).

Correlación de Pearson con ICO: 0,338; p: 0.016 (correlación adecuada).

En el análisis factorial exploratorio se identificaron 6 factores (rigidez/control, responsabilidad exagerada, falta de espontaneidad, sentido exagerado de justicia, autoexigencia y conservadurismo) que explican el 63% de la varianza.

Conclusiones

El cuestionario Sevilla puede ser un instrumento adecuado para el cribado de perfeccionismo patológico

353/213. El mito de Quirón. Encuesta sobre el dolor y técnicas de relajación en médicos de Atención Primaria(AP) .

Autores

M. Díaz Osto¹; M. Aparicio Cervantes²; M. Sánchez González³; R. Carrascal Garrido⁴; E. Alcaraz Vera⁵; J. Gil Campoy⁶.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. UGC El Porvenir. Sevilla.; ²Médico de Familia. UGC Trinidad. Málaga.; ³Médico de las Unidades Móviles del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU). Sevilla.; ⁴Médico de Familia. UGC Armilla. Granada.; ⁵Médico de Familia. UGC La Laguna Cádiz.; ⁶Médico de Familia. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería.

Introducción

Los pacientes con dolor crónico(DC) refractario a terapias convencionales perciben que los médicos somos "demasiados tolerantes con el dolor ajeno". No hemos encontrado estudios que demuestren que seamos capaces de empatizar suficientemente buscando analgesia óptima cuando los profesionales sanitarios padecemos dolor y/o presentamos niveles de estrés/ansiedad que impactan negativamente en nuestra salud, sin embargo los profesionales que practican técnicas de relajación: mejoran su bienestar, aumentan resiliencia y previenen situaciones adversas. La meditación es lo más útil por sus múltiples efectos beneficiosos.

OBJETIVOS: Conocer existencia de DC en profesionales de AP, explorando su opinión, efecto, control y expectativas. Valorar realización técnicas de relajación y su efecto.

Material y métodos

Estudio: descriptivo observacional.

Material: dos encuestas: una sobre dolor sentido y calidad de vida(14 ítems) y otra sobre realización de técnicas relajación(9 ítems), administradas durante curso online sobre DC en 2017 (colaboración Escuela de Salud Pública, (EASP) y SEMERGEN)

Método: Análisis y evaluación de respuestas.

Resultados

De la encuesta sobre "Dolor sentido/calidad de vida".

Total encuestados: 458. Mujeres 270 (58,95%)/Hombres 188 (41,25%). Llevan más de 10 años en el mismo trabajo: 329 (71,83%). En Andalucía: 449 (98,03%). Médicos: 452 (98,69%). Consideran su salud buena/ muy buena: 411 (89,79%). Padecen DC:82 (17,90%).Sufren limitación ABVD: 19 (23,17%). Intensidad DC moderada: 24 (29,28%)/severa: 1 (1,22%). De los que tiene DC: 57 (69,51%) lo tienen siempre y no esperan mejoría con tratamiento: 50 (60,91%) aunque creen que la evolución depende ellos mismos: 61 (74,39%). Además del DC tienen otra enfermedad crónica limitante concomitante: 19 (4,15%). Sin embargo de todos los encuestados la satisfacción: moderada/completamente feliz: 414 (90,39%). Total: 370. Mujeres: 208 (56,22%)/Hombres:162(43,78%). >10 años mismo trabajo: 291 (78,65%). Trabajan Andalucía: 360 (97,30%). Médicos: 291 (78,65%).

Sobre la encuesta de "Técnicas de relajación".Practican técnicas: Nunca: 45 (12,16%)/alguna vez: 111 (30%), sin interés: 214 (57,84%). Repetir técnica: No: 3 (2,70%)/si: 38 (34,23%). Práctica irregular: 50 (45,05%)/ rutinaria: 14 (12,61%)/regular: 6 (5,41%).

La técnica más usada Pilates: 52 (46,85%)/la menos: Tai-chi: 11 (9,91%). Motivos para practicar: relajación 60,36% (60)/reducción estrés laboral 47,75% (53)/Reducción dolor. 24,32% (27)

Conclusiones

Perfil: mujer >10 años de trabajo, en el mismo puesto, en Andalucía. Buena/ muy buena salud, satisfecha con su vida y feliz, no conoce y/o practica nunca técnicas de relajación, pero si está interesada en probarlas. Presenta DC moderado,que no limita actividad diaria, pero altera percepción calidad de vida, ensombreciendo expectativas de mejoría/curación con tratamiento convencional. Los que practican técnicas de relajación: no lo hacen regularmente y buscan relajación/reducir estrés laboral/ y ocasionalmente el dolor.

353/217. Lesión de órgano subclínica en pacientes diabéticos del estudio IBERICAN.

Autores

L. Ginel Mendoza¹; M. Fernández Lara²; M. Gutiérrez Jansen²; C. Gómez Montes³; A. López Téllez⁴; L. García Matarín⁵.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. UGC Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga.; ³Medico de Familia. Centro de Salud Estepona. Málaga.; ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; ⁵Médico de Familia. UGC El Parador. Roquetas de Mar. Almería.

Introducción

El estudio IBERICAN (Identificación de la población española de riesgo cardiovascular y renal) tiene como objetivo valorar la prevalencia, la incidencia y la distribución de los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV), así como el desarrollo de eventos cardiovasculares, en la población adulta española.

El objetivo del presente trabajo es conocer la prevalencia de lesión de órgano subclínica (LOS) en los diabéticos respecto de los no diabéticos incluidos en el estudio IBERICAN.

Material y métodos

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional y multicéntrico en el que se están incluyendo pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. La cohorte obtenida se seguirá anualmente durante al menos 5 años. La muestra final estimada es de 7.000 pacientes. Se presentan las características basales de los primeros 6.007 pacientes incluidos. Se considero LOS según los criterios de la Guía ESH 2103 (lesión de órgano diana): Se analizaron: presión de pulso, índice tobillo/brazo, microalbuminuria, hipertrofia de ventrículo izquierdo. Se analizaron diferentes FRCV y su relación con LOS.

Resultados

1166 pacientes son diabéticos (19,41%), 56,2 % son hombres. EL 45,9 % de los diabéticos presenta LOS. De los pacientes que tienen LOS, la media de IMC 31,3 Kg/

m2. Por tipo de LOS: presión de pulso en ≥ 60 mmHg: 30,4 %; índice tobillo/brazo $< 0,9$: 3,3 %; microalbuminuria: 17,7%; hipertrofia de ventrículo izquierdo: 7,3%. La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos con LOD respecto a no LOD es de: Hipertensión 84,8% vs 69,3%, $p < 0,001$; dislipemia 77,8% vs 71,0%, $p < 0,01$; obesidad 52,2% vs 51,6% $p = 0,850$; consumo de alcohol 16,5% vs 14,6% $p = 0,371$; tabaquismo 12,2% vs 15,2%, $p = 0,146$; sedentarismo 38,5% vs 34,9%, $p = 0,207$.

Conclusiones

La prevalencia de lesión de órgano subclínica en los pacientes diabéticos atendidos en atención primaria es elevada, casi la mitad presentan lesiones. Por tipo de lesión de órgano subclínica la presión de pulso elevada en ancianos y la microalbuminuria son los más prevalentes.

353/223. Efectividad de la teledermatología en atención primaria.

Autores

P. Cabezas Saura¹; M. Candón Ballester²; L. Guerrero Vázquez².

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud Mercedes Navarro. Sevilla.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mercedes Navarro. Sevilla.

Introducción

Entendiendo la efectividad de la teledermatología (TD) como la capacidad de resolver y dar respuesta a la demanda de la población, evitando derivaciones al ámbito asistencial especializado, así como la disminución de la demora asistencial. Nuestro objetivo principal es analizar la efectividad de la TD, así como la descripción de las lesiones teleconsultadas y su manejo clínico posterior.

Material y métodos

Estudio descriptivo de las teleconsultas (TC) realizadas desde el 1 de enero al 31 de diciembre del 2017, en un centro de salud urbano. Utilizamos el sistema de TD Store-and-Forward donde además de una foto convencional se envió una foto dermatoscópica, usando para ello una cámara y un dermatoscopio adaptado.

Resultados

Se enviaron 377 TC que fueron respondidas con un tiempo medio de demora de 8 días, 13 h, 42 m (rango: 1 m-21 días, 19h 37 m). El 84% de las TC fueron resueltas sin necesidad de derivación a consulta. El 60% de las TC fueron respondidas con alta médica y recomendaciones, un 16% fueron derivadas a consultas con el dermatólogo, un 13% se aconsejó tratamiento con seguimiento posterior, un 9% fueron remitidos directamente a cirugía y el 2% eran no tributarias de TC o faltaba información. Consideramos TC como resueltas en Atención Primaria (AP) aquellas que fueron respondidas con alta definitiva, las que se le pusieron tratamiento y seguimiento posterior, así como las que se indicó cirugía directamente sin ser valoradas previamente por dermatólogo en consulta. Las lesiones más frecuentes fueron queratosis seborreicas (30%) y nevos melanocíticos comunes adquiridos (20%), seguidos de queratosis actínicas (14%), carcinomas basocelulares (12%), lentigos actínicos (10%), angiomas y dermatofibromas (5%), 2 carcinomas espinocelulares, 1 melanoma, 1 queratoacantoma y otras lesiones (9%). Las lesiones malignas y premalignas (melanomas, carcinomas basocelulares y espinocelulares, queratoacantomas y queratosis actínicas) supusieron el 27% de las TC.

Conclusiones

La TD es efectiva como sistema asistencial, permite la toma de decisiones clínicas evitando que un alto porcentaje de pacientes sean derivados al dermatólogo. La TD disminuye además la demora media en recibir un plan terapéutico. Por último, un alto porcentaje de lesiones malignas y premalignas fueron diagnosticadas por TD.

353/237. Situación de la persona con diabetes en nuestra área.

Autores

J. Escribano Serrano¹; M. Méndez Esteban²; M. Crespo Cañete³; E. Jiménez Varo³; I. Sadik³; C. Casto Jarillo⁴.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. UGC San Roque. Cádiz.; ²Farmacia. AGS Campo de Gibraltar. Cádiz.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz.; ⁴FEA La

boratorio. Centro de Salud La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz.

Introducción

Objetivo: evaluar la situación de los pacientes con Diabetes de nuestra Área durante 2017.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Atención Primaria y Hospitalaria. Año 2017. Provincia de Cádiz.

VARIABLES: Consumo de fármacos del grupo terapéutico A10 (fármacos para la DM). Se considera persona con diabetes (PDM) aquellos que han consumido fármacos del grupo A10 durante el año de estudio. Se estratifica PATRÓN de Tratamiento: insulinas solas (IN), no insulinas (ADNI) y mixto (MX); Y, en segundo lugar, determinación de A1c (SI/NO), control glucémico (<7% vs >7%), determinación de perfil renal (SI/NO) y situación clasificación KDQI.

Fuente de datos: Bases de datos Unidades de Farmacia y de Laboratorio del AGS Campo Gibraltar.

Análisis estadístico: medidas de frecuencia.

Resultados

Durante 2017 se han tratado 7.362 PDM (3.744 hombres 51%) que arrojan prevalencia 2017 en población total 7,1% y para adultos del 8,5%. En menores de 30 años fueron 4 de cada 1000 personas y 1 de cada 4 (26%) en mayores de 60 años.

PATRÓN_17: con IN 10% (706 PDM), con OR 72% (5.337) y con MX 18% (1.319).

Durante 2017, 1.914 PDM (26%) no se habían realizado una A1c aunque de ellas 823 PDM (43%) si se habían realizado análisis, además 3.455 PDM (47%) solo se había realizado una A1c. De los PDM sin A1c, 441 (24%) estaban tratados con IN. Un 36% (2.660 PDM) presentó una A1c <7% mientras se alcanzaba el 57% (4.188 PDM) si se estimaba A1c <8%

Del total de PDM, 1.096 (15%) no se habían realizado estimación de filtrado y 2.305 (31%) no tenían realizada una albuminuria. Un total de 1.216 PDM (16%) presentaban un FGE por debajo de 60ml/min y 238 PDM (3%) albuminuria superior a 300 mg/gr.

Conclusiones

La prevalencia de diabetes en nuestra Área es elevada, principalmente en personas mayores.

Nuestro patrón de tratamiento es similar a los descrito en otros lugares de España.

Un importante número de pacientes no alcanza los criterios mínimos aconsejados en el Proceso Asistencial Integrado Diabetes, en referencia a A1c y perfil renal.

Destaca la baja cumplimentación en la determinación de albuminuria.

Situación de control metabólico muy mejorable

353/238. Tratamiento hipoglucemiante en personas con diabetes en Atención Primaria.

Autores

F. Paniagua Gómez¹; A. Baca Osorio¹; F. Hidalgo Martín²; T. Sanz Ortega²; M. Sánchez Pérez¹; J. Mancera Romero¹.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. UGC Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.

Introducción

Nuestro objetivo fue describir el tratamiento hipoglucemiante de las personas con diabetes adscritas a un cupo médico de Atención Primaria.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Atención Primaria. Centro de salud urbano que atiende a una población 38.000 habitantes. Se analiza un cupo médico al que están adscritas 1640 personas. Año 2018. Se estudian variables demográfica y de fármacos hipoglucemiantes (metformina, sulfonilureas, glinidas, glitazonas, inhibidores de la dipeptidil peptidasa - 4 (iDPP4), inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2), análogos del glucagon-like peptide-1 (GLP 1 e insulinas. Para el análisis estadístico se emplearon medidas de frecuencia y de asociación. Se estableció un nivel de significación para una probabilidad < 0,05.

Resultados

125 personas con diabetes, 71 (57%) hombres, edad media de 67±12 años, sin diferencias entre sexos.

Todos tomaban algún fármaco hipoglucemiante.

Tenían prescrita metformina 88 (70%) personas, más en los hombres 58 (82%) que en las mujeres 30 (56%) - $p=0,002$ -.

Usaban sulfonilureas 21 personas (17%).

51 (41%) estaban en tratamiento con iDPP4, de las que 37 tomaban sitagliptina.

Los iSGLT2 los consumían 11 (9%), más los hombres 10 (14%) que las mujeres 1 (2%) - $p=0,041$ -.

Se inyectaban GLP1 9 (7%) personas.

Las insulinas basales las usaban 39 (31%) personas y las rápidas 13 (10%) personas.

Conclusiones

El consumo de fármacos hipoglucemiantes del cupo difiere de los obtenidos en el Distrito Sanitario.

La utilización de iDPP4 y de insulinas es mayor en el cupo que en la Unidad de Gestión Clínica y que el Distrito Sanitario.

Los resultados obtenidos permiten poner en marcha medidas de mejora.

353/240. Riesgo cardiovascular y renal estimados en los pacientes con síndrome metabólico del estudio IBERICAN.

Autores

L. Ginel Mendoza¹; C. Gómez Montes²; L. García Martarín³; M. Gutiérrez Jansen⁴; M. Fernández Lara⁴; J. Aguirre Rodríguez⁵.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. UGC Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.; ²Médico de Familia. Centro de Salud Estepona. Málaga.; ³Médico de Familia. UGC El Parador. Roquetas de Mar. Almería.; ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga.; ⁵Médico de Familia. Centro de Salud. Casería de Montijo. Granada.

Introducción

Los objetivos generales de IBERICAN son determinar prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares. El objetivo del presente trabajo es conocer el riesgo renal y cardiovascular estimados de los pacientes con síndrome metabólico.

Material y métodos

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico. Se están incluyendo pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España, hasta obtener una muestra de 7.000 pacientes, que serán seguidos durante al menos 5 años. Se presentan las características basales del corte ($n=6.007$). Se definió el Síndrome Metabólico (SM) según los criterios de International Diabetes Federation Task Force. El riesgo renal se calculó según las guías KDIGO 2012 y el riesgo cardiovascular se estimó por SCORE.

Resultados

La edad media de los sujetos incluidos es $57,4 \pm 15,5$ años, y el 54,5% mujeres. El 38,2% cumplen criterios de SM. Tanto la enfermedad cardiovascular (21,8% vs 13,1%, $p<0,001$) como la enfermedad renal (12,1% vs 5,6%, $p<0,001$) fueron más frecuentes en pacientes con SM. El riesgo cardiovascular estimado fue mayor en pacientes con SM con más pacientes con muy alto (47,0% vs 24,3%, $p<0,001$) y alto (22,1% vs 10,8%) riesgo cardiovascular. A nivel renal también se observó más pacientes con riesgo muy alto (2,6% vs 1,3%, $p<0,001$) o alto riesgo (4,2% vs 1,2%, $p<0,001$).

Conclusiones

La prevalencia de enfermedad cardiovascular y renal son mayores en pacientes con SM. Como es esperable, el riesgo cardiovascular y renal son superiores en pacientes con SM.

353/242. Consecución de objetivos de control glucémico en personas con diabetes.

Autores

M. Sánchez Pérez; D. Gil Gómez; S. Abad Sánchez; A. Baca Osorio; F. Paniagua Gómez; J. Mancera Romero.

Centro de Trabajo

Médico de Familia. UGC Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.

Introducción

La individualización de los objetivos de control glucémico en las personas con diabetes está preconizada

en las diferentes Guías de práctica clínica y en los documentos de consenso.

Nuestro objetivo fue analizar la consecución de objetivos de control glucémico en personas con diabetes adscritas a un cupo médico.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Atención Primaria. Centro de salud urbano que atiende a una población 38.000 habitantes. Se analiza un cupo médico al que están adscritas 1640 personas. Año 2018. Se estudian variables demográficas y cifras de A1c. Para individualizar los objetivos de control se tuvo en cuenta la edad, los años de evolución de la enfermedad, la existencia de comorbilidades y enfermedad cardiovascular establecida y el grado de funcionalidad. Se contemplaron cinco rangos de valores de A1c: <6,5%, <7%, <7,5%, <8% y <8,5%. Para el análisis estadístico se emplearon medidas de frecuencia y de asociación. Se estableció un nivel de significación para una probabilidad < 0,05.

Resultados

125 personas con diabetes (prevalencia del 8%). 71 (57%) hombres. Edad media de 67±12 años, sin diferencias entre sexos.

Se planteó un objetivo de A1c<6,5% en 11 personas (9%), <7% en 38 (30%), <7,5% en 28 (22%), <8% en 36 (29%) y <8,5% en 12 (10%).

Consiguieron el objetivo marcado de A1c 85 (68%) de las personas.

La consecución de los objetivos de control se relacionó ($p<0,05$) con el seguimiento en AP ($p=0,006$), la diabetes tipo 2 ($p=0,005$), mayor edad ($p<0,001$) y menor duración de la diabetes ($p=0,031$).

Se encontraron diferencias ($p=0,005$) en el porcentaje de consecución de los objetivos de control marcados dependiendo de la cifra de A1c objetivo: A1c<6,5% - 64%, A1c<7% -55%, A1c<7,5% - 79%, A1c<8% - 86%, A1c<8,5% - 36%.

Conclusiones

Aceptable grado de control de los objetivos glucémicos.

La individualización de los objetivos posibilita una mejora en la atención a las personas con diabetes.

353/244. Programa de diagnóstico precoz en nuestro medio rural ¿cribado oportunista o screening?

Autores

M. Alarcón Hidalgo¹; M. Montosa Cáceres²; E. Ubago Palma³; M. Carneros Caro⁴; M. Gonzalez Rodriguez⁵; A. López Gutierrez⁶.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Consultorio La Roda de Andalucía. Sevilla.; ²Médico de Familia. Consultorio de Villanueva de Algaidas. Málaga.; ³Enfermera. Hospital de Antequera. Málaga.; ⁴Enfermera de Familia. Consultorio de Cuevas Bajas. Málaga.; ⁵Médico de familia. Dispositivo Apoyo Archidona. Málaga.; ⁶Pediatra Consultorio Cuevas Bajas. Málaga.

Introducción

En el programa de diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino(DPC),el screening se realiza mediante la triple toma cérvico-vaginal.La OMS y la Sociedad Americana de Anticoncepción recomiendan realizar citología cérvico-vaginal a mujeres sexualmente activas entre 18 y 65 años. Conocer los resultados de las citologías realizadas a las pacientes que acuden al Programa de Diagnostico Precoz de Cáncer de Cuello Uterino. Realización del test del virus del papiloma humano (VPH), junto con la citología, en mujeres mayores de 30 años.

Material y métodos

El número de citologías estudiadas fue 59. El test VPH realizado en 39 de estas pacientes, las cuales tenían más de 30 años.

Estudiamos las citologías de las mujeres que acudieron al programa de DPC de varios consultorios rurales durante los meses de Enero a Febrero de 2018.

Analizamos el resultado del frotis según Clasificación de Bethesda.

En nuestro medio ,tenemos disponibilidad del test de ADN de VPH (virus papiloma humano) de alto riesgo oncogénico. La muestra se obtuvo mediante escobillón de la zona de exocérvix.

Resultados

39 mujeres tenían edad superior a 30 años donde además de realizar citología se realizó la prueba del VPH.

En la historia consta: fumadoras 15%, no fumadoras 23 %. El resto no consta.

La calidad de la muestra fue satisfactoria para su evaluación en 58 citologías. Sólo en una, la calidad fue parcialmente valorable.

En 55 de las 59 citologías no existe evidencia de lesión epitelial o malignidad.

De las citologías estudiadas la interpretación diagnóstica fue la siguiente:

- Citología normal, 50% de las citologías.
- Cambios celulares reactivos en un 25 %.
- Inflamatorio (tipo cervicitis, colpocervicitis): 18%.
- Infeccioso 6.7%.
- ASCUS (Atipia escamosa de significado incierto) el 6.7 %.
- VPH positivo en 6 de las 39 citologías dónde se ha realizado el test VPH.

Conclusiones

En nuestra área sanitaria la implantación Proceso Cáncer Cuello uterino necesitó reorganización. Se acordó cribado oportunista y no programa de screening.

Grupo de edad donde se realizaron mayor nº de citologías (mayor respuesta al programa): mujeres de 30-40 años, seguido por grupo de 20-30 años y de 40-50 años.

No se han detectado lesiones intraepiteliales bajo/alto grado ni carcinoma.

Ampliaremos el estudio comparando los resultados con el resto de centros de la zona básica.

353/249. Uso de antidiabéticos según el grado de intensificación del tratamiento, el tiempo de evolución de la diabetes y niveles de HbA1c en una zona urbana.

Autores

J. Aguirre Rodríguez¹; A. Hidalgo Rodríguez²; D. Martín Enguix³; M. Mené Llorente³; A. de Cruz Benayas⁴; M. Alonso Rodenas³.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud Fortuny Velutti. Granada; ²Médico de Familia. SCCU Complejo Hospitalario de Granada. Granada.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ca-

sería de Montijo. Granada; ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.

Introducción

La diabetes tipo 2 es un proceso dinámico y evolutivo que requiere intensificación del tratamiento según los objetivos de control propuestos, precisando, en ocasiones, la adición de varios fármacos. Nuestro objetivo ha sido analizar el uso de los diferentes antidiabéticos, relacionándolos con el tiempo de evolución de la diabetes, con el número de fármacos utilizados y con el grado de control de los diabéticos (DM) de nuestra zona

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal de una muestra de los DM de un Centro de Salud urbano: 300 DM seleccionados de forma aleatoria de un total de 1229 (IC: 95%). Para la recogida de datos (HbA1c de los últimos 6 meses, tiempo de evolución y medicación antidiabética retirada en la farmacia) se utilizó la historia clínica DIRAYA. Para variables cuantitativas se ha utilizado la media y la desviación típica y para variables cualitativas los porcentajes.

Resultados

Edad media de los pacientes seleccionados: 67.7±10.9; 47% mujeres. Tiempo medio de evolución de la diabetes: 8.76±4.92 años. Valor medio de HbA1c: 7.29±1.42. El 5% de los pacientes no tomaba tratamiento farmacológico. Estaban con monoterapia el 44.67%, doble terapia: 34.33%, Triple terapia: 14% y con 4 fármacos el 2%. Según el número de fármacos empleados la HbA1c media fue: 6.77%, 7.01%, 7.91%, 8.54% y 8.85% respectivamente. Y el tiempo de evolución 6.27, 6.72, 10.91, 11.4 y 11.75 años respectivamente. 82.33% de todos los diabéticos utilizaba Metformina; 26.66% Insulina, 22.33% Sulfonilureas (SU), 21% IDPP4, 5.66% ISGLT2 y sólo el 4% utilizaba GLP1 (el porcentaje total es > 100 ya que hay pacientes que utilizaban hasta 4 fármacos diferentes)

Conclusiones

- Metformina es el fármaco más utilizado, seguido de Insulina, SU e IDPP4. Este orden de uso se mantiene desde la monoterapia hasta la “cuádruple terapia”.

- No hay diferencias entre hombres y mujeres.
- El uso de un mayor número de fármacos se asocia linealmente con una HbA1c más elevada y también con un mayor tiempo de evolución de la diabetes.
- Aunque no hay una recomendación como tal, hay un 2% de diabéticos que tienen “cuádruple terapia”: éstos son los peor controlados y los que tienen diabetes más evolucionada.

Comunicaciones

Orales Médico Residentes

353/38. El papel del médico de AP ante el paciente con patología mental grave.

Autores

J. Ignacio Expósito¹; N. Carrillos Peñas²; E. Paños Maturlana²; P. Agüero Moreno²; J. Benítez Rivero³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; ³Médico de Familia. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.

Introducción

En España un 20% de la población ha sufrido un trastorno mental a lo largo de su vida y un 1% de la población sufrirá enfermedades mentales graves, persistentes y prolongadas en el tiempo.

El 80% de los pacientes atendidos en salud mental proceden del ámbito de primaria.

Estudios recientes señalan que los médicos de familia atienden a un 15% de pacientes con algún tipo de trastorno mental

Se señala que los médicos de familia creen que no deberían hacerse cargo de los trastornos mentales graves, generándoles:

- Impotencia al 12,8%
- Malestar al 28%
- Rechazo al 3%
- El 85% mantiene buenas relaciones con este tipo de pacientes

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo, multicéntrico, realizando entre Enero y Marzo de 2018, dividido en 2 etapas:

1. Serie de sesiones presentando la bibliografía actual y el concepto de estigma a 58 especialistas procedentes de 6 centros de salud. Cumplimentación por los especialistas un cuestionario de elaboración propia que se componía de 19 ítems, valorando distintas opiniones y estrategias sobre

el abordaje del paciente, otorgándose a cada ítem un valor de 0-5, donde 0 correspondía a estar "totalmente en desacuerdo" y 5 a estar "totalmente de acuerdo".

2. En una segunda fase se procedió a recogida de cuestionarios (N= 58 participantes) procediendo a su análisis mediante Software estadístico SPSS. v20.

Resultados

El paciente con patología mental grave produce:

- Frustración al 66% de los profesionales.
- Rechazo al 39%.
- Miedo al 22%.
- El 50% ha tenido alguna experiencia en la que se han visto amenazados.
- El 95% da una importancia "alta" al diagnóstico de enfermedad mental en un paciente.
- El 71% los considera pacientes "diferentes".
- El 67% piensa que se adhieren peor a tratamientos.
- Un 40% tienden a ser más permisivos con estos pacientes.
- El 65% piensan que no hay suficiente conciencia sobre el riesgo cardiovascular y el síndrome metabólico.
- Un 62% piensa que no se habla abiertamente sobre sus tratamientos y posibles efectos secundarios.
- Un 50% cree que el desconocimiento sobre su manejo puede ser el factor de mayor impacto.

Conclusiones

El estigma en el paciente con patología mental grave es un problema actual y presente en nuestro medio.

Recordar que el paciente "ESTÁ" enfermo, no "ES" enfermo.

La importancia de la sensibilización.

Necesidad de estrategias de abordaje del paciente con patología mental grave por parte de AP.

353/56. Medidas farmacológicas en la prevención secundaria del ictus isquémico en el Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo

Autores

M. Ayala Hernández¹; M. Flaquer Antúnez²; M. Gómez Sabalete²; S. Agrela Torres³; E. De Los Riscos Mateos⁴; A. Rey Martín⁴.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Trinidad- Jesús Cautivo. Málaga.; ²Médico Residente de 4º año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Trinidad- Jesús Cautivo. Málaga.; ³Médico de Familia. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.; ⁴Médico Adjunto. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad-Jesús Cautivo. Málaga.

Introducción

Los ictus isquémicos son una causa muy frecuente de morbilidad y hospitalización y suponen un problema de salud pública de primer orden. Será necesario intensificar el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular como intervención fundamental para prevenir la recurrencia del ictus y la consiguiente mortalidad y discapacidad asociadas. Es objetivo de este trabajo evaluar las medidas farmacológicas de prevención secundaria, centrándonos en control de TA, control de LDL y tratamiento antitrombótico, en los pacientes afectados de ictus isquémico en el centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron el total de pacientes afectados de ictus isquémico que habían consultado en el último año en el centro de salud. Mediante muestreo sistemático se obtuvo una muestra de 120 pacientes. Se han revisado sus historias y hojas tratamientos en Diraya de cara a evaluar el tratamiento farmacológico recibido orientado al cumplimiento de los objetivos específicos establecidos en el acuerdo de gestión clínica del Distrito Sanitario Málaga para los pacientes con ictus isquémico.

Resultados

Del total de la muestra, 71 pacientes presentaban una TA no superior a 130/80, 116 pacientes recibían tratamiento antitrombótico (antiagregante o anticoagulante), 76 pacientes tenían prescrita una estatina en su hoja de tratamiento y 12 pacientes presentaban un LDL no superior a 70mg/dL en una analítica solicitada en el último año.

Conclusiones

Del total de pacientes revisados, el 60% presenta adecuado control de cifras de TA, el 97% recibe tra-

tamiento antitrombótico, el 63% está en tratamiento con estatinas y el 10% tiene un adecuado control del LDL. Por tanto, el control de LDL en estos pacientes es manifiestamente mejorable y será necesario intensificar las medidas destinadas a su control para mejorar su calidad de vida y reducir el riesgo de posibles recurrencias.

353/57. Control de obesidad e IMC en pacientes con ictus isquémico en el centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo.

Autores

M. Ayala Hernández¹; M. Flaquer Antúnez²; M. Tallón Aguayo¹; S. Agrela Torres³; E. De Los Riscos Mateos⁴; A. Rey Martín⁴.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de 3er año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Trinidad- Jesús Cautivo. Málaga.; ²Médico Residente de 4º año. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Trinidad- Jesús Cautivo. Málaga.; ³Médico de Familia. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.; ⁴Médico Adjunto. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad-Jesús Cautivo. Málaga.

Introducción

El ictus isquémico constituye una de las principales causas de invalidez, incapacidad y morbimortalidad en la población adulta en los países desarrollados. Existe una asociación entre obesidad y mayor riesgo de ictus, lo que puede deberse a la relación comprobada de la obesidad con la HTA, la dislipemia y la diabetes. El patrón de obesidad central, caracterizado por los depósitos de grasa abdominales, se asocia más estrechamente con el riesgo de aterosclerosis e ictus. Es objetivo de este trabajo conocer la situación actual en cuanto al control de la obesidad y el IMC en los pacientes con ictus isquémico del Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron el total de pacientes afectados de ictus isquémico que habían consultado en el último año en el Centro de Salud. Mediante muestreo sistemático se obtuvo una muestra de 120 pacientes. Se han revisa-

do sus historias y se ha evaluado que el paciente tuviera registrado su IMC al menos una vez en el último año. Se han clasificado en normopeso, sobrepeso y obesidad según su cifra de IMC.

Resultados

Del total de pacientes con historias revisadas (120), 96 tenían registrado el IMC al menos una vez en el último año. De estos 96, 30 tenían un IMC menor de 25 (normopeso), 28 tenían un IMC entre 25 y 30 (sobrepeso) y 38 tenían un IMC superior a 30 (obesidad).

Conclusiones

El 80% de los pacientes de la muestra tenían registrado su IMC al menos una vez en el último año. Solo el 26% de los pacientes con el IMC registrado estaban en normopeso y el 40% de los mismos presentaba obesidad. Será necesario insistir en la importancia de la alimentación y el ejercicio físico de cara a disminuir la obesidad y por tanto tratar de reducir la recurrencia del ictus y su consiguiente mortalidad y discapacidad asociada.

353/105. Análisis sobre las infiltraciones realizadas en un Centro de AP.

Autores

E. Paños Maturana¹; J. Ignacio Expósito²; P. Agüera Moreno³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; ²Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; ³Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.

Introducción

Una infiltración consiste en la inyección intra o peri articular de corticoide, anestésico local o ambos, con el fin de aliviar el dolor y así poder movilizar una articulación. El objetivo principal de este estudio es determinar principales características clínicas y demográficas de los pacientes a los que se le realiza una infiltración articular en un centro de AP y la capacidad de las mismas de resolver las situaciones clínicas que presentaban los pacientes.

Material y métodos

Estudio de carácter descriptivo, observacional, realizado en el CS La Laguna de Enero de 2015 a Junio de 2017. Se incluyeron pacientes de ambos sexos mayores de 18 años, seleccionados por muestreo consecutivo según se realizan una infiltración en la consulta programada. Una vez incluidos se iba creando un registro en el que se recogían: Consentimiento informado, filiación, edad, sexo, datos clínicos (Diagnostico de presunción, nº de infiltraciones necesarias hasta fin del proceso, mejoría o no, abandono o derivación a 3º nivel). Se analizaron los datos mediante Software estadístico SPSS. v20.

Resultados

Durante el 1º semestre de 2015 se infiltraron 9 pacientes, aumentado progresivamente hasta los 21 del 1º semestre de 2017. Se incluyeron 78 pacientes, de los cuales fueron 29 hombres (37.2%) y 49 mujeres (62.8%). La edad media fue de 69.2 años, siendo la de los hombres de 84.69 y de las mujeres de 61.02. Las patologías más prevalentes tratadas fueron la tendiítis del manguito rotador, la epicondilitis, y el espolón calcáneo, constituyendo entre las tres el 68% de las atendidas. De manera global se consiguieron aliviar con 1, 2 o 3 infiltraciones al 65.38%. El 14% requirieron derivación hospitalaria. Un 11.5% no continuaron seguimiento o no se ha podido comprobar su estado, el 3.78% no presentaron mejoría y el 3.78% tuvieron algún tipo de reacción adversa.

Conclusiones

Con los datos obtenidos vemos la tendencia creciente de aplicación de esta técnica en nuestro centro de salud, mejorando la calidad asistencial y las oportunidades de tratamiento a nuestros pacientes. Deberíamos ampliar nuestras áreas de acción, aplicando esta técnica en más patologías de las que lo hacemos actualmente.

353/156. Análisis de factores de riesgo en fallecidos por ICTUS en 2015.

Autores

M. Barrero Martín¹; L. Sánchez De Cos Jiménez¹; M. Naranjo Ratia²; L. González Díaz¹; A. Zarallo Pérez³; J. Rodríguez Mariscal³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz.; ²Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo. Medina-Sidonia. Paterna. Cádiz.; ³Médico de Familia. Centro de Salud Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz.

Introducción

Analizar los exitus por accidentes cerebrovasculares agudos en una unidad de gestión clínica, para identificar la influencia de los diferentes factores de riesgos cardiovasculares registrados en su historia clínica, el modo de control de los mismos, así como señalar los posibles puntos a reforzar en la actuación del médico de atención primaria.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes fallecidos como consecuencia de accidente cerebrovascular agudo en 2015 entre la población de una unidad de gestión clínica, analizando los factores de riesgo cardiovasculares registrados en las historia de salud. Recogida de muestra a través de la aplicación del sistema de salud para realizar búsqueda de listados. Limitaciones en la falta de registro de datos a analizar, absentismo a las consultas de atención primaria por determinados pacientes.

Sin uso de nombres ni datos identificativos de los pacientes para garantizar el anonimato en todo momento.

Resultados

Muestra de 10 pacientes, 50% mujeres y 50% hombres, entre 68 y 91 años de edad. El 22% de los datos a analizar no se encuentran registrados en las historias clínicas. El 60% de los pacientes presentaban hipertensión arterial. El 30% eran diabéticos, en el 20% existe registro sobre el hábito tabáquico. El 60% dislipémico con un registro adecuado del riesgo cardiovascular y las medidas terapéuticas en el 40%. En el 30% existía una cardiopatía embolígena, y no hay registro de la obesidad en los pacientes analizados.

Conclusiones

En el 60% de los pacientes entendemos la hipertensión, la dislipemia, la edad y la historia natural de la enfermedad como principales causas del exitus.

En el 30% se detecta un absentismo al centro de salud en los años previos.

Destacamos la necesidad de captar a esta población, realizar un adecuado registro de los factores de riesgo cardiovasculares y las medidas farmacológicas y no farmacológicas individualizadas a cada paciente.

353/219. Tipos de Dolor Irruptivo Oncológico y tratamiento específico en paciente de cuidados paliativos domiciliarios.

Autores

F. Hidalgo Martín¹; I. Machio Sosa²; B. Hernández Labrot³; T. Sanz Ortega¹; M. Luna Moreno¹; L. Ruíz del Moral¹.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.; ²Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pino Montano. Sevilla.; ³Médico de Familia. Urgencias Hospitalarias. Parque Tecnológico de la Salud. Granada.

Introducción

El Dolor Irruptivo Oncológico (DIO) es común en pacientes con cáncer y supone una importante causa de morbilidad. Nuestro objetivo fue estimar la prevalencia y características del DIO en pacientes en seguimiento por cuidados paliativos domiciliarios, determinar el tratamiento más correcto para cada tipo de dolor y conocer su cumplimiento.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Pacientes oncológicos en seguimiento por AP y cuidados paliativos domiciliarios. Año 2016. El DIO se definió según los criterios de Davies. Variables demográficas, tipos de DIO y tratamiento del dolor basal y de rescate. Los tipos de DIO se identificaron mediante cuatro gráficas de elaboración propia teniendo en cuenta intensidad y duración del dolor. Se calculó el tamaño muestral siendo necesario una n=52. Los datos se analizaron mediante técnicas univariantes y multivariantes.

Resultados

Cumplieron los criterios de inclusión 268 pacientes, de los que 151 (56.34%) presentaron DIO con un total

de 169 episodios. La distribución según las gráficas fue: gráfica tipo I (61 casos 30,49%), tipo II; (68 casos 27,35%), tipo III (27 casos 14,51%) y tipo IV (8 casos 4,3%); obteniendo para la gráfica tipo I una duración media del DIO de 39,6 minutos, tipo II 59,7 minutos, tipo III 79,6 minutos y tipo IV 78,6 minutos ($p < 0,01$). La localización primaria del tumor más frecuente fue de origen digestivo (107) y la mayoría tenían metástasis. El tratamiento basal se realizaba sobre todo con fentanilo transdérmico (142) y morfina oral (64). La mayoría de los pacientes rescataban con morfina oral (61 casos, 36,9%) con un tiempo medio de 45 minutos en alcanzar el alivio (SD 17,57), fentanilo oral (51 casos, 30,9%) con 27 minutos (SD 15,79) y fentanilo nasal (40, 24,2%) con 21 minutos (SD 11,18) $p < 0,01$ Los pacientes que tenían como tratamiento basal el fentanilo transdérmico estaban más satisfechos ($p < 0,05$) y el fentanilo nasal era el que más satisfacción provocaba como tratamiento de rescate ($p < 0,008$). Incumplían el tratamiento para el dolor basal un 16,8% de pacientes y para rescate 29,8%.

Conclusiones

El DIO es una condición muy heterogénea presente en un porcentaje alto de pacientes oncológicos.

353/234. Características clínicas de las personas con diabetes en Atención Primaria.

Autores

F. Hidalgo Martín¹; T. Sanz Ortega¹; M. Luna Moreno¹; L. Ruiz Del Moral¹; F. Paniagua Gómez²; J. Mancera Romero².

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.; ²Médico de Familia. UGC Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.

Introducción

Nuestro objetivo fue describir las características clínicas de las personas con diabetes adscritas a un cupo médico de Atención Primaria.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Atención Primaria. Centro de salud urbano que atiende a una población 38.000

habitantes. Se analiza un cupo médico al que están adscritas 1640 personas. Año 2018. Se estudian variables demográficas, antecedentes familiares, medidas de exploración y complicaciones macro y microvasculares de la diabetes. Para el análisis estadístico se emplearon medidas de frecuencia y de asociación. Se estableció un nivel de significación para una probabilidad $< 0,05$.

Resultados

125 personas con diabetes (prevalencia del 8%). 71 (57%) hombres. Edad media de 67 ± 12 años, sin diferencias entre sexos.

Tenían antecedentes familiares de diabetes 56 (45%) y fumaban 19 (15%).

La media del índice de masa corporal fue de $29,68 \pm 5$ kg/m², más elevado en las mujeres $31,22 \pm 5$ kg/m² que en los hombres $28,78 \pm 5$ kg/m² ($p = 0,058$). La media de perímetro abdominal fue de 103 ± 12 cm, la presión arterial sistólica 135 ± 10 mmHg y la diastólica de 75 ± 7 mmHg.

Estaban vacunadas frente al virus de la gripe 68 (54%) personas, más los hombres 44 (62%) que las mujeres 24 (44%) - $p = 0,051$ -.

Eran seguidas en Atención Primaria 100 personas (80%) y 21 (16%) por endocrino.

Había 6 personas (4,8%) con diabetes tipo 1.

Estaban en prevención secundaria 30 personas (24%), más los hombres 22 (31%) que las mujeres 8 (15%) - $p = 0,036$ -.

Estaban diagnosticadas de hipertensión arterial 82 personas (66%) y de dislipemia 59 (47%).

Dentro de las complicaciones macrovasculares, habían padecido ictus 12 personas (9,6%), cardiopatía isquémica 19 (15%) - más en los hombres que en las mujeres $p = 0,034$ -, y enfermedad arterial periférica 8 (6,4%) - más los hombres que las mujeres $p = 0,011$ -. Tenían retinopatía diabética 18 (14%) personas, enfermedad renal 47 (38%) y neuropatía 8 (6%).

Conclusiones

La prevalencia de diabetes en el cupo es similar a la del Distrito Sanitario.

Elevada presencia de hipertensión arterial.

La existencia de complicaciones macro y microvasculares es concordante a lo esperado.

Los resultados obtenidos permiten realizar medidas de mejora.

353/239. Aplicación del diagrama de Pareto en el programa de inmovilizados de un centro de atención primaria.

Autores

M. Luna Moreno; L. Ruiz Del Moral; F. Hidalgo Martín; T. Sanz Ortega.

Centro de Trabajo

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.

Introducción

El diagrama de Pareto constituye un sencillo método de análisis mediante el uso de un diagrama de barras a través del cual se ilustran las causas de los problemas por orden de importancia y frecuencia de aparición.

Nuestro objetivo fue valorar el grado de incumplimiento, utilizando el diagrama de Pareto, de cada uno de los criterios de calidad evaluados en el programa de inmovilizados de un centro de Atención Primaria.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en Atención Primaria, ámbito urbano. Los pacientes del estudio son aquellos incluidos en el programa de inmovilizados durante el año 2016 en nuestro centro de salud. El tamaño muestral calculado fue de N=150 y se realizó un muestreo aleatorio sistemático. Se analizaron las siguientes variables: índice de Lawton y Brody, Test de riesgo de caídas múltiples, escala Yesavage o anamnesis, escala Pfeiffer o MEC de Lobo, escala sociofamiliar de Gijón, escala de Norton, índice Barthel, visitas domiciliarias médico atención primaria (MAP) y visitas domiciliarias enfermería. Los resultados se exponen en forma de frecuencias absolutas mediante barras y frecuencias relativas acumuladas mediante un polígono de frecuencias.

Resultados

De las 393 personas incluidas en el programa de inmovilizados, obtuvimos una muestra de 150. Las variables con mayor incumplimiento fueron: índice Lawton y Brody con 145 pacientes (96,7%), test de riesgo de caídas múltiples con 141 pacientes (94%), escala Yesavage o anamnesis con 141 pacientes

(94%) y escala Pfeiffer o MEC de Lobo con 93 pacientes (62%).

Conclusiones

Elevado incumplimiento en las variables analizadas. El elevado porcentaje de incumplimiento respecto al índice Lawton y Brody y el test de riesgo de caídas múltiples puede estar relacionado a la no necesidad de su cumplimentación en los casos en los que el índice de Barthel esté por debajo de 60 puntos, lo cual indica dependencia total o severa de la persona con vida limitada a cama-sillón en la mayoría de las ocasiones.

353/243. Registros relacionados con buenas prácticas en las personas con diabetes

Autores

T. Sanz Ortega¹; F. Hidalgo Martín¹; M. Luna Moreno¹; L. Ruíz del Moral¹; F. Paniagua Gómez²; J. Mancera Romero².

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.; ²Médico de Familia. UGC Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.

Introducción

Nuestro objetivo fue analizar la ausencia de registros relacionados con buenas prácticas en el seguimiento de las personas con diabetes adscritas a un cupo médico.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Atención Primaria. Centro de salud urbano que atiende a una población 38.000 habitantes. Se analiza un cupo médico al que están adscritas 1640 personas. Año 2018. Se estudian variables demográficas, antecedentes familiares, medidas de exploración, parámetros analíticos, cálculo del riesgo cardiovascular, objetivos de control, complicaciones macro y microvasculares de la diabetes, comorbilidades, tratamiento. Para el análisis estadístico se emplearon medidas de frecuencia y de asociación. Se estableció un nivel de significación para una probabilidad < 0,05.

Resultados

125 personas con diabetes (prevalencia del 8%). 71 (57%) hombres. Edad media de 67 ± 12 años, sin diferencias entre sexos.

Estaban registrados en todos los casos los hábitos (tabaco, alimentación y ejercicio), el cálculo del riesgo cardiovascular, los objetivos de A1c, las complicaciones de la diabetes, las comorbilidades y el tratamiento.

Se encontró ausencia de registros en las siguientes variables analizadas.

Antecedentes familiares: 6 (5%). Exploración del pie : 34 (27%). Realización de retinografía cuando está indicada: 14 (11%). Presión arterial: 2 (2%). Índice de masa corporal: 5 (4%). Perímetro abdominal: 30 (24%). Glucemia basal: 1 (1%). Estimación del filtrado glomerular: 2 (2%). Colesterol LDL: 6 (5%). Hemoglobina A1c: 1 (1%).

Conclusiones

Aceptable cumplimentación de registros relacionados con buenas prácticas en el seguimiento de la persona con diabetes.

La exploración del pie y la medición del perímetro abdominal así como el cociente albúmina/creatinina en orina deben mejorar.

Las auditorías sobre buenas prácticas pueden ser de utilidad para una correcta atención a las personas con diabetes.

Proyectos de Investigación

Orales Médico de Familia

353/21. Cribado de Fragilidad y Prevención de Caídas.

Autores

J. Bedoya Belmonte¹; J. González Vera²; C. González Vera³; M. Bueno Caro⁴; E. Díaz Caro¹; M. Rodríguez González¹.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. UGC Tiro de Pichón. Málaga.; ²Administrativo. DS. Málaga.; ³Enfermera. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.; ⁴Enfermera. UGC Tiro de Pichón. Málaga.

Introducción: Justificación del Estudio

La esperanza de vida está incrementándose de manera inexorable a nivel mundial y concretamente en nuestro entorno más cercano; esta situación consecuencia de una mejor asistencia sanitaria debe ir aparejada de la inclusión de elementos que supongan incremento de años con una buena calidad de vida. El actual contexto socioeconómico exige la puesta en marcha de medidas de promoción y prevención de la salud que favorezca por un lado el bienestar de la ciudadanía y por otro lado la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

La meta de nuestro trabajo en Atención Primaria debe orientarse hacia un envejecimiento activo que permita el manteniendo de la autonomía e independencia de los mayores, una buena capacidad funcional desde el punto de vista físico y cognitivo.

Objetivos

Favorecer la detección precoz de la fragilidad e intervenir en personas mayores de 65 años para retrasar o evitar el deterioro funcional físico y cognitivo de los mayores prefrágiles.

Diseño

Realización de la escala de Barthel a todo paciente que llega a la consulta y tiene más de 65 años. Intervención en todos aquellos con índice de Barthel superior o igual a 90.

Intervenir deprescribiendo a todo paciente polimedicado siguiendo los criterios star stop.

Emplazamiento

Centros de Salud de la Zona Básica de Salud Málaga Guadalhorce. Población urbana con nivel sociocultural medio. Edad superior a 65 años

Material y métodos

Revisión de la medicación de todos los pacientes mayores de 65 años del cupo y con polifarmacia: consumo de cinco o más fármacos en el último año. Herramienta utilizada: criterios stopp-start Especial interés en las benzodiazepinas por su relación en la valoración cognitiva, alteración de las funciones sensitivas y motoras, inestabilidad.

Aplicabilidad

La inclusión del algoritmo de despistaje de la fragilidad de los usuarios mayores de 65 años que acuden a nuestras consultas es una necesidad recogida en el Documento de Consenso sobre Prevención de Fragilidad y Caídas en la persona Mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en junio de 2014. La Atención Primaria tiene el derecho y la obligación de hacer realidad la realización de las medidas aprobadas y recogidas en dicho Documento de Consenso.

Aspectos ético-legales

El proyecto ha superado la valoración del Comité de Ética del Distrito Sanitario

353/64. Formación continuada de profesionales sanitarios de atención primaria.

Autores

A. García Flores¹; C. López Carrillo².

Centro de Trabajo

¹Medico de Familia. Centro de Salud Úbeda. Jaén.; ²Enfermera. ZBS de Orcera. Jaén.

Introducción: Justificación del Estudio

La formación continuada es a la vez un derecho y una obligación de los profesionales sanitarios ante

La constante evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, de la ciudadanía, de la sociedad y del propio sistema sanitario.

Objetivos

Analizar la cantidad y tipo de acciones formativas en las que han participado en el último año los profesionales sanitarios médicos y enfermeros de atención primaria en la zona básica de Orcera comparándolos con las realizadas por los profesionales sanitarios médicos y enfermeros de atención primaria de Úbeda, teniendo en cuenta variables biográficas (sexo y edad) y profesionales (categoría profesional).

Diseño

Estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento

Centro de una zona rural y centro de una zona urbana.

Material y métodos

La población a recoger son todos los profesionales médicos y enfermeros de atención primaria tanto de la zona básica de Orcera como de la de Úbeda. Como criterios de inclusión serían todos los profesionales licenciados en medicina y diplomados en enfermería de ambas zonas básicas, excluyendo a los profesionales en período de formación para no ocasionar un sesgo puesto que en la zona básica de Orcera no existen estos profesionales. Se va a diferenciar entre intervalos de edad, sexo y categorías profesionales, así como las modalidades online o presencial diferenciando entre cada categoría las realizadas entre los profesionales de la zona rural y de la zona urbana. Para ello se pasará un cuestionario a los profesionales donde nos digan los cursos que han realizado a lo largo de 2017 y la modalidad a la que pertenecían. Las limitaciones que presentamos son los compañeros que se hayan podido ir de ambas zonas.

Aplicabilidad

Queremos comparar entre la formación de los profesionales de zonas urbanas y rurales valorando entre cada caso la preferencia por la formación online y presencial pensando en el hecho de que la zona rural tiene la característica de ser una zona aislada y lejos

de la capital y otras poblaciones donde se concentran las acciones formativas profesionales para así según los resultados poner de relieve la importancia de asegurar la calidad de los cursos online, además de facilitar la formación continuada presencial a los profesionales de zonas rurales aisladas en el caso de haber diferencias entre los profesionales.

Aspectos ético-legales

Se pedirá permiso a la Comisión de investigación del distrito para la realización del proyecto informando a los compañeros del anonimato de las encuestas y pidiendo permiso a cada uno de ellos.

353/103. Análisis de eventos adversos relacionados con medicamentos en servicios de urgencias hospitalarias en Andalucía.

Autores

F. Atienza Martín¹; J. García Ballesteros²; A. Hidalgo Rodríguez³; P. Panero Hidalgo⁴; L. García Matarín⁵.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. UGC Fuensanta Pérez Quirós. Sevilla.; ²Médico de Familia. Centro de Salud Bailen. Jaén.; ³Médico de Familia. SCCU Complejo Hospitalario de Granada. Granada.; ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Órgiva. Granada.; ⁵Médico de Familia. UGC El Parador. Roquetas de Mar. Almería.

Introducción: Justificación del Estudio

Los medicamentos constituyen la primera causa de eventos adversos de seguridad del paciente, causando casi la mitad de los mismos. Falta información relevante sobre los factores relacionados con la aparición de estos eventos.

HIPÓTESIS DE ESTUDIO

El análisis retrospectivo de los factores asociados a la aparición de acontecimientos adversos de medicamentos (AAM) facilitará la comprensión de los determinantes sobre los que se puede actuar para favorecer la prevención de los mismos.

El conjunto mínimo básico de datos (CMBD) de urgencias puede ser una herramienta útil para la identificación de los AAM

Objetivos

- Objetivo general: realizar un análisis retrospectivo de los eventos adversos relacionados con el uso de medicamentos y ver qué factores pueden asociarse a dichos eventos evaluando tanto la causalidad como su evitabilidad.
- Objetivos específicos
 - Analizar qué fármacos han podido dar lugar al evento adverso, buscando posibles interacciones farmacológicas así como uso fuera de las indicaciones recogidas en ficha técnica
 - Conocer la utilidad del índice de comorbilidad de Charlson como predictor de aquellos pacientes más susceptibles de sufrir un evento adverso
 - Evaluar la evitabilidad de los eventos adversos en base cuestionario de Schumock

Diseño

Estudio descriptivo retrospectivo

Emplazamiento

Atención Primaria y Servicios de Urgencia hospitalarios

Material y métodos

Fases del estudio:

- Fase 1: validación del CMBD de urgencias como instrumento para la identificación de AAM mediante un estudio descriptivo de pruebas diagnósticas
- Fase 2: análisis de la muestra de pacientes con AAM, identificando factores relacionados con su aparición
- Fase 3: propuesta de intervenciones preventivas

Sujetos del estudio: Todos los pacientes que consulten, por cualquier causa, con los Equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud seleccionados.

VARIABLES DE ESTUDIO

- Del AAM: Gravedad; Evitabilidad (Schumock); Causalidad; Fármaco/s implicado/s
- Del paciente: Demográficos; Comorbilidad (índice de Charlson); Nº de principios activos diferentes; Ser polimedicado
- Del médico de familia: Demográficos; Formación (MIR/No MIR); Acreditación profesional; Resultados en relación al uso de medicamentos (IS calidad de prescripción; IS consumo)

- Del centro de salud: Ubicación geográfica; nivel socio-económico; Acreditación (si/no); Cupo medio de los profesionales; Resultados en relación al uso de medicamentos: índice sintético de calidad de prescripción e índice sintético de consumo.

Tipo de hospital y destino del paciente al alta:

- Se seleccionarán aleatoriamente 16 hospitales de las 8 provincias andaluzas estratificados según categoría.
- Se seleccionaran todos los pacientes codificados con reacción adversa a medicamentos y se realizará una revisión retrospectiva de su historia clínica.
- Se solicitará aprobación del comité de ética. Los datos de los pacientes estarán disociados de sus datos identificativos y solo los investigadores tendrán acceso a la base de datos.

Aplicabilidad

El conocimiento de los factores implicados en los AAM puede facilitar la identificación y puesta en marcha de intervenciones que mejoren la seguridad en el uso de medicamentos en Atención Primaria

Aspectos ético-legales

Se solicitará aprobación del comité de ética. Los datos de los pacientes estarán disociados de sus datos identificativos y solo los investigadores tendrán acceso a la base de datos.

353/172. Detección de cervicitis en mujeres asintomáticas

Autores

M. Rodríguez Alcázar; A. Ortiz Pérez; J. Gordillo Montoya; P. Torrealba; M. Lara Molina; M. Contreras Roca.

Centro de Trabajo

Médico de Familia. Centro de Salud de San Miguel. Torremolinos. Málaga.

Introducción: Justificación del Estudio

Muchas de las infecciones del cuello uterino cursan como procesos asintomáticos o como un aumento de la secreción vaginal. Puede acompañarse de uretritis y, por tanto con molestias urinarias o afectar a la mucosa anal u oral, en el hombre. Este estado asintomático favorece su transmisión con las rela-

ciones pero en caso de ser detectado su tratamiento es fácil y totalmente asequible. Germen como *Chlamydia Trachomatis* son responsables de más de la mitad de los casos de oclusión tubárica por causa infecciosa, y del 6% de los casos de enfermedad pélvica inflamatoria. Se estima que entre el 50-80% de las infecciones por *Chlamydia* cursan de forma asintomática. Infecciones por *Mycoplasmas* y *Ureaplasma* son con frecuencia concomitantes con *Chlamydia* y también pueden causar infertilidad y enfermedad pélvica inflamatoria

Objetivos

- Valorar la incidencia y prevalencia de cervicitis en mujeres asintomáticas
- Determinar la posible resistencia de los gérmenes a antibióticos
- Prevenir el contagio a través de mujeres asintomáticas y las posibles complicaciones que puedan causar.

Diseño

Estudio descriptivo, observacional, prospectivo.

Emplazamiento

Centro San Miguel, Torremolinos, Málaga (Centro de Salud Urbano)

Material y métodos

Se recogerá muestra de endocervix para cultivo en pacientes asintomáticas activas sexualmente que acuden a consulta de DIU y Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer desde abril de 2018 a septiembre de 2018, haciendo incidencia en los facultativos del centro en derivar pacientes jóvenes que habitualmente no acuden a las consultas de la mujer para aumentar la eficacia del proyecto.

A todas ellas se les realizará cultivo endocervical para detección de Bacterias patógenas sin clínica evidente.

A todos los cultivos positivos se les realizará Antibiograma y se citará a la mujer para tratamiento y hacer profilaxis de posibles contagios.

Tras la recogida de las muestras y obtener los resultados de las mismas se pasarán los datos a una base de datos y posteriormente estos datos se analizarán mediante el programa SPSS, y con los resultados

obtenidos se sacarán unas conclusiones las cuales demostrarán si es necesario o no obtener cultivos endocervicales en las mujeres que acuden al centro de salud para la realización de una citología

Aplicabilidad

Creemos que si este estudio demuestra un importante porcentaje de casos positivos, habría que plantear su extensión a Centros de Salud de similares características como una herramienta importante de prevención.

Aspectos ético-legales

Somos conscientes que la limitación del contagio en los casos positivos conllevaría una información a eventuales contactos sexuales de la mujer positiva y podría originar conflictos éticos bastante importantes.

Sin embargo creemos que en Atención Primaria es fundamental la realización de Proyectos de prevención y Promoción de la Salud como el que vamos a desarrollar.

A todas las pacientes a las que se le recoge muestra se le informa verbalmente de la técnica que se va a realizar y de cual es su fin, en el caso de que la paciente no de su consentimiento verbal no se obtendrá la muestra.

353/201. Prevalencia del Aneurisma de Aorta Abdominal en varones hipertensos de 65 a 75 años de la población de Espera (Cádiz).

Autores

A. Alconchel Cesar; J. Ruiz Cinta.

Centro de Trabajo

Médico de Familia. Centro de Salud de Espera. Cádiz.

Introducción: Justificación del Estudio

El Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) es una dilatación patológica de la aorta mayor de 3 cm de diámetro. Un 75% de los AAA son asintomáticos y se diagnostican casualmente en una prueba de imagen. Patología asintomática hasta que surge una complicación que generalmente es mortal. Recientemente detectamos casualmente 4 casos de AAA, usando el ecógrafo que tenemos en consulta, todos en pacien-

tes hipertensos. Este hecho nos hizo preguntarnos que prevalencia de AAA teníamos en varones hipertensos de nuestra población.

No encontramos estudios de AAA en población rural mediante estudio ecográfico desde primaria realizados en la provincia de Cádiz.

El diagnóstico precoz del AAA y la cirugía reparadora electiva pueden disminuir su morbimortalidad al evitar la rotura.

Actualmente la ecografía abdominal es el mejor método de diagnóstico, cribado y seguimiento para esta patología. Es coste-efectiva, no invasiva, fácilmente disponible y repetible presentando limitaciones dependientes del observador y del sujeto explorado.

La ruptura de un AAA tras un único cribado negativo en sujetos de más de 65 años es rara, (0-4%), en los 10 años siguientes a la prueba.

Nos preguntamos: ¿es beneficioso realizar screening de AAA?, ¿nos permitiría un diagnóstico precoz y un mejor seguimiento/control de las complicaciones?, ¿disminuiría la morbimortalidad?. Hay estudios que demuestran que en población general no resulta coste-efectivo, por lo que se aconseja estudiar grupos de pacientes en los que la incidencia es mayor.

Objetivo

Conocer la prevalencia del AAA en varones hipertensos de 65 a 75 años en la población de Espera.

Diseño

Descriptivo transversal para el cálculo de la prevalencia del AAA.

Emplazamiento

Realizaremos proyecto en Consultorio de Espera (Cádiz) ± 4000 habitantes.

Material y métodos

Muestra: Pacientes varones hipertensos de entre 65 y 75 años registrados en el proceso HTA de la población de Espera

Metodología: Dividiremos la muestra aleatoriamente en dos grupos, cada grupo será estudiado por un médico. Los individuos serán citados para una consulta para registrar los datos necesarios, informar del estudio y facilitar consentimiento informado.

Aquellos que acepten participar se les citará para ecografía.

Visualizaremos la aorta abdominal mediante cortes transversales y longitudinales, tomando como referencia la medida de mayor calibre. No se estudiarán otras estructuras.

En individuos con mediciones >2,5 cm se repetirá la ecografía por otro médico, para comprobar concordancia.

Los sujetos con diámetro >3 cm serán derivados para nueva ecografía por radiólogo. Confirmado el aneurisma serán derivados a cirugía vascular para estudio y tratamiento si procede. Aquellos que presentasen signos ecográficos de intervención urgente serían derivados a urgencias hospitalaria.

Aplicabilidad

El aneurisma de aorta abdominal es diagnosticable en atención primaria pudiendo disminuir la morbimortalidad.

Aspectos ético-legales

Este estudio investigación se realizará conforme los principios éticos para investigaciones médicas con seres humanos recogidos en declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, ley 14/2007, investigación biomédica, y llevará a cabo cumpliendo ley 41/2002, básica reguladora autonomía del paciente, derechos y obligaciones en materia información y documentación clínica, ley orgánica 15/1999, protección datos carácter personal, los principios de buenas prácticas clínicas y requisitos de autoridades reglamentarias para verificación documentos originales y la auditoría/inspección del estudio.

353/236. Evaluación de métodos de cribado por Atención Primaria en la captación de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Autores

D. Gil Gómez; S. Abad Sánchez; A. Baca Osorio; L. Ginel Mendoza.

Centro de Trabajo

Médico de Familia. UGC Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.

Introducción: Justificación del Estudio

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un importante reto de Salud Pública, con elevada morbimortalidad, por lo que se hace necesaria una intervención de profesionales sanitarios que mejore tanto el elevado infradiagnóstico como el adecuado tratamiento.

No hay datos que indiquen que el cribado con la espirometría es efectivo para tomar decisiones o mejorar los resultados en los pacientes identificados antes del desarrollo de síntomas.

Los programas de cribado masivo de la población en búsqueda de pacientes con EPOC resultan caros y no siempre producen los resultados deseados.

En busca de soluciones al elevado infradiagnóstico, se han puesto en práctica la utilización de cuestionarios breves diseñados para detectar casos posibles. GesEPOC y GOLD preconizan el uso del cuestionario CAT (COPD Assessment Test) en cada nivel de gravedad para valorar mejor el impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida del paciente

Objetivos

- Objetivo principal:
 - Determinar la utilidad del cuestionario COPD-PS como método de cribado para mejorar el rendimiento diagnóstico de las espirometrías, es decir, el número de espirometrías que tenemos que realizar para conseguir un diagnóstico de EPOC.
- Objetivos secundarios:
 - Determinar el impacto del diagnóstico de EPOC en factores de riesgo como el tabaquismo
 - Valorar la calidad de vida de estos pacientes y las comorbilidades asociadas

Diseño

Estudio descriptivo de intervención diagnóstica en pacientes fumadores mayores de 40 años. Observacional, transversal y multicéntrico.

Se realizará una captación desde la consulta demanda de AP de los pacientes mayores de 40 años, fumadores de 10 años/paquetes o más, con clínica respiratoria (disnea y tos)

A estos pacientes se les remitirá para realización de cuestionario con COPD-PS y CAT (Anexo I) y espirometría con test broncodilatador.

Posteriormente se realizará una comparativa de resultados para valorar la sensibilidad y la especificidad de ambos test

Emplazamiento

se llevará a cabo en el ámbito de una población urbana y rural de Atención primaria. Centros de Salud de DS Málaga-Guadalhorce.

Material y métodos

El reclutamiento se realizará tomando sujetos incluidos en la población de los centros de estudios, que solicitan atención en consulta demanda de Atención Primaria.

- Criterios de inclusión: pacientes mayores de 40 años, fumadores de 10 años/paquetes o más, con clínica respiratoria que soliciten atención en consulta a demanda en AP.
- Criterios de exclusión: pacientes con diagnóstico previo de EPOC, embarazo, enfermedad grave, pacientes hospitalizados en el momento de estudio, inmovilizados, terminales, alcoholismo o drogadicción, enfermedad psiquiátrica grave, neoplasias

Aplicabilidad

Uso del COPD-PS en la consulta de atención primaria como herramienta de cribado de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en pacientes fumadores mayores de 40 años que no asocien síntomas respiratorios con EPOC

Aspectos ético-legales

El protocolo de estudio será elevado al Comité de Ética del Distrito Sanitario Málaga para su aprobación.

Proyectos de Investigación

Orales Médico Residente

353/22. Evaluación del control del asma mediante Whatsapp®

Autores

A. Ruiz Reina¹; A. Ortega Carpio²; P. García Sardón³; F. Romero Herraiz⁴.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.;

²Médico de Familia. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.;

³Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.;

⁴Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.

Introducción: Justificación del Estudio

Debido a la elevada prevalencia de asma no controlada planteamos en nuestro estudio si el Asthma Control Test (ACT) enviado a través de una plataforma de mensajería instantánea como Whatsapp®, facilitaría la evaluación, seguimiento y mejoraría el grado de control del asma.

Objetivo

Determinar la efectividad del ACT enviado a través de Whatsapp® para incrementar el control aceptable del asma.

Diseño

Estudio cuasi experimental antes-después.

Emplazamiento

Atención Primaria. Centro de Salud urbano.

Material y métodos

- Población: Asmáticos de 18 a 65 años de edad que dispongan de la aplicación Whatsapp® en su móvil y den su consentimiento para participar, excluyéndose asmáticos con diagnóstico asociado de EPOC.
- Muestra: Necesitaremos 88 asmáticos para detectar con la intervención una mejora del 20%

a partir de un porcentaje esperado de asmáticos bien controlados del 55%. La muestra se obtendrá de forma aleatoria a partir del listado de pacientes asmáticos del centro de salud.

- Intervención: A todos los candidatos se les contactará telefónicamente para explicarles la justificación y el diseño del estudio, así como solicitarles su consentimiento para participar. Posteriormente recibirán un mensaje por Whatsapp® con el enlace al texto del consentimiento que deben aceptar, y a la encuesta del ACT que deben cumplimentar. Seguidamente recibirán un mensaje informándoles del nivel de control del asma y las recomendaciones que deben realizar. Los pacientes serán seguidos por un plazo de 6 meses en los que se reevaluarán clínicamente mediante el cuestionario ACT enviado a través de Whatsapp® a los 2 y a los 6 meses.
- Variables: La variable dependiente principal será el porcentaje de asmáticos con mal control (ACT ≤ 19 puntos) determinada basalmente, y a los 2 y 6 meses de iniciarse el estudio. Otras variables dependientes serán la realización de cambios en el tratamiento, la asistencia a consulta de Centro de Salud y urgencias por agudizaciones.
- Análisis estadístico: Las variables cualitativas se describirán mediante porcentajes y las cuantitativas mediante medias. Como contraste de hipótesis entre variables cualitativas se utilizará la chi-cuadrado y la t-student para comparar medias entre muestras relacionadas. Para la evaluación de la concordancia entre ACT y el grado de control del asma según la clasificación GINA se utilizará el índice Kappa. Se efectuará regresión múltiple para determinar las variables asociadas a la mejora en la percepción de control del asma.
- Limitaciones: La procedencia de la población y criterios de selección de la muestra restringen la generalización de resultados a pacientes asmáticos con móvil y Whatsapp®. Las propias de un estudio cuasi experimental sin grupo control.

Aplicabilidad

El proyecto pretende estimar el porcentaje de asma mal controlada en nuestra área sanitaria con los criterios ACT y estimular medidas de intervención terapéuticas que mejoren el grado de control de los pa-

cientes, a través de una herramienta de mensajería instantánea popular, gratuita e intuitiva, lo que puede facilitar el seguimiento y el control del asma desde Atención Primaria.

Aspectos ético-legales

Se solicitará Consentimiento Informado escrito a todas los pacientes que participen. El protocolo será aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Área Sanitaria. Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

353/202. Prescripción de opiáceos mayores en pacientes con dolor crónico no oncológico en Atención Primaria.

Autores

L. Ocaña Martínez¹; F. Hidalgo Martín²; T. Sanz Ortega².

Centro de Trabajo

¹Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Rincón de la Victoria. Málaga.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.

Introducción: Justificación del Estudio

En los últimos años se ha producido un gran crecimiento en la prescripción y consumo de opiáceos mayores para tratar el dolor crónico no oncológico (DCNO). Este hecho ha provocado una situación de emergencia en los países del primer mundo, lo que ha llevado a buscar soluciones a este grave problema de salud.

Objetivo

Conocer las características de la prescripción de opiáceos mayores en pacientes con DCNO de un Distrito Sanitario (DS) de Andalucía durante los años 2017-2018.

Diseño

Estudio descriptivo transversal de una cohorte histórica.

Emplazamiento

Dos zonas básicas de salud de un DS de Atención Primaria.

Material y métodos

Los sujetos de estudio serán todos los pacientes mayores de 14 años que tienen prescritos opiáceos mayores en su receta electrónica durante los años 2017-2018. Basándose en la información disponible, se ha estimado un tamaño muestral de 228 pacientes, con un intervalo de confianza del 95%, una precisión del 5% y una estimación de pérdidas del 5% (ampliando la muestra un 5% por sesgo de información). A partir del listado proporcionado por el departamento de farmacia del DS, se realizará un muestreo aleatorio sistemático hasta alcanzar la muestra deseada, excluyendo a los pacientes con dolor oncológico. Los datos serán obtenidos de las historias clínicas digitales de Diraya. Las variables del estudio serán: edad, sexo, centro de salud de procedencia, especialidad médica del médico prescriptor, tipo de dolor, intensidad del dolor, patología causante, características del opioide prescrito (tipo de opioide, vía de administración, duración del tratamiento y efectos adversos) y uso de fármacos coadyuvantes. Para las variables cualitativas se obtendrá su distribución de frecuencias (número de casos y porcentaje) y para las variables cuantitativas la media con su correspondiente desviación típica con un intervalo de confianza del 95%. Para analizar las posibles asociaciones se usarán la t de Student y la chi cuadrado según el tipo de variable. Se fijará un nivel de significación de $p < 0.05$. Para el análisis se utilizará el programa Statistical Package for the Social Sciences-SPSS para Windows, versión 21.0. Las principales limitaciones del estudio son: la falta de causalidad por ser un estudio de prevalencia y el sesgo de información a la hora de la recogida de los datos.

Aplicabilidad

Con este proyecto podremos saber si la prescripción de opiáceos mayores en nuestras zonas básicas de salud es similar a la descrita en otros estudios, si se está realizando un adecuado uso de los opiáceos mayores en el tratamiento del dolor y si hay relación con las variables sociodemográficas del paciente y con las del médico que las prescribe.

Aspectos ético-legales

Cumplimiento de la legislación vigente para respetar la confidencialidad de la información recogida, ba-

sada en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y Ley 41/2002 de 14 de noviembre Básica de Autonomía del paciente, y respetar las normativas sobre investigación biomédica, desarrollada bajo la Ley 14/2007, de 3 de julio.

Casos Clínicos

Póster Médico de Familia

353/7. Infección respiratoria y triple evento cardiovascular agudo. ¿Cómo es posible?

Autores

F. Villalba Alcalá¹; F. Lolo²; A. Romero Cañadillas³; F. Otero Rosado⁴; C. Gálvez Beaterio¹; M. González Fernández⁵.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud. Osuna. Sevilla.; ²Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Osuna. Sevilla.; ³DUE. Especialidades. Hospital de La Merced. Osuna. Sevilla.; ⁴Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Osuna. Sevilla.; ⁵Técnica Laboratorio de la Unidad de Investigación. Hospital de La Merced. Osuna. Sevilla.

Descripción del caso

Varón 74 años con HTA, DLP y exfumador. Acudió urgencias por disnea brusca con broncoespasmo. En dicho contexto sufrió pérdida de fuerza y parestesia en hemicuerpo izquierdo. El paciente ingresa en observación donde se descarta TEP y en la placa de tórax se aprecia imagen de condensación en LSD diagnosticándosele de Neumonía grave. En el TAC AVC isquémico y en el EKG elevación de ST en cara inferior y en v4-v6 y elevación de troponinas. Pasa a UCI donde empezó con un episodio de Fibrilación paroxística que revierte con amiodarona.

Exploración y pruebas complementarias

Neumonía extensa derecha en RX Torax. La ecocardiografía descarta presencia de endocarditis y trombosis mural el Angio-TAC descarta TEP y muestra enfisema-infiltrado de predominio en lóbulos superiores. En TAC cráneo lesiones hipodensas a nivel de tempo-parietal posterior derecho de tipo isquémico de perfil subagudo.

En el EKG se aprecia elevación de ST de 1-2 mm en 2-3 AVF. V4-V6.

En UCI precisa VMI extubándose 8 días después sin incidencias. Tuvo episodio de FA paroxística (150 lpm)

que revirtió con amiodarona. Después de 8 días tratado con antibioterapia mejoría de los síntomas respiratorios, no secuelas neurológicas.

Juicio Clínico

Neumonía y triple evento cardiovascular agudo

Diagnóstico diferencial

TEP

Comentario final

El IAM se suele producir por la inestabilización de placa ateroma y formación de trombo intracoronario con la consecuente isquemia/necrosis. Esta inestabilización parece estar desencadenada por un estado proinflamatorio-trombótico, propio de las infecciones agudas como la gripe. Un reciente estudio analiza toda la población con diagnóstico de laboratorio de gripe y comparan dos intervalos de tiempo: el llamado de riesgo (7 días posteriores al diagnóstico de laboratorio) y el de control, un año anterior y posterior y reveló que la gripe podría ser desencadenante del IAM en pacientes de riesgo con placas de ateroma y la vacunación podría disminuir la incidencia de IAM (1)

La Neumonía puede favorecer arritmias o empeorar las ya existentes como resultado de la lesión miocárdica o pericárdica. Algunos antibióticos, como los macrólidos y las fluoroquinolonas, también tienen potencial arritmógeno (2)

Bibliografía

- 1 - Jeffrey C. et al. *N Engl J Med* 2018; 378:345-353.
- 2 - Vicente F Corrales-Medina, et al. *The Lancet online* January 16. 2012 ; 1:1-2

353/8. Granuloma dermatofítico: hongos por los pelos.

Autores

M. Zorrilla Moreno; M. Infante Ruiz; M. Romero Carrillo; A. Osuna Ortiz; M. Ortiz Peralvo; M. Ramos Benavente.

Centro de Trabajo

Médico de Familia. Centro de Salud Villa del Río. Zona Básica Montoro. Córdoba.

Descripción del caso

Varón de 49 años, camionero. Antecedentes de rinitis estacional, úlcus gástrico. Tratamiento: pantoprazol 20 mg. Consulta por lesiones eritematosas con leve descamación central y foliculitis aisladas en antebrazo de 1 mes de evolución. Se pauta ketoconazol y mupirocina tópicos. Acude a los 3 meses por marcado empeoramiento, derivándose a atención especializada desde el programa de teledermatología.

Exploración y pruebas complementarias

Es citado en hospital, realizándose biopsia cutánea y cultivo para hongos, que aísla *Trichophyton* (T.) mentagrophytes. Se pautó terbinafina oral 2 meses, con resolución del cuadro.

Juicio Clínico

Granuloma de Majocchi (GM)

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico del GM se efectúa mediante biopsia de la lesión y/o cultivo en medio de Sabouraud para estudio micológico. El diagnóstico diferencial incluye: Foliculitis bacteriana, tiñas, querión de Celso, eritema nodoso, micosis subcutáneas, micobacteriosis atípica.

Comentario final

El GM es una entidad infrecuente, actualmente en resurgimiento por el uso de esteroides o el incremento de la diabetes. Su importancia radica en los diagnósticos diferenciales que acarrea, algunos de los cuales se tratan con corticoides, inmunosupresores o antibióticos, lo que perpetúa la infección y resalta la necesidad de la toma de biopsia ante lesiones cutáneas de larga evolución y difícil manejo.

Bibliografía

- Del Río Reyes R et al. *Foliculitis por Trichophyton rubrum (granuloma de Majocchi)*. *Actas Dermosifiliogr* 2001;92:409-411
- Bonifaz A, Tirado-Sánchez A, Ponce RM. *Granuloma de Majocchi*. *Gac Méd Méx* Vol. 144 No. 5, 2008
- Magaña-Lozano M, Bonifaz A. *Granulomas dermatofíticos*. *Dermatol Rev Mex* 1988;32:27-33

353/9. Disnea crónica: a propósito de un caso.

Autores

M. Zorrilla Moreno; M. Infante Ruiz; M. Ramos Benavente; A. Osuna Ortiz; R. Medel Cortés; M. Romero Carrillo.

Centro de Trabajo

Médico de Familia. Centro de Salud Villa del Río. Zona Básica Montoro. Córdoba.

Descripción del caso

Mujer de 39 años, fumadora 7 cigarrillos/día. Tratamiento anticonceptivo oral combinado. Consulta en urgencias del centro de salud por disnea de esfuerzo de un mes y medio de evolución acentuada en las últimas 24 horas, hasta hacerse continua y de reposo. No fiebre ni antecedente catarral.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración presenta: TA 140/80, Sat 94-95%, FC 100-105 e hipoventilación base pulmonar derecha. Se realiza ECG: RS a 75 lpm, sin alteraciones. Se deriva a hospital para valoración complementaria. Análítica: normal. Rx tórax: derrame pleural derecho moderado, sin desviación mediastínica. Ingresa para estudio, realizándose toracocentesis y estudio de líquido pleural: citología sospechosa de malignidad. El estudio de extensión mediante PET-TC y TAC tóraco-abdominal diagnóstica múltiples nódulos pulmonares metastásicos de carcinoma de ovario, con carcinomatosis pleural y peritoneal.

Juicio Clínico

Derrame pleural neoplásico

Diagnóstico diferencial

La disnea es un síntoma de origen multifactorial, siendo los más frecuentes: pulmonares (EPOC, asma, TEP...) y cardíacos (IC, arritmias...). El espectro de causas es muy amplio y pueden estar presentes: psicógena, anafilaxia, anemia, ERGE, metabólicas... La presencia de signos de gravedad (cianosis, tiraje, obnubilación...) servirá para descartar situaciones de riesgo vital.

Comentario final

Dado que en atención primaria (AP) es frecuente encontrarse con acceso limitado a pruebas com-

plementarias en tiempo razonable, la anamnesis y exploración física son fundamentales para el diagnóstico. Las pruebas a realizar y el manejo terapéutico dependerán de la sospecha diagnóstica, si bien a nivel de AP la pulsioximetría, el ECG, la radiografía de tórax y analítica deben ser las primeras pruebas a solicitar.

Bibliografía

- Irizar Aramburu MI, Martínez Eizaguirre JM. Disnea aguda. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/disnea-aguda/>
- Irizar Aramburu MI, Martínez Eizaguirre JM. Disnea aguda. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/disnea-cronica/>
- Irizar Aramburu MI, Martínez Eizaguirre JM. A partir de un síntoma: disnea. *AMF.2007;3(9):524-30*

353/10. Me ha dado un tirón en pantorrilla.

Autores

M. Pedrosa Arias¹; B. Villarrubia Martos²; P. De La Torre Torres³.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud. La Zubia. Granada.; ²Médico de Familia. Centro de Salud Huétor Tajar. Granada.; ³Médico de Familia. Centro de Salud Arjona. Jaén.

Descripción del caso

Varón de 52 años con ap de hernia de hiato, úlcera péptica intervenida, no fumador ni bebedor. Por un problema laboral se prescribió alprazolam y mirtazapina. Acude a la consulta sin cita y un poco preocupado por que se ha notado conduciendo un tirón en gemelo de pierna izquierda y molestias al andar.

En la exploración se aprecia un miembro inferior izquierdo con aumento de perímetro con respecto al derecho así como sensación de leve empastamiento a nivel de gemelo. No aumento de calor ni cambios de coloración en la piel. signo de Homans negativo con fóvea. Índice de Wells baja media probabilidad

Con la sospecha de TVP se deriva a Urgencias del Hospital.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración en SU: TA 160/80 Sat 97% Frc 100 lpm. Eupneico. ACR: anodina salvo tonos taquicárdicos. MII de mayor diámetro y mayor temperatura que el derecho

Analítica en SU: Cr 1.7 serie roja y plaquetaria normales. linfocitos 12290 con 8520 neutrófilos. coagulación normal con DD 14.3 (normal)

Ecodoppler venoso MII: ocupación por material ecogénico y ausencia de colapso completo de venas femoral, poplítea y ramas de la safena menor en MII, compatibles con Trombosis venosa profunda fémoro poplítea y territorio de la safena menor. Cayado de la safena permeable.

tras constatar taquicardia se sospecha TEPA y se solicita AngioTac: defectos de repleción con CIV(contraste IV) en la luz de arterias lobares y segmentarias para LSD, LM,LID y para LII compatible con Tromboembolismo pulmonar. Imagen sugerente de infarto pulmonar en LSD.

Se inicia pauta de sintrom y uso de medias de compresión dándose de alta por mejoría.

Juicio Clínico

Trombosis venosa profunda fémoro poplítea y safena menor.

Tromboembolismo pulmonar

Diagnóstico diferencial

Traumatismos. Quiste de Baker. Roturas fibrilares. Celulitis. Paniculitis. Eritema nodoso. Picadura de insectos.

Comentario final

En un caso como este hay que estar muy ágil en hacer un buen diagnóstico diferencial ya que síntomas tan anodinos nos puede hacer retrasar el tratamiento.

Bibliografía

- *Protocolo Enfermedad Tromboembólica Venosa. Sociedad Española Medicina Interna (SEMI). Coordinadora: Raquel Barba Martín. Guía de práctica clínica basada en la evidencia sobre la prevención de enfermedad tromboembólica venosa en patología médica. Sociedad andaluza de medicina interna. ISBN: 978-84-691-6401-3*

353/18. ¿Qué le ocurre a mi paciente?

Autores

J. García González¹; R. Calzado Gutiérrez²; A. Moron Rubio¹; L. Carbajo Martín³; R. Jiménez Cabrera⁴; M. García González⁵.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. AGS. Sevilla Sur.; ²Enfermera. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. AGS. Sevilla Sur.; ³Médico de Familia. Subdirección Médica. AGS Sevilla Sur.; ⁴Médico de Familia. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. AGS. Sevilla Este.; ⁵Graduada Psicología.

Descripción del caso

Varón 70 años, con antecedentes de HTA y exfumador. Consulta por pérdida de fuerza en miembro superior derecho y disnea de esfuerzo desde hace 3-4 días.

Exploración y pruebas complementarias

Eupneico. Murmullo vesicular conservado, corazón rítmico a 100 latidos/minutos. Abdomen normal. Consciente, signos meníngeos negativo, pupilas isocóricas reactivas, pares craneales conservados, no afasia ni disartria, hemiparesia miembro superior derecho. No edemas ni signos de TVP.

TA: 125/85. Saturación O₂: 83%. Glucemia: 181 mg/dL. EKG: ritmo sinusal a 80 lpm, no alteraciones agudas de la repolarización.

Juicio Clínico

Diagnóstico de sospecha de AVC se activa código IC-TUS y se traslada a hospital de referencia.

Además de la clínica neurológica el paciente presenta disnea de esfuerzo con saturación baja, por lo que para el traslado se administra O₂. Se re-interroga al paciente que refiere que hace 6-7 días presentó al ir caminando dolor súbito en hueso poplíteo y disnea tras caminar 100 m. A las 48 h comenzó con la disnea de esfuerzo.

Pruebas complementarias:

Hemograma, bioquímica y coagulación normal

Rx tórax: cardiomegalia, pinzamiento seno costal izquierdo.

TAC cráneo: estudio sin hallazgos patológicos.

GSA: pH 7.46, Po₂ 81, Pco₂ 29.

Angio TAC tórax: imágenes compatibles con TEP agudo masivo

Eco Doppler mmii: TVP femoro-poplíteo dcha.

Eco Doppler TSA: trombo en ACI

Ecocardiografía: foramen oval permeable (FOP), sobrecarga VD.

Se inicia perfusión de heparina sódica y cirugía vascular coloca filtro en vena cava inferior. Evolución favorable, al alta no presenta disnea, no nuevos eventos neurológicos.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: TVP poplíteo: TEP masivo y AIT de repetición por FOP

Diagnóstico diferencial

En cuanto a la clínica neurológica debemos hacerlo con: convulsiones, migraña, hipoglucemia, encefalopatía hipertensiva, conversión.

Comentario final

Lo más relevante de este caso es que al estudiar las posibles causas de un AVC, podemos encontrarnos como es este caso con la existencia de FOP y embolia paradójica. El FOP ha sido implicado como causa de embolia cerebral en ictus de causa desconocida. La presencia en este caso de TEP fue lo que hizo pensar en la posibilidad de FOP.

Bibliografía

- Kent DM, Dahabreh IJ, Ruthazer R, et al. Device closure of patent foramen ovale after stroke: pooled analysis of completed randomized trials. *J Am Coll Cardiol* 2016;67:907-17.

353/20. Lo que hay en las profundidades.

Autores

M. Pedrosa Arias; M. Ferrer Frías; L. Pérez Fernández.

Centro de Trabajo

Médico de Familia. Centro de Salud. La Zubia. Granada.

Descripción del caso

Mujer de 74 años con Ap sin interés que acude a la consulta porque hace dos días al levantar el brazo izquierdo noto un tirón y desde entonces presenta dolor. A la exploración la paciente aqueja dolor a la pal-

pacion en tercio medio de brazo y se observa edema que se extiende hasta zona supraclavicular. se aprecia asimismo una coloracion violacea en la piel del brazo. Con la sospecha de TVP se deriva a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias

analitica en urgencias: bioquimica y hemograma normal. Dimeros D 3.44

Ecodoppler: TVP de MSI que afecta a vena humeral, axilar, subclavia y porcion distal de vena yugular. Se solicita Angio TAC de torax para descartar TEPA sin encontrarse defectos de repleccion en arteria pulmonar, pero a nivel retroesternal se identifica lesion de partes blandas de, asi como multiples adenopatias mediastinicas localizadas en espacio prevascular y atelectasia laminar en segmento medial de LMD. Se prosigue estudio con TAC toracoabdominal-pelvico:lesion en espacio prevascular de 2.5 cm con algun ganglio milimetrico acompañante. Se plantea diagnositico entre Timoma o adenopatía en el contexto de proceso proliferativo. PET-TAC de cuerpo entero: hallazgos sugieren afectacion neoplasica linfoide sin descartar neoplasia de origen tímico.

Biopsia:tejido fibroso con extenso infiltrado linfoplasmocitario y nidos neoplasicos positivos para citoqueratina(neo de extirpe epitelial). Se realiza nueva biopsia concluyendo Timoma estadio B II. En la actualidad la paciente se encuentra recibiendo radioterapia.

Juicio Clínico

Timoma Estadio B II. Trombosis venosa en MSI

Diagnóstico diferencial

Teratoma, formacion neoplasica linfoide, masas tiroideas. Aneurismas. Carcinoma Broncogenico.

Comentario final

Tras un sintoma tan inespecifico como dolor en un brazo, se pueden esconder lesiones importantes que tratadas a tiempo pueden tener una alta supervivencia. Aqui de la importancia de una buena anamnesis y una exploracion minuciosa ante sintomas que nos parezcan banales.

Bibliografía

- *Pronóstico de masa mediastínica compatible con timoma. Manejo terapéutico de la lesión.*

Murciasalud, 2012. Disponible en http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=19071&idsec=453

- *Manual Farreras Rozman Tratado de Medicina Interna Volumen 2*
- *Timomas invasivos: presentacion de cinco casos y revision de la literatura Invasive thymomas: report of five cases and literature review Author links open overlay panelJ.Zapatero GaviriaJ.Lago VigueraL.Madrigal RoyoB.Baschwitz GomezA.Moyano JatoE.Perez Rodriguez. Archivos de Bronconeumologia Volumen 23, Issue 6 Pages 273-330*

353/26. Cefalea de repetición, ¿un episodio más?

Autores

L. Carbajo Martín¹; J. García González²; R. Calzado Gutiérrez³; F. Ruiz Carbajo⁴; A. Moron Rubio²; R. Jiménez Cabrera⁵.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Subdirección Médica. AGS Sevilla Sur.; ²Médico de Familia. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. AGS. Sevilla Sur.; ³Enfermera. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. AGS. Sevilla Sur.; ⁴Técnico Transporte Sanitario. ADEA. Sevilla.; ⁵Médico de Familia. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. AGS. Sevilla Este.

Descripción del caso

Paciente mujer de 41 años que acude a urgencias por cefalea holocraneal con fotofobia y sonofobia de 2 horas de evolución. Refiere crisis similares en varias ocasiones. No fiebre ni otros síntomas.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración neurológica no presentaba focalidad. Pares craneales normales, fuerza y sensibilidad normal y sin signos meníngeos.

Tensión arterial 134/76 mmHg, temperatura 36 °C, glucemia capilar 116 mg/dl, saturación de oxígeno al 99%, frecuencia cardiaca 116 ppm.

Se administra analgesia intravenosa.

La paciente comienza con disminución progresiva del nivel de conciencia (glasgow 7) y anisocoria (midriasis izquierda), se solicita TAC craneal urgente,

TAC craneal: hidrocefalia marcada con imagen en 3º ventrículo redondeada e hiperdensa que impresiona como quiste coloide.

Se procede a intubación orotraqueal y administración de manitol al 10 % 200 mg iv mejorando parcialmente la anisocoria. Es trasladada en ambulancia medicalizada al hospital de referencia donde ingresa en neurocirugía para realizar derivación ventriculoperitoneal y tratamiento definitivo. Se realiza intervención quirúrgica posterior con excisión de quiste coloide sin incidentes por lo que la paciente es alta con buena evolución y sin secuelas del incidente.

Juicio Clínico

Hidrocefalia obstructiva secundaria a quiste coloide del III ventrículo

Diagnóstico diferencial

Inicialmente se diagnosticó como crisis de cefalea pero con la evolución comenzamos a pensar en los diferentes diagnósticos diferenciales de cefalea secundaria:

- Patología tumoral
- Patología infecciosa (sinusitis, meningitis...)
- Hemorragia intracerebral
- Aneurisma
- Migraña

Comentario final

El caso que nos ocupa había presentado cefaleas sin signos de alarma en otras ocasiones con buena respuesta a analgesia por lo que nunca se había iniciado estudio. Al iniciar el déficit de nivel de conciencia en el hospital el tiempo de actuación fue rápido realizándose un diagnóstico preciso y derivación a hospital con servicio de neurocirugía. Gracias a esta rápida actuación la paciente no ha presentado secuelas.

Este caso pone de manifiesto la importancia de hacer un buen diagnóstico diferencial y estar atentos sobre todo a los signos de alarma.

Bibliografía

- *Sánchez Lozano A, Rodríguez Roque MO, Rojas Fuentes JO. Quiste coloide del tercer ventrículo. Presentación de un caso. Medisur. 2009;7(4):284-7.*

353/31. Disección arteria carotídea en adulto joven.

Autores

V. González Begines¹; P. Gómez Rodríguez²; M. Luque Escalante³.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. DCCU- DS Sevilla Sur. Sevilla.;

²Médico de Familia. DCCU- Lebrija. Sevilla.; ³Médico de Familia. DCCU Los Alcores. Mairena del Alcor. Sevilla.

Descripción del caso

Mujer de 46 años. Antecedentes personales: obesidad, insuficiencia cardiaca NYHA II, miocardiopatía dilatada severa, artritis reumatoide, asma bronquial, TVP y TEP. No anticoagulada desde hace 6 meses.

Avisan a las 16.45 ante paciente que "se encuentra tirada en el suelo y no habla", estando previamente bien a las 15.30. A nuestra llegada presenta disartria y déficit motor izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias

Alerta. Taquipneica. Tiraje abdominal. Pulsioximetría 86%. TA 130/90 mmHg. Auscultación cardiorespiratoria tonos rítmicos taquicárdicos e hipoventilación global. Glasgow 12. Disartria moderada. Hemiplejía izquierda. Mirada conjugada derecha. Desviación comisura bucal derecha. Ptosis palpebral izquierda.

TC craneal: descarta signos de hemorragia y lesiones isquémicas agudas. Angio-TC: afilamiento de arteria carótida izquierda sugestivo de disección carotídea. En angiografía se observa oclusión de carótida común izquierda en su tercio medio-distal y carótida interna izquierda, realizándose trombectomía mecánica. TAC craneal (72 horas): lesiones isquémicas en cápsula interna y ganglios basales derechos. Ecocardiograma. Dilatación VI con FE 20%. Trombo intracavitario.

Juicio Clínico

Ictus isquémico cardioembólico bihemisférico. Disección arteria carótida común izquierda repermeabilizada. Infartos cápsulos-ganglionares derechos.

Diagnóstico diferencial

Ante déficit neurológico en paciente independiente (Rankin <2) e inicio < 6 horas, sospechamos enfermedad cerebrovascular aguda y debemos activar CODIGO

ICTUS. En su valoración inicial, la paciente presentaba insuficiencia respiratoria, pudiéndose corresponder con episodio broncoespasmo o TEP, dado su alto riesgo embólico y ausencia de anticoagulación.

Comentario final

El infarto de origen cardioembólico se sospecha en pacientes con cardiopatías embólicas, en este caso trombo intracardiaco y miocardiopatía dilatada FE <35%. Como hallazgo disección carotídea: una de las causas más frecuentes de ictus en jóvenes. Es importante realizar TC cerebral en la fase aguda, técnica de elección, y dentro del periodo ventana técnicas de neuroimagen (doppler de troncos supraaórticos-transcraneal, angio-TC o angio-RMN y TC de perfusión) para valorar permeabilidad, detectar oclusiones arteriales y candidatos a tratamiento endovascular.

Bibliografía

- Suarez D.; Vargas J.C.; Salas J.; et al. *Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 8ª ed. Madrid: MSD; 2016.*
- Ma YD, Wang J, Du ZH, et al. *Mechanical thrombectomy with Solitaire stent for acute internal carotid artery occlusion without atherosclerotic stenosis: dissection or cardiogenic thromboembolism. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2014; 18 (9):1324-1332*

353/32. A propósito de un caso: intento de autólisis con sulfumán.

Autores

V. González Begines¹; M. Luque Escalante²; P. Gómez Rodríguez³.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. DCCU- DS Sevilla Sur. Sevilla.; ²Médico de Familia. DCCU Los Alcores. Mairena del Alcor. Sevilla.; ³Médico de Familia. DCCU- Lebrija. Sevilla.

Descripción del caso

Durante la consulta en un medio rural, nos avisan para valoración en domicilio a una mujer de 85 años por clínica de disartria e inquietud. Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo II no insulinizada, hipertensión arterial, trastorno mixto ansioso-depresivo. Vive sola. Independiente para ABVD. Según un familiar, la ha encontrado sentada en la cama in-

quieta, con sialorrea, dificultad para entendimiento del lenguaje y desviación de la comisura bucal. Vista última vez normal una hora antes.

Exploración y pruebas complementarias

Glasgow 14/15. Alerta y orientada. Inquietud motora. Náuseosa. Desviación de la comisura bucal hacia la derecha (sin prótesis dental). Disartria leve. Abdomen globuloso doloroso a la palpación en epigastrio, defensa abdominal y ruidos presentes. Resto de exploración anodina. TA: 110/60 mmHg, FC 72 lpm, bntest 117 mg/dl. Electrocardiograma: FA de novo.

Juicio Clínico

Ingesta sulfumán con ideación autolítica

Diagnóstico diferencial

Sospecha clínica inicial de AVC (disartria) con activación CODIGO ICTUS, pero dada la falta de congruencia con la exploración física (abdomen agudo) continuamos reinterrogando previo a su traslado (DCCU). Posteriormente un familiar se alarma al encontrar una botella de sulfumán, a la que le falta un tercio de la misma, confirmando la paciente haber realizado una ingesta voluntaria con ideación autolítica. Se realiza llamada al Instituto Nacional de Toxicología (915620420), quien indica administrar anti-H2 y metoclorpramida iv. En la reevaluación observamos eritema y lesiones ulceradas en mucosa oral, dolor a nivel esofágico y epigastrio. Finalmente la paciente fallece en el hospital por shock séptico, tras probable perforación esofágica/gástrica.

Comentario final

Las intoxicaciones son una de las urgencias más habituales y la mayoría son intencionales. En el caso de agentes cáusticos, ocasionan lesiones en el tracto digestivo y a veces en el tracto respiratorio por su capacidad para emitir vapores. Como medidas principales: asegurar la vía aérea, evitar el vómito y no usar sustancias neutralizantes. La endoscopia es segura a las 48 horas siguientes a la ingestión.

Bibliografía

- Varona, JF. *Urgencias Médicas. Claves diagnósticas y terapéuticas. Universidad CEU San Pablo. 2ª ed. Madrid: GSK; 2016.*

- *Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, editors. Harrison's principles of internal medicine. 19th ed. New York: McGraw Hill; 2016.*

353/33. Necrosis tubular aguda por ciprofloxacino.

Autores

P. Gómez Rodríguez¹; M. Luque Escalante²; V. González Begines³.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. DCCU- Lebrija. Sevilla.; ²Médico de Familia. DCCU Los Alcores. Mairena del Alcor. Sevilla.; ³Médico de Familia. DCCU- DS Sevilla Sur. Sevilla.

Descripción del caso

Varón acude por náuseas y vómitos de una semana tras comenzar con ciprofloxacino por amputación 5º dedo mano.

Diarrea normal acompañada de dolor abdominal sin fiebre.

AP: HTA, FA paroxística e hipotiroidismo subclínico. Alergia a penicilina.

Pasa a observación para control evolutivo y espera pruebas. Diuresis adecuada, volumen total de 2550 cc en 24 horas, sin retención de orina. Con soporte volumen y furosemida ha empeorado función renal, con Cr de 11.31.

Último control de Cr previo Cr 1.3 mg/dl.

Se comenta con Nefrología de V. del Rocio, decidiéndose traslado diálisis.

Exploración y pruebas complementarias

BEG. TA 129/50 Fc 61 SatO₂ 99%. Consciente, orientado, bien hidratado, coloreado y perfundido. Corazón arrítmico a buena frecuencia. Buen murmullo vesicular bilateral sin ruidos patológicos. Abdomen blando, sin masas ni megalias, levemente doloroso. Puño percusión negativa en ambas fosas renales. Peristaltismo aumentado.

- BIOQUÍMICA Glucosa: 121,00 mg/dl Creatinina: 11,11 mg/dl Urea: 241,00 mg/dl Potasio: 6,10 mmol/L Sodio: 134,00 mmol/L.
- COAGULACIÓN: Inr: 7,84.
- GSV: Ph: 7,31 Po₂: 48,80 mmHg Pco₂: 35,90 mmHg Bicarbonato Actual: 17,60 meq/L

- HEMOGRAMA: Hemoglobina: 159,00 g/l Hematocrito: 0,45 L/L Leucocitos: 9,80 10⁹/L
- Rx abdomen: distensión de asas sin niveles, sin otros hallazgos a destacar.
- ECO abdominal : esteatosis hepática difusa . Cítrica pielonefrítica crónica en cortical polar inferior izda.

Juicio Clínico

NECROSIS TUBULAR AGUDA POR CIPROFLOXACINO.

Diagnóstico diferencial

En nuestro caso el FRA por nefritis intersticial inmunológica por fármacos el deterioro de la función renal coincide con la administración del fármaco, independiente dosis. Se debe hacer diagnóstico diferencial con nefritis intersticial inducida por agentes infecciosos, sarcoidosis o ateroembolismo de colesterol. Retirar, siempre que sea posible, el fármaco implicado e iniciar tratamiento esteroideo para prevenir fibrosis posterior.

Comentario final

El FRA síndrome definido por descenso brusco filtrado glomerular, con retención productos nitrogenados y alteración volúmenes y electrolitos, todo potencialmente reversible.

Para diagnóstico se utiliza la creatinina sérica y la estimación del filtrado glomerular con formulas Cockcroft-Gault o MDRD-4.

Tres mecanismos: prerrenal, parenquimatoso y postrenal. Saber mecanismo por realizar correcto tratamiento ya que pronóstico mejora cuanto mas precoz sea diagnóstico y tratamiento.

Bibliografía

- *Dharnidharka VR, Cannon CL, Harris HW, Rosen S. Ciprofloxacin overdose: acute renal failure with prominent apoptotic changes.*
- *Brenner B, Levine S. El riñón 8ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.*

353/34. Recién nacida con flictenas.

Autores

P. Gómez Rodríguez¹; V. González Begines²; M. Luque Escalante³.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. DCCU- Lebrija. Sevilla.; ²Médico de Familia. DCCU- DS Sevilla Sur. Sevilla.; ³Médico de Familia. DCCU Los Alcores. Mairena del Alcor. Sevilla.

Descripción del caso

Niña 48h vida presenta flictenas en dorso pie donde tenía la pulsera identificación; también en pie contralateral y en dorso de una mano.

Antecedentes frenillo sublingual y oblicuidad pélvica congénita. Embarazo y parto normales.

Se trata como impétigo ampolloso con sulfato de zinc al 1 por mil y amoxicilina/clavulánico 100/12,5.

Al cicatrizar punteado blanquecino en forma quistes de milium en zona de flictena por lo que sospecha enfermedad ampollosa congénita.

A los 4 meses reconsultan por reaparecer lesiones ampollas en pies y pierna izquierda mínimo roce y sudoración en palmas y plantas. Se derivó dermatología confirmandose sospecha de enfermedad ampollosa congénita.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, palidez de piel y mucosas. Foto-tipo I. Limitación a la abducción de la cadera izquierda, asimetría en huecos poplíteos y Galeazzi+. Frenillo sublingual. El resto normal.

Control analítico con hemograma con discreta leucocitosis neutrofílica, bioquímica, coagulación y marcadores inflamatorios normales.

Juicio Clínico

Epidermolisis ampollosa Weber-Cockayne

Diagnóstico diferencial

Con todos procesos cutáneos lesión elemental sea ampolla. Pensar en dermatitis herpetiforme infantil, enfermedad ampollosa por IgA lineal, y el impétigo ampolloso.

Histopatológicamente, se realiza con epidermolisis ampollosa adquirida clásica y porfiria.

Comentario final

Epidermolisis bullosa hereditaria es genodermatosis baja prevalencia, autosómica dominante o recesiva y causada por una alteración proteínicas de la unión epi-

dermodérmica con formación ampollas y erosiones cutáneas y mucosas al mínimo trauma.

Tres grupos:

1. Epidermolisis ampollosa simple o bullosa (EAS).
 - EAS de Weber-Cockayne. lesiones aparecen infancia o adolescencia. Tras traumatismos y, mayor frecuencia en época estival. Se localizan en palmas y plantas, frecuente hiperhidrosis, a veces produce disfuncionalidad manual o para marcha. Cicatrización de lesiones completa sin atrofia, quistes de milium o pigmentaciones.
2. Epidermolisis ampollosa de la unión (EAU).
3. Epidermolisis ampollosa distrófica (EAD).

Bibliografía

- Lloyd C, Yu QC, Cheng J, Turksen K, Degenstein L, Hutton E, Fuchs E. The basal keratin network of stratified squamous epithelia: defining K15 function in the absence of K14. *J Cell Biol* 1995; 129:1329-44.
- Fine JD, Eady RA, Bauer EA, Briggaman RA, et al. Revised classification system for inherited epidermolysis bullosa: report of the second international consensus meeting on diagnosis and classification of epidermolysis bullosa. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42:1051-66.

353/35. Silicosis, enfermedad a tener presente**Autores**

E. Rodríguez Rodríguez¹; R. Merina Díaz²; S. Landro-guez Salinas³; A. Ripalda Gil¹.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. UGC Jerez-Centro. Cádiz.; ²Médico de Familia. Director UGC La Milagrosa. Cádiz.; ³Mé-dico de Urgencias. DCCU- Jerez. Cádiz.

Descripción del caso

Paciente que sufre proceso respiratorio en el que manifiesta dificultad respiratoria, tos persistente, dolor costal derecho y episodios de hemoptisis.

Refiere haber trabajado durante más de 35 años en la misma empresa como marmolista y que solo desde hace unos 5-6 años están utilizando medidas de protección (mascarillas) y facilitadas de manera ocasional.

Exploración y pruebas complementarias

Al paciente se le realiza ante la clínica respiratoria que presenta una radiografía y espirometría en atención primaria, presentando en la primera micronódulos con pequeñas calcificaciones y en la segunda patrón restrictivo moderado, motivo por el que es derivado al Servicio de Neumología.

Una vez estudiado se le realiza TAC: masa en LSD, micronódulos, atelectasia apical y adenopatías medias-tínicas e hiliares parcialmente calcificadas, sospecha de Silicosis.

Posteriormente para confirmación se procede a Pleuroscopia y biopsia pulmonar: Neumoconiosis (Silicosis). Tras el diagnóstico de confirmación es remitido para continuación de tratamiento a su Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades profesionales que procede a declarar el proceso como Enfermedad Profesional 4A0102.

Tras un año de tratamiento el paciente es declarado por el INSS como incapacitado permanente en grado de total por enfermedad profesional.

Juicio Clínico

Neumoconiosis por Sílice (Silicosis) en trabajador marmolista.

Diagnóstico diferencial

- Asbestosis.
- Tuberculosis.
- EPOC.
- Otras Neumoconiosis respiratorias.
- Cáncer de Pulmón.

Comentario final

El paciente durante toda su vida laboral trabajó como marmolista en la misma empresa elaborando nichos y lápidas, utilizando únicamente como material el mármol (Sílice).

Las lesiones padecidas por el trabajador han sido condicionadas por el contacto/exposición con el mismo. La no realización de controles y medición de concentración de niveles de Sílice produce infracción de obligaciones del empresario, al igual que la falta de vigilancia y utilización de EPIs (marcarillas), está claro que hacer prevención evita la aparición de esta enfermedad, la cual puede llevar muchos años de latencia antes de la aparición de los primeros síntomas.

La Ley 31/1995 de PRL obliga a los empresarios a proteger a los trabajadores ante los riesgos laborales.

Bibliografía

- *Guía de Valoración Profesional.*
- *Enfermedades Profesionales, normativa para su aplicación.*
- *Ley 31/1995.*
- *OIT: Enciclopedia de Higiene y Seguridad en el Trabajo.*
- *Guía de Valoración Profesional.*

353/36. Púrpura de Schönlein-Heinoch en adolescente

Autores

M. Luque Escalante¹; P. Gómez Rodríguez²; V. González Begines³.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. DCCU Los Alcores. Mairena del Alcor. Sevilla.; ²Médico de Familia. DCCU- Lebrija. Sevilla.; ³Médico de Familia. DCCU- DS Sevilla Sur. Sevilla.

Descripción del caso

Paciente de 15 años, que ha acudido en 4 ocasiones a consulta por dolor abdominal en los últimos 3 días. Diagnosticada de faringoamigalitis pultácea y síndrome emético. Tratamiento: omeprazol 20 mg, metoclopramida, ceftriaxona 1g im. Vuelve a acudir por dolor abdominal, localizado en hemiabdomen izquierdo, acompañado de estreñimiento desde hace 6 días a pesar de la administración de enemas. Vómitos e intolerancia abdominal. Hoy ha comenzado con lesiones eritematosas en piernas. Afebril. Se deriva a hospital.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, eupneica, bien hidratada. TA 127/91 mmHg. Auscultación normal. Abdomen doloroso de forma difusa. Faringe: hipertrofia amigdalina y exudado blanquecino. Lesiones pustulosas y eritematosas en miembros inferiores. Analítica con perfil abdominal normal. PCR 23.99. Rx abdomen: abundante gas de distribución normal en marco cólico. No signos de obstrucción.

Ecografía abdominal: posible adenitis mesentérica. Se inicia tratamiento con corticoterapia, lactulosa y omeprazol, mejorando el estado de la paciente. Se realiza interconsulta con Dermatología, quien consi-

dera que la exploración y la clínica es compatible con Púrpura de Schönlein-Henoch.

Juicio Clínico

Púrpura de Schönlein-Henoch.

Diagnóstico diferencial

La púrpura de Schönlein-Henoch es una vasculitis leucocitoclástica, que se caracteriza por una púrpura palpable, artritis o artralgiás, dolor cólico abdominal o hemorragia gastrointestinal y nefritis. El diagnóstico diferencial lo podemos hacer con la invaginación intestinal u otro tipo de abdomen quirúrgico. También patologías que cursan con exantema como la diátesis hemorrágica o incluso reacciones a fármacos. La Enfermedad de Kawasaki también cursa con un eritema polimorfo, pero la fiebre es cercana a 40°C y se mantiene más de 5 días.

Comentario final

La importancia de este caso radica en la importancia de una buena comunicación entre los distintos niveles y especialidades (atención primaria, hospital, dermatología...). Además debemos tener en cuenta esta patología, ya que pese a ser más frecuente en la infancia, no podemos dejar de pensar en ella cuando los pacientes pasan a consultas del médico de familia.

Bibliografía

- *Mc Carthy HJ y col. Diagnosis and Managment of Henoch-Schönlein purpura. Eur J Pediatr 2009; 169: 643-650.*
- *Gardner-Medwin JM y col. Incidence of Henoch-Schönlein purpura, Kawasaki disease, and rare vasculitides in children of different ethnic origins. Lancet 2002; 360 (9341): 1197-1202.*

353/37. Ictus en paciente joven. A propósito de un caso.

Autores

M. Luque Escalante¹; V. González Begines²; P. Gómez Rodríguez³.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. DCCU Los Alcores. Mairena del Alcor. Sevilla.; ²Médico de Familia. DCCU- DS Sevilla Sur. Sevilla.; ³Médico de Familia. DCCU- Lebrija. Sevilla.

Descripción del caso

Mujer de 20 años, fumadora. Tratamiento: anticonceptivos orales hasta hace 2 semanas. Refiere caída de la cama tras despertarse de la siesta, asociado a pérdida de sensibilidad en hemicara izquierda y hemiparesia en miembro superior izquierdo. Imposibilidad para beber. Esta mañana consultó por cefalea frontal intensa, que cedió con metamizol y diazepam intramuscular. Se activa Código Ictus. En el hospital la paciente se vuelve a quejar de cefalea, se realiza TAC craneal, confirmando isquemia aguda. La paciente se mantiene agresiva y violenta en Observación, precisando sedación con Propofol. Evolución satisfactoria en planta.

Exploración y pruebas complementarias

TA 112/73, Frecuencia cardiaca 68, Sat O2 99%, Glucemia 113.

Regular estado general, eupneica. Auscultación sin hallazgos. Exploración neurológica: pupilas midriáticas reactivas. Hemianopsia izquierda. Facial izquierdo. Disartria. Disminución fuerza y sensibilidad en miembros izquierdos. Analítica normal. Ekg normal. Test tóxicos positivo a benzodiazepinas y tetrahidrocannabinol. TAC cráneo: lesión isquémica aguda en zona de arteria cerebral media (ACM) derecha. NIHSS 16. Ecocardiograma normal.

Juicio Clínico

Accidente vascular cerebral (AVC) isquémico en ACM derecha.

Diagnóstico diferencial

El TAC cerebral es la prueba que nos confirma el origen isquémico o hemorrágico del AVC. Podemos hacer un diagnóstico diferencial con la migraña con aura, que puede dar disartria o alteraciones de la sensibilidad. El síndrome de Guillain-Barré, es una afección de los nervios periféricos que va precedido de una infección. Puede producir parálisis ascendente, movimientos desordenados o alteración de los reflejos.

Comentario final

La importancia de este caso radica en el rápido diagnóstico del cuadro, ya que de ello depende su pronóstico y tratamiento. Ante un paciente con estos sín-

tomas debemos activar el Código ICTUs a través del centro coordinador y avisar al hospital de referencia. Cabe destacar la relación del tabaco y el uso de anti-conceptivos con el riesgo de una trombosis arterial.

Bibliografía

- Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. *New England Journal of Medicine* 2012;366(24):2257-66.
- Pezzini A, Grassi M, Iacoviello L, Del Zotto E, Archetti S, Gioi A, et al. Inherited thrombophilia and stratification of ischaemic stroke risk among users of oral contraceptives. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 2007;78(3):271-6.

353/39. Shock séptico de origen urinario.

Autores

M. Infante Ruiz¹; J. Fernández Escribano²; M. Zorrilla Moreno¹; A. Osuna Ortiz³; M. Romero Carrillo².

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud Villa del Río. Zona Básica Montoro. Córdoba.; ²Médico de Familia. Centro de Salud Montoro. Córdoba.; ³Médico de Familia. Centro de Salud Villa del Río. Córdoba.

Descripción del caso

Paciente de 58 años que consulta por disuria y polaquiuria de 2 días de evolución. Se diagnostica de infección del tracto urinario, tras realizar combur test y se pauta fosfomicina. A las 24 horas acude al centro de salud por empeoramiento del estado general, fiebre de 39°C, dolor en hipogastrio y recorte de diuresis. Antecedentes personales: hipertensión arterial.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo. Sudoración, palidez mucocutánea. TA:110/60, FC: 103lpm, T^a: 37.8°C, SatO₂: 96%. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en flanco derecho. No signos de irritación peritoneal. Murphy y blumberg negativos. RHA conservados. Puñopercusión renal derecha positiva. Resto sin interés.

Se deriva a urgencias hospitalarias.

Hemograma: leucocitos 20.000, (N. 88%), resto normal. Bioquímica: glucosa 107, cr 4.3, urea 121, na 134, k 4.2, PCR: 314, procalcitonina 26, resto normal. Coagulación: normal. Sistemático de orina: esterasa leucocitaria 125, hb 200, nitritos positivos.

Radiografía tórax, abdomen y ecografía abdomen: sin hallazgos patológicos.

Evolución: Ingreso Observación. Durante el mismo, aparece hipotensión, taquipnea, sudoración e intenso dolor en fosa renal derecha. TAC abdominal sin contraste urgente: riñón derecho globuloso. Litiasis en unión pieloureteral derecha de 12x6 mm. Hallazgos sugestivos de afectación inflamatoria/infecciosa de este riñón con posible obstrucción de vía excretora.

Juicio Clínico

Shock séptico secundario a litiasis renal.

Diagnóstico diferencial

Colecistitis. Pielonefritis. Apendicitis. Pancreatitis. Absceso perinefrítico.

Comentario final

La ecografía es una prueba inocua, barata, accesible, operador dependiente que visualiza litiasis en riñón, pelvis renal y unión ureterovesical, perdiendo sensibilidad (S) en uréter (FN 20-30%). La TAC sin contraste presenta una mayor S. y Especificidad pero su costo, menor accesibilidad y radiación conlleva a que no se utilice como primer escalón diagnóstico.

Ante una primera prueba de imagen en la que no se objetivan hallazgos patológicos y persiste clínica, debe primar ésta y por tanto seguir estudiando al paciente.

Bibliografía

- Esquena S, Millán Rodríguez F, Sánchez Martín FM, et al. Cólico renal: Revisión de la literatura y evidencia científica. *Actas Urol Esp.* 2006;30(3):268-280

353/40. Dolor torácico. A propósito de un caso clínico.

Autores

M. Infante Ruiz¹; M. Zorrilla Moreno¹; J. Fernández Escribano²; M. Romero Carrillo²; A. Osuna Ortiz³; R. Medel Cortés¹.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud Villa del Río. Zona Básica Montoro. Córdoba.; ²Médico de Familia. Centro de Salud Montoro. Córdoba.; ³Médico de Familia. Centro de Salud Villa del Río. Córdoba.

Descripción del caso

Varón de 35 años que consulta por mal estado general, dolor centrotorácico opresivo irradiado a miembro superior izquierdo de 30 minutos de duración, acompañado de cortejo vegetativo que ha aparecido mientras conducía. Refiere dos episodios autolimitados similares en el último mes que ha tratado con antiinflamatorios, pero en esta ocasión el dolor no ha cedido. AP sin interés.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, palidez mucocutánea, sudoroso. TA: 170/110, FC: 76lpm, Glucemia: 96, SatO2: 97%, Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos a 80lpm. Murmullo vesicular conservado sin ruidos audibles. Resto sin interés

ECG (con dolor): ritmo sinusal a 70 lpm. Eje normal. PR 0.20 sg constante seguido de QRS estrecho. Punto J elevado en cara inferior compatible con imagen de repolarización precoz. Inversión de T de V1-V4.

Traslado hospitalario.

Analítica: Troponina 0.8.

Rx tórax: sin interés

Cateterismo cardiaco: ventrículo izquierdo no dilatado con función sistólica conservada. Hipoquinesia apical. (FE 60%).

Coronariografía: lesión intermedia en arteria descendente anterior (ADA) media con placa ulcerada, placa en tercio proximal no significativa. Se coloca stent en tercio medio de ADA. Placa de tercio proximal, manejo médico.

Juicio Clínico

Síndrome coronario agudo sin elevación del ST. Enfermedad coronaria monovaso.

Diagnóstico diferencial

Pericarditis. Disección de aorta. Taponamiento cardiaco. TEP. Neumotórax. Patología esofágica. Patología musculoesquelética.

Comentario final

Durante décadas, el patrón de repolarización precoz en un ECG se ha considerado una variante de la normalidad, con buen pronóstico a largo plazo. Pero este concepto ha variado en los últimos años debido a diversos estudios que lo asocian a arritmias ventriculares. A pesar de ello, la incidencia de dichas arritmias es baja y siempre tenemos que valorar la infomación que nos aporta el ECG junto con el cuadro clínico y exploración física del paciente.

El dolor torácico es uno de los motivos de consulta más frecuentes en las urgencias que engloba un gran número de diagnósticos diferenciales con pronóstico muy variado. Por ello es esencial llevar a cabo una anamnesis y exploración física adecuadas que permitan discernir la patología banal de la que supone una urgencia vital.

Bibliografía

- *Martínez Selles, M. Diagnóstico y manejo precoz del paciente con dolor torácico. Rev Esp Cardiol Supl. 2005;Vol 5:15-8*

353/45. Sorpresa radiológica.**Autores**

R. Granados Valverde; V. Linares Andres; M. Garcia Sánchez.

Centro de Trabajo

Médico de Familia. Centro de Salud La Chana. Granada.

Descripción del caso

Rafaela, 83 años.

Antecedentes personales: traumatismo vertebral hace mucho tiempo (no filiado) ,HTA, Osteoporosis, fractura de cadera izquierda, ADVD (Vive con su hermana)

Antecedentes familiares: Sin interés

Alérgica al tramadol

Solicita visita domiciliaria por cuadro de disnea y tos.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: palidez de piel y mucosas. Apirética

Abdomen globuloso sin dolor a la palmación ni defensa abdominal

Exploración Neurológica: normal
 Auscultación respiratoria: roncus diseminados en hemitorax izquierdo.
 P.p O2 : 88% ; TA: 100-60 mmHg ; F.C.: 100
 ECG: normal
 Analítica: normal excepto Hb 6,8 (sin signos de sangrado activo)
 Radiología: Signo chilaiditi

Juicio Clínico

Disnea por hernia diafragmática
 Síndrome anémico

Diagnóstico diferencial

Neumoperitoneo
 Absceso subfrénico
 Neumatosis intestinal
 quiste hidatídico
 Tumores hepáticos
 Disnea de origen cardiológico
 Disnea de origen pulmonar

Comentario final

Las eventraciones diafragmáticas se pueden presentar en pacientes con antecedentes de trauma torácico y como única manifestación clínica la disnea, que conlleva al paciente a una insuficiencia respiratoria de leve a severa.

El síndrome de chilaiditi, hallazgo casual de la imagen característica en un paciente asintomático, en algunas ocasiones es una sorpresa radiológica que puede aparecer de manera congénita y a veces traumática.

Bibliografía

- Barroso JJM, Balaguer A, Escribano J, Pagone F, Domenech
- J, del Castillo D. Chilaiditi syndrome associated with transverse
- colon volvulus: first report in a pediatric patient and review of the literature. *Eur J Pediatr Surg* 2003; 13: 425-428
- Madrigal TA, Núñez GA, Rollán VV, García-Novo MD. Síndrome
- de Chilaiditi. *An Esp Pediatr* 2000; 52: 189-190.
- Gallego Soriano MJ. Síndrome de Chilaiditi. *Revisión a propósito de un caso. Rev Esp Enferm Digest* 1983; 63 (1): 66-71.

353/46. La Pesadilla de la enfermedad de Parkinson.

Autores

E. Gamero de Luna¹; E. Gamero Estévez²; G. Winkler³; P. Mesa Rodríguez⁴.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. UGC El Juncal. Sevilla.; ²Biotecnólogo. Departamento de Genética Humana. Universidad McGill. Canadá.; ³Médico de Familia. AGS Huelva Norte. Huelva.; ⁴Médico de Urgencias HRT. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Descripción del caso

Varón de 72 años, trabajador de astilleros durante 30 años, en seguimiento por cardiopatía isquémica. Desde hacía 5 meses presentaba pesadillas de madrugada, con sueños muy intensos, acompañados de vocalización (insultos y gritos) y agitación, con golpes y patadas que llegaban a lesionar a su mujer, y que a veces lo despertaba con recuerdo de sueño desagradable. No presentaba automatismos ni llegaba a levantarse de la cama. Manifestaba haber tenido ocasionalmente pesadillas desde hacía 20 años, pero nunca tan intensas ni con agitación.

Anamnesis por aparatos destacó anosmia, estreñimiento y sensación intermitente de temblor "por dentro del brazo derecho". Su mujer refería que últimamente hablaba más bajo.

Exploración y pruebas complementarias

La exploración psicopatológica no mostró déficit de funciones superiores, del área afectiva, del pensamiento, lenguaje, senso-perceptivas ni en la psicomotricidad. No mostró alteraciones del apetito ni insomnio.

Familia nuclear en fase final de la contracción cuidadores de un nieto

Juicio Clínico

Trastorno del comportamiento del sueño REM. Enfermedad de Parkinson.

Diagnóstico diferencial

Parasomnias no REM (despertar confusional, sonambulismo, terror nocturno)

Trastornos de superposición de parasomnia.

Trastornos del sueño REM: pesadillas y trastorno de pesadilla, Apnea obstructiva del sueño.

Ataque de pánico nocturno, sueños disfóricos y alucinaciones hipnagógicas/hipnopómpicas.

Movimientos periódicos de las extremidades.

Trastornos disociativos relacionado con el sueño.

Comentario final

Los trastornos de comportamiento del sueño REM pueden diagnosticarse inicialmente con una anamnesis y exploración dirigida y deben sospecharse ante la aparición de sueños intensos, agitados y con vocalizaciones que se presenten sin una clara causa etiológica. Su presentación en personas mayores frecuentemente se relaciona con procesos neurodegenerativos de alfa-sinucleína, antecedendo a sus manifestaciones clínicas típicas. En nuestro caso se acompañaba de sutiles síntomas parkinsonianos. Los antidepresivos, la narcolepsia y las lesiones pontinas, también se encuentran en su base etiológica. Melatonina y clonacepam han sido útiles en su manejo

Bibliografía

- Howell M and Schenck C. *Rapid eye movement sleep behavior disorder*. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate, Inc. <http://www.uptodate.com>. (Acceso 9/4/2018).
- Zak R and Karipport A. *Nightmares and nightmare disorder in adults*. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate, Inc. <http://www.uptodate.com>. (Acceso 9/4/2018).
- Cochen De Cock V. *Recent data on rapid eye movement sleep behavior disorder in patients with Parkinson disease*. *Sleep Medicine [serial on the Internet]*. (1/08/13).

353/54. Todo lo que ves no es dermatitis

Autores

C. Gómez Montes¹; A. Sierra Villalba²; A. López Montes¹.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud Estepona. Málaga.; ²Médico de Familia. Marbella Lyme Clinic. Estepona. Málaga.

Descripción del caso

Ámbito del caso: atención primaria. Motivo de consulta Paciente masculino de 79 años que consulta en abril del 2016 por presentar lesiones que le han parecido en la planta de los pies, pruriginosas, que van extendiéndose y empeorando, de semanas de evolución, que no han respondido a tratamiento habitual. Diabético, hipertenso complicado con un infarto de miocardio que ameritó la colocación de stent fármaco-activo de tres vasos. Además presenta insuficiencia renal crónica estadio III, nefropatía diabética incipiente (FG 64 alb 65) Presenta un flúter auricular y que ameritó anticoagulación.

Exploración y pruebas complementarias

IMC: 25 Examen físico normal excepto las lesiones múltiples, en forma de pápulas, máculas confluyentes y lesiones ulcerosas con costra, en plantas de ambos pies

Glucosa: 129 HbA1C:6.6% Colesterol: 99 LDLc: 54 albuminuria: 65, FG: 64 Herpes I + ,HIV negativo

Se deriva a dermatología

Tratamiento

- Electrocoagulación realizando el diagnóstico de sarcoma de Kaposi
- Estudio de extensión que es negativo.
- Radioterapia con fotones

Evolución de forma satisfactoria con revisiones anuales desde el 2017 En dermatología pidieron una ecografía de partes blandas que resultó normal remitiendo a siguiente control anual.

Juicio Clínico

sarcoma de Kaposi

Diagnóstico diferencial

- Dermatitis por ectasia en Insuficiencia venosa.
- Púrpura de Henoch Schonlein
- Psoriasis

Comentario final

Presentamos un paciente negativo para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), con sarcoma de Kaposi (S.K) clásico y con buena respuesta clínica posterior a radioterapia El S.K se considera más como una hiperplasia vascular, dado su carácter benigno y crónico, está ligado al virus herpes humano de tipo 8

(VHH8) que es condición necesaria, pero no suficiente para el desarrollo de las lesiones. La variante clásica afecta con mayor frecuencia a la población mediterránea > 50 años. Hay estudios que sugieren que la hiperglucemia en pacientes diabéticos contribuyen al desarrollo del S.K, promoviendo la replicación y la infección lítica cuando el sarcoma de Kaposi se asocia con herpesvirus (KSHV)

Bibliografía

- Goedert JJ, Martin MP, Vitale F, Lauria C, Whitby D, Qi Y, Gao X, Carrington M. *The Journal of Infectious Diseases*. 2015 Aug 12; 213(3): 432-438
- Ye F, Zeng Y, Sha J, et al. High Glucose Induces Re-activation of Latent Kaposi's Sarcoma-Associated Herpesvirus. Longnecker RM, ed. *Journal of Virology*. 2016;90(21):9654-9663. doi:10.1128/JVI.01049-16.

353/55. A propósito de un caso: trombosis venosa profunda en miembro superior.

Autores

J. García González¹; L. Carbajo Martín²; M. García González³; F. Ruiz Carbajo⁴; R. Jiménez Cabrera⁵; A. Moron Rubio¹.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. AGS. Sevilla Sur.; ²Médico de Familia. Subdirección Médica. AGS Sevilla Sur.; ³Graduada Psicología.; ⁴Técnico Transporte Sanitario. ADEA. Sevilla.; ⁵Médico de Familia. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. AGS. Sevilla Este.

Descripción del caso

Mujer de 36 años que consulta por dolor en miembro superior derecho de 2 días de evolución, sin traumatismo previo

Antecedentes personales: Fumadora de 10-15 cigarrillos/día, tratamiento con anticonceptivo orales.

Exploración: movilidad conservada aunque dolorosa a nivel del hombro, no deformidades, no signos inflamatorios, no crepitación articular.

Se pauta tratamiento con antiinflamatorios.

Evolución: Acude a los 4 días por persistencia del dolor. En la exploración destaca además del dolor a la

movilización, la presencia de edema y tumefacción en miembro, pulsos distales simétricos. Se remite a urgencias para estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Hemograma y bioquímica: normal. D-dímeros: 1056 ng/ml.

Radiología hombro y cuello: sin hallazgos.

Ecografía-doppler: trombosis en vena humeral y axilar derecha.

Juicio Clínico

Trombosis venosa profunda (TVP) miembro superior. Se inicio tratamiento anticoagulante y se derivó a las consultas de medicina interna para descartar causa secundaria. El estudio de trombofilia fue normal.

Se llegó al diagnóstico final de TVP miembro superior secundaria a tabaquismo y tratamiento anticonceptivo.

Diagnóstico diferencial

Hematomas

Lesiones musculares

Linfedema

Transtornos vasculares: arterial y venoso

Celulitis

Comentario final

La TVP de miembro superior es una entidad poco frecuente (10% de todas las TVP). Pueden ser primarias (incluye las de esfuerzo e idiopáticas) y secundarias, que se relacionan con catéteres, cáncer, trombofilia, traumatismo, cirugía o causa hormonal (embarazo, síndrome de hiperestimulación ovárica, uso de anticonceptivos orales). En nuestro caso, los factores de riesgo para la TVP fueron el tabaquismo y el consumo de anticonceptivos. Como en los casos de TVP de miembros inferiores habrá que descartar la presencia de tromboembolia pulmonar, si bien su asociación con la TVP del miembro superior es inferior. Las claves para su diagnóstico precoz pasan por conocer los factores de riesgo.

Bibliografía

- Joffe HV, Kucher N, Tapson VF, Goldhaber SZ. Upper-extremity deep vein thrombosis: a prospective registry of 592 patients. *Circulation*.

2004;110:1605-11.

- Kucher N. Deep-vein thrombosis of the upper extremities. *N Engl J Med.* 2011;364: 861-9.
- Cambos Balea B et al. Venous thrombosis of atypical location in patients with cancer. *Med Clin (Barc).* 2015;144(Supl 1):38-40.

353/61. Toda una sorpresa, un quiste de Nuck.

Autores

C. Gómez Montes¹; A. Sierra Villalba²; M. Muñoz Escribano³.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud Estepona. Málaga.; ²Médico de Familia. Marbella Lyme Clinic. Estepona. Málaga.; ³Enfermera. Centro de Salud Estepona. Málaga.

Descripción del caso

Paciente femenina de 58 años quien consulta por presentar bulto en región inguinal de reciente aparición,

Exploración y pruebas complementarias

Examen físico normal En región inguinal izquierda se palpa tumoración blanda, de aproximadamente 2 cm, mal definida, y no dolorosa a la palpación, Maniobra de Valsalva negativa. Analítica normal. Se realiza ecografía de región inguinal observando una imagen ovoide, de bordes regulares, contenido anecogénico y Doppler negativo. Se deriva a cirugía. Cirugía pide un TAC abdomino pélvico con sospecha herniación de vejiga, el cual informa: Lesión quística en región inguinal izquierda, en ligamento inguinal de paredes finas de 2 X 2.5 cm sin comunicación con el abdomen, de contenido homogéneo (anecogénico como describen en la ecografía), por lo que se descarta patología vascular, infecciosa, tumoral y adenopatía. Los hallazgos son compatibles con un quiste de Nuck. Se interviene quirúrgicamente confirmando hallazgos

Juicio Clínico

lesión inguinal a filiar.

Diagnóstico diferencial

- Hernia inguinal izquierda.
- Adenomegalia inguinal

Comentario final

La ecografía abdominal realizada en el momento adecuado nos permite derivaciones dirigidas al especialista que las puede resolver como en este caso. El quiste de Nuck es una enfermedad rara, que es frecuentemente confundido con hernias inguinales encarceladas. La ecografía ayuda al diagnóstico. Generalmente se llega al diagnóstico definitivo durante la cirugía y se confirma por el estudio de anatomía patológica.

Bibliografía

- Manatakis DK, Stamos N, Agalianos C, Vamvakas P, Kordelas A, Davides D. Mesothelial cyst of the round ligament misdiagnosed as irreducible inguinal hernia. *Case Rep Surg.* 2013;2013:408078
- Saylam B, Gülseren MO, Han Ö, Comc,ali B, Vural V, Cos,kun F, et al. Cyst of the round ligament simulating inguinal hernia: Report of a case. *J Nippon Med Sch.* 2013;80(4): 296---9.
- Kim BM, Lee JY, Han YH, Kim SY, Seo JW, Kim YH, et al. Mesothelial cyst of the round ligament mimicking a metastasis: A case report. *Korean J Radiol.* 2010;11(3):364---7.
- Tirnaksiz M, Erkan A, Dogrul AB, Abbasoglu O. Mesothelial Cysts of the Round Ligament of the Uterus in 9 Patients: a 15-year experience. *Int Surg.* 2016 Apr 4.[Epub ahead of print] PubMed PMID: 27042871.

353/63. Espondilitis anquilosante, a proposito de un caso.

Autores

M. Salado Natera; M. Naranjo Cassia; Á. González Calbo.

Centro de Trabajo

Médico de Familia. UGC Medina Sidonia. Cádiz.

Descripción del caso

Paciente de 44 años sin antecedentes médicos de interés. Trabajador por cuenta ajena, soldador. Acude a la consulta por cervicalgia irradiada a ambas manos y parestesias bilaterales. El dolor le despierta por la noche en ocasiones. Había acudido en años anteriores por lumbalgias y cervicalgias que se autolimitaban. Se inicia tratamiento con antiinflamatorios no

esteroides, calor local y relajantes musculares sin mejoría del cuadro. Acude de nuevo por empeoramiento de la clínica, y limitación de la movilidad de la columna cervical por lo que se inicia estudio tras lo cual se deriva a traumatología.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: gran limitación de los movimientos de la columna cervical en los 3 planos, con Schober menor de 2-3 cms. Rx cervical: sinostosis de C4-C5 y cambios degenerativos. Perfil reumático: Proteína C reactiva de 0.69, Factor Reumatoide 17.4, HLA-B27 positivo. TAC columna cervical: Anquilosis de articulaciones interapofisiarias derechas de C4 con C5 y fusión parcial de cuerpos vertebrales D10-D11. Sin-desmofitos difusos en la columna cervicodorsal. La resonancia no valorable. RX sacroílicas: borramiento articular iliosacro bilateral.

Juicio Clínico

Espondilitis anquilosante

Diagnóstico diferencial

Hernia cervical, síndrome Klippel-Feil, espondiloartritis

Comentario final

La espondilitis anquilosante es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica, de etiología desconocida, que afecta primariamente al esqueleto axial donde puede afectar a cualquiera de los segmentos vertebrales, tórax y pelvis (llegando a provocar anquilosis ósea) La artritis periféricas, dactilitis y las entesis completan el cuadro clínico articular. Se asocia también a manifestaciones oculares (uveítis) y enfermedad inflamatoria intestinal. Suele manifestarse en la tercera década de la vida con un pico máximo alrededor de los 25 años

Bibliografía

- 1. Muñoz-Fernández S, de Miguel E, Cobo-Ibáñez T, Carmona L, Steiner M, Descalzo MA, Ferreira A, Balsa A, Martín-Mola E; ESPIDEP Study Group. Early spondyloarthritis: results from the pilot registry ESPIDEP. *Clin Exp Rheumatol* 2010 Jul-Aug;28(4):498-503
- 2. J C Torre Alonso. *Espondilitis anquilosante.*

Manual SER de las enfermedades reumáticas 2008;208-14.

- 3. Braun J, Davis J, Dougados M, Sieper J, van der Linden S, van der Heijde D, ASAS Working Group. First update of the international ASAS consensus statement for the use of anti-TNF agents in patients with ankylosing spondylitis. *Rheum Dis*. 2006 Mar; 65(3):316-20. Epub 2005 Aug 11.

353/66. Síndrome de crest, a propósito de un caso.

Autores

M. Salado Natera¹; M. Naranjo Ratiá²; Á. González Calbo¹.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. UGC Medina Sidonia. Cádiz.; ²Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo. Medina-Sidonia. Paterna. Cádiz.

Descripción del caso

Mujer de 57 años. Antecedentes personales: Hipertensión arterial, fenómeno de Raynaud, osteomielitis dedo mano. Tratamiento: bisoprolol 2.5, enalapril 20, torasemida 10, amlodipino 5. Acude por dolor en segundo dedo del pie derecho y frialdad y enrojecimiento en el resto del pie. Tras exploración se inicia tratamiento con pentoxifilina/12 h y AAS 100 y derivación para estudio. Vuelve a los 10 días con intenso dolor y escara necrótica en dorso del segundo dedo del pie derecho. Se decide derivación urgente para valoración por cirugía vascular. Una vez descartada patología vascular vuelve por intenso dolor, se inicia tratamiento con morfínicos sin mejoría. Acude a urgencias hospitalarias desde donde es ingresada en medicina interna para estudio y control del dolor. La evolución durante el ingreso es tórpida, es necesario la amputación del dedo e inicio de tratamiento con iloprost.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración primera consulta: Auscultación normal, abdomen normal, ligera esclerodactilia, telangiectasias pie derecho frío con enrojecimiento dedos de los pies y dolor en el segundo. Pulsos conservados. Exploración segunda consulta: pulsos miembros inferiores conservados, derechos pedio y tibiales filiformes.

mes, hiperalgesia del pie derecho, con exarcebación del dolor al tacto, disminución de la temperatura, diaforesis y eritrosis del antepie. Escara necrótica en dorso del segundo dedo del pie derecho.

ECODOPLER MID: arteriopatía ocliterante leve en MID, con permeabilidad hasta los troncos distales aunque flucos de escasa amplitud.

ANALITICA: ANA 7.64, AntiRo 28.2, Anticentrómero: positivo 1/364. Resto normal

Juicio Clínico

Síndrome de Crest

Diagnóstico diferencial

Patología vascular, Sd. Suddeck, proceso infeccioso

Comentario final

El síndrome de crest es una variante de esclerodermia. Crest son los acrónimos de las palabras en inglés: Calcinosis cutis, Raynaud's syndrome, Esophageal dysmotility, Sclerodactyly, Telangiectasia. Para el diagnóstico son necesarios solo 2 de estos criterios. El tratamiento se basa en el control de cada uno de los Síntomas y en la terapia biológica.

Bibliografía

- Velayos EE, Masi AT, Stevens MB, Shulman LE. The CREST syndrome. Comparison with systemic sclerosis (scleroderma). *Arch Intern Med.* 1979 Nov;139(11):1240-4.
- Hachulla E1, Launay D. Diagnosis and classification of systemic sclerosis
- *Clin Rev Allergy Immunol.* 2011 Apr;40(2):78-83. doi: 10.1007/s12016-010-8198-y.

353/67. Después de una pancreatitis.

Autores

A. García Flores¹; V. Correa Gómez²; L. Ballesteros Lechuga³.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud Úbeda. Jaén.; ²Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Jaén.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Jaén.

Descripción del caso

Paciente de 48 años, sin alergias medicamentosas conocidas, fumador de 3 paquetes diarios y bebedor de un litro de cerveza y 2-3 combinados. Antecedentes de diabetes mellitus insulín-dependiente, HTA, dislipemia, infarto agudo de miocardio, obeso y sedentario, trabaja como camarero. En tratamiento con carvedilol, AAS, omeprazol, enalapril, insulina glargina, metformina, atorvastatina, mal cumplidor. Avisa por epigastralgia intensa no irradiada asociada a náuseas y diarrea desde hace 48 horas. Niega fiebre, coluria, acolia, dolor torácico y clínica miccional.

Exploración y pruebas complementarias

TA 130/80, tª 36°C, regular estado general, sudoroso, respiración abdominal, auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen distendido, doloroso a nivel de epigastrio, timpánico a la percusión. Extremidades sin edemas. Se analgesia al paciente y se traslada a urgencias. En analítica destaca amilasa 815, glucosa 215, hemoglobina 17, hematocrito 56,2%, leucocitos 16600, PCR 64,6. Ecografía: esteatosis hepática moderada. Se aprecia líquido libre perihepático en espacio de Morrison y en flanco izquierdo. Tac: pancreatitis aguda.

Estando ingresado sufre episodios de delirio, nerviosismo, desorientación, sudoración y mal estado general por lo que se inicia tratamiento con tiaprida y clorazepato dipotásico.

Tras la mejoría el paciente en un mes es dado de alta con seguimiento por consultas de digestivo y atención primaria.

Juicio Clínico

Pancreatitis, síndrome de abstinencia.

Diagnóstico diferencial

La pancreatitis con otras enfermedades intraabdominales como la patología biliar, infarto agudo de miocardio, pericarditis, aneurisma aorta abdominal, hepatitis, obstrucción intestinal, úlcera duodenal. El síndrome de abstinencia alcohólica con alucinosis alcohólica, meningitis, encefalitis, tirotoxicosis, síndrome neuroléptico maligno, psicosis aguda, otros síndromes de abstinencia.

Comentario final

La importancia de este caso radica en que hay que prevenir que estos pacientes puedan sufrir un sín-

drome de privación alcohólica una vez que son ingresados por otro motivo que nos puede complicar la evolución y pronóstico del paciente, ya que una parte importante de los casos de pancreatitis están provocados por alcohol. Además el seguimiento de estos pacientes se suele hacer entre los equipos de atención primaria y en caso de ser necesario con drogodependencias, por eso debemos estar preparados, saber diagnosticar y tratar a estos pacientes.

Bibliografía

- *Harrison. Principios de Medicina Interna. 14ª ed. Mc Graw Hill Interamericana de España. Madrid, 1999. Manual de urgencias y emergencias. Jiménez Murillo. 4ªed.*

353/68. Sin poder abrir los ojos.

Autores

V. Linares Andres; M. Garcia Sánchez; R. Granados Valverde.

Centro de Trabajo

Médico de Familia. Centro de Salud La Chana. Granada.

Descripción del caso

VARÓN DE 73 AÑOS, EXFUMADOR,HTA, ATEROMATOSIS CAROTÍDEA, NOIA,HBP QUE ACUDE A URGENCIAS DEL CENTRO POR PRESENTAR PTOSIS BILATERAL MÁS ACENTUADA EN EL OJO IZQ, DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN, CON EMPEORAMIENTO PROGRESIVO E IMPOSIBILIDAD DE APERTURA BILATERAL. NO DIPLOPÍA, NI DÉFICIT MOTOR,NI DISFAGIA NI DISNEA.NO CLÍNICA INFECCIOSA LOS DÍAS PREVIOS.

Exploración y pruebas complementarias

CONSCIENTE, ORIENTADO, COLABORADOR,BEG, NC ,NH. PRECISA MANTENER APERTURA OCULAR DE FORMA MANUAL.

NEUROLÓGICAMENTE DESTACA PTOSIS BILATERAL , CON OJO IZQ, OCLUIDO COMPLETAMENTE EN REPOSO. OJO D EN POSICIÓN MEDIA FATIGANDO HASTA LA OCLUSIÓN COMPLETA EN MENOS DE 10 SEG. NO DIPLOPÍA.NO OFTALMOPARESIA EVIDENE . CAMPIMETRÍA POR CONFRONTACIÓN NORMAL. RESTO DE LA EXPLORACIÓN DENTRO DE LA NORMALIDAD

SE DERIVA A URGENCIAS HOSPITALARIAS PARA VALORACIÓN Y PRUEBAS DE IMAGEN. ANALÍTICA Y TAC DENTRO DE LA NORMALIDAD

Juicio Clínico

SOSPECHA DE MIASTENIA GRAVIS , SE DERIVA A NEUROLOGÍA PARA COMPLETAR ESTUDIO DONDE SE CONFIRMÓ.

SE REALIZÓ TAC TORÁCICO PARA DESCARTAR TIMOMA , ESTUDIO DE AUTOINMUNIDAD Y DE TIROIDES , ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO.

Diagnóstico diferencial

PARÁLISIS DEL III PAR

PARÁLISIS DE BELL

ACV

ENVENENAMIENTO POR PLOMO

TUMOR DE PANCOAST

OFTALMOPATÍA TIROIDEA

DISTROFIA MIOTÓNICA Y OROFARÍNGEA

ENFERMEDADES DE LA MOTONEURONA, SÍNDROME

DE FATIGA GENERALIZADA O SÍNDROME DE EATON-LAMBERT

BOTULISMO

FÁRMACOS (AMINOGLUCÓSIDOS,ORGANOSFOSFORADOS)

Comentario final

LA MIASTENIA GRAVIS ES UNA ENFERMEDAD AUTOINMUNE EN LA QUE LOS ANTICUERPOS BLOQUEAN LA TRANSMISIÓN NEUROMUSCULAR A TRAVÉS DE LA PLACA MOTORA IMPIDIENDO UNA ADECUADA CONTRACCIÓN MUSCULAR. LOS PACIENTES PRESENTAN UNA DEBILIDAD FLUCTUANTE Y FATIGA QUE MEJORA CON EL REPOSO.

LOS GRUPOS MUSCULARES MÁS AFECTADOS SON DE PREDOMINIO PROXIMAL Y LA PTOSIS SUELE SER UNO DE LOS SÍNTOMAS INICIALES MÁS FRECUENTES. PREVALENCIA ESCASA, MÁS FRECUENTE EN MUJERES MENORES DE 40 AÑOS Y EN HOMBRES MAYORES DE 60 AÑOS 1-2 CASOS /100000 HAB.

EN NUESTRO CASO CLÍNICO NUESTRO PACIENTE HA PRECISADO ADEMÁS DE LA PIRIDOSTIGMINA QUE ES EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN ,DOSIS ELEVADAS DE PREDNISONA.

DESDE AP VIGILAREMOS MEDICAMENTOS PARA EVITAR EXACERBACIÓN CLÍNICA

Bibliografía

- Drachman DB, Jones RJ, Brodsky RA. Treatment of refractory myasthenia: 'Rebooting' with high-dose cyclophosphamide. *Ann Neurol* 2003; 53: 29±34.
- Oosterhuis HJGH Myasthenia gravis. In: *Clinical neurology and neurosurgery monographs*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1984. p. 21±50.
- Vincent A, Bowen J, Newsom-Davis J, McConville J. Seronegative generalised myasthenia gravis: clinical features, antibodies, and their targets. [Review]. *Lancet Neurol* 2003; 2: 99±106.

353/69. No aguanto más.**Autores**

M. García Sánchez; V. Linares Andres; R. Granados Valverde.

Centro de Trabajo

Médico de Familia. Centro de Salud La Chana. Granada.

Descripción del caso

MUJER DE 45 AÑOS, RUMANA, SIN AP INTERÉS, QUE DESDE HACE UN MES Y MEDIO PRESENTA PRURITO INTENSO, NOCTURNO, DE PREDOMINIO EN MANOS Y ZONA INFRAMAMARIA E INGUINAL. VIVE CON SU MARIDO, SUS 4 HIJOS, 2 HERMANOS, Y UNA PRIMA. COMENTA MÁS CASOS SIMILARES EN EL DOMICILIO FAMILIAR.

DIAGNOSTICADA DE ESCABIOSIS, SE PAUTÓ PERMETRINA VÍA TÓPICA, CON REPETICIÓN DEL CICLO A LOS 7 DÍAS PARA EL CASO ÍNDICE Y EL RESTO DE CONVIVIENTES.

SE LE ADJUNTARON MEDIDAS HIGIÉNICAS LA PACIENTE NIEGA INCUMPLIMIENTO EN EL TRATAMIENTO

Exploración y pruebas complementarias

CONSCIENTE, ORIENTADA, COLABORADORA PRESENTA LESIONES VESICULOSAS GENERALIZADAS, EXCORIACIONES Y LESIONES POR RASCADO EN LAS ZONAS INDICADAS.

SE RASPA CON BISTURÍ ALGUNAS LESIONES VESICULOSAS SIN VISUALIZAR RESTOS DEL ÁCARO O HUEVOS.

SI SE VISUALIZA SURCO ACARINO EN ESPACIOS INTERDIGITALES.

ANTE LAS LESIONES VESICULOSAS SE SOSPECHA QUE NO HA REALIZADO DE FORMA CORRECTA EL TRATAMIENTO

ADEMÁS NOS COMENTA QUE 2 MIEMBROS DE LA FAMILIA NO SE HAN TRATADO. SE NIEGA A REINICIAR TRATAMIENTO TÓPICO

Juicio Clínico

ESCABIOSIS

Diagnóstico diferencial

URTICARIA PAPULOSA

VARICELA

PRÚRIGO

DERMATITIS ATÓPICA

LINFOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS T

Comentario final

LA ESCABIOSIS O SARNA ES UNA ENFERMEDAD INFECTIOSA PRODUCIDA POR EL PARÁSITO SARCOPTES SCABEI. SU TRANSMISIÓN ES A TRAVÉS DEL CONTACTO ÍNTIMO, SEXUAL O EN SITUACIONES DE HACINAMIENTO.

PREVALENCIA DE LA SARNA NO BIEN CONOCIDA LA PRESENCIA DE VESÍCULAS NOS HIZO SOSPECHAR INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO. NO ENCONTRAR EL ÁCARO O HUEVOS NO EXCLUYE EL DIAGNÓSTICO.

LA PERMETRINA ES EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN POR SER OVOCIDA. SEGUNDA OPCIÓN, TRAS DESCARTAR EMBARAZO LÍNDANO AL 1%, PERO DADA LA NEGATIVA DE LA PACIENTE Y AL GRAN NÚMERO DE AFECTADOS, SE OPTÓ POR IVERMECTINA ORAL, DOSIS ÚNICA PUDIENDO REPETIRSE A LOS 14 DÍAS. ES LA PRIMERA OPCIÓN EN ANCIANOS, PANDEMIAS Ó INCUMPLIDORES

SE SOLICITA A TRAVÉS DE LA FARMACIA DEL DISTRITO

Bibliografía

- Arnold H, Odom R, Andrews James W. *Tratado de dermatología*. 4ta ed. Ediciones Científicas y Técnicas. Barcelona. 541-545. 1993
- Fernández Vozmediano J M, Franco Fernández R. *La Ivermectina en el tratamiento de la sarna*. *Piel*

2000; 15: 48-5 1.

- Burkhart C G, Burkhart C N, Burkhart K M. An epidemiologic and therapeutic reassessment of scabies. *Cutis* 2000 , 65: 233-40.

353/70. Doctora, quíteme el gato de la barriga.

Autores

M. Naranjo Ratia¹; M. Salado Natera²; Á. González Calbo².

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo. Medina-Sidonia. Paterna. Cádiz.; ²Médico de Familia. UGC Medina Sidonia. Cádiz.

Descripción del caso

Gestante de 32+5 semanas que cursa sin incidencias ,comienza con cuadro de edemas de instauración progresiva, con empeoramiento en las últimas 12 horas, durante ese día comienza con cefalea, oliguria, desorientación y cifras tensionales de 190/100. No enfermedades de interés. Es trasladada por DCCU a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada se solicita analítica urgente y sedimento de orina.

HB: 13,5 g/dl, leucocitos:11580.

Sedimento de orina: proteínas 500 mg/dl

Se administra 1º dosis de celestone cronodose, bolo de sulfato de magnesio y perfusión de labetalol.

Ecografía normal.

Durante su estancia en el hospital debuta con cuadro de disfasia, fotopsia, desorientación en tiempo y espacio y disartria en el contexto de crisis hipertensiva por lo que se avisa a internista para valoración. Se decide cesárea urgente por crisis hipertensiva +eclampsia y así poder realizar posteriormente tac craneal, siendo normal.

Juicio Clínico

Eclampsia grave

Diagnóstico diferencial

Preeclampsia

Eclampsia grave

Hemorragia subaracnoidea

Crisis hipertensiva

Comentario final

Uno de los exámenes obligados durante el control de embarazo es la toma de tensión arterial y en el caso de elevarse se debe hacer un control estricto para evitar complicaciones posteriores.

Se desconoce la causa de la elevación de la tensión en algunas gestantes y en otras no, suele aparecer a partir de las 20 semanas. Entre los síntomas de alerta se encuentran la cefalea, alteraciones visuales, nauseas...en las formas graves pueden llegar a convulsionar, en el caso de nuestra paciente presento también focalidad neurológica sin llegar a convulsionar, que son síntomas menos frecuentes, pero no por ello menos graves, por tanto ante una gestante con cifras tensionales elevadas hay que realizar un control estricto y vigilar cualquier síntoma.

Bibliografía

- *Maternal serum uric acid level and maternal and neonatal complications in preeclamptic women: A cross-sectional study.. Asgharnia M1, Mirblouk F1, KazemiS1, Pourmarzi D1, Mahdipour Keivani M2, Dalil Heirati SF1*
- *Garlic for preventing pre-eclampsia and its complications (review). Meher S, Duley L*
- *sociedad española de ginecología y obstetricia. SEGO*

353/75. No es lo frecuente, pero debemos sospecharlo.

Autores

C. Reina Prego¹; R. Reina Prego²; B. Hernández Labrot³; M. Raya Muro⁴; F. Baena Martín¹; C. Gómez Ramírez⁵.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora de Gracia. Carmona. Sevilla.; ²Enfermera. Cirugía Plástica. Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves. Granada.; ³Médico de Familia. Urgencias Hospitalarias. Parque Tecnológico de la Salud. Granada.; ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Marina. Barcelona.; ⁵Enfermera. Centro de Salud Nuestra Señora de Gracia. Carmona. Sevilla.

Descripción del caso

Hombre de 36 años sin antecedentes personales de interés que acude a consulta en varias ocasiones por sensación de obstrucción nasal de meses de evolución que a pesar de recibir múltiples recomendaciones y tratamientos (lavados nasales, corticoides vía nasal, antibioterapia y antihistamínicos vía oral) empeora progresivamente con insuficiencia ventilatoria nasal, por lo que se plantea derivación a Otorrinolaringología. No otra clínica añadida salvo prurito generalizado sin lesión ocasional.

Exploración y pruebas complementarias

- Rinoscopia, otoscopia, exploración de orofaringe y auscultación cardiopulmonar sin hallazgos reseñables. No adenopatías cervicales
- Fibroscopia (ORL): Masa en cavum de aspecto liso, mucoso, que bloquea ambas coanas y bascula con la respiración. Se decide exéresis y estudio anatomopatológico que informan como Linfoma Hodgkin tipo clásico
- Hemograma con discreta eosinofilia. Bioquímica incluyendo función hepática y renal, Coagulación y Serología VIH normales
- Estudio de extensión negativo

Juicio Clínico

Linfoma Hodgkin tipo clásico, estadio IA, sin factores de riesgo, tratado con quimioterapia y radioterapia

Diagnóstico diferencial

- Poliposis nasal
- Rinitis alérgica
- Hiperplasia adenoidea
- Sinusitis crónica
- Uso crónico de vasoconstrictores nasales

Comentario final

La mayoría de pacientes con linfoma Hodgkin manifiestan la enfermedad por la presencia de una adenopatía o masa generalmente asintomática, estando los síntomas B (fiebre, sudoración, pérdida de peso) y otros (prurito, síntomas neurológicos o renales, alteraciones analíticas, etc.) en menos del 20% de los casos en fases iniciales. Por este motivo es fundamental incluirlo en el diagnóstico diferencial de aquellos pacientes que a pesar de presentar síntomas

inespecíficos, la sospecha sea razonable por persistencia de la misma y tras el fracaso de terapias convencionales.

Bibliografía

- LaCasce A, Ng A. *Initial evaluation and diagnosis of classical Hodgkin lymphoma in adults. UptoDate; 2017*

353/77. ¡Esta pauta de anticoagulación es imposible de controlar!

Autores

C. Reina Prego¹; F. Baena Martín¹; C. Gómez Ramírez²; M. Ramírez De La Cruz²; A. Risueño Sánchez²; R. Reina Prego³.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora de Gracia. Carmona. Sevilla.; ²Enfermera. Centro de Salud Nuestra Señora de Gracia. Carmona. Sevilla.; ³Enfermera. Cirugía Plástica. Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves. Granada.

Descripción del caso

Hombre 72 años con antecedentes de tabaquismo y hernia de hiato, que acude tras alta de E.Infecciosas inicialmente derivado por DCCU por episodio sincopal con fracturas costales múltiples (hemotórax) en contexto de infección respiratoria Influenza B positivo (vacunado) y con diagnóstico de Fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida de origen incierto sin anticoagulación previa, Hipertensión Pulmonar e Insuficiencia Mitral severa. El motivo de consulta es revisión y conciliación terapéutica recibiendo consejos específicos en relación a la anticoagulación que realiza según pauta pero con malos registros de INR en las últimas semanas. Asintomático.

Exploración y pruebas complementarias

Durante ingreso:

- Hemograma, Coagulación y Bioquímica con función renal y hepática normales (salvo leucocitosis neutrofílica y PCR elevada) donde se postpone anticoagulación temporalmente por hemotórax

Tras ingreso:

- Exploración física sin hallazgos relevantes: tonos arrítmicos a buena frecuencia, sin sangrado

- Controles de INR por Enfermería con periodicidad 2-3/semana fuera de rango sistemáticamente
- Hemograma y Bioquímica normales y Coagulación alteradas por encima de rango recomendado
- Interconsulta a Trombología que recomiendan aumentar la frecuencia de controles de INR y ajuste con disminución de dosis semanal de Aldocumar progresivamente y Vitamina K VO ocasionalmente según necesidad

Juicio Clínico

Trastorno adquirido de Deficiencia de Vitamina K

Diagnóstico diferencial

- Aporte deficitario vitamina K: malnutrición, hospitalizados de larga estancia
- Uso de antibioterapia de amplio espectro (afectación de bacterias intestinales o efecto directo en la activación de la vitamina K en hígado), hipervitaminosis E o A
- Malabsorción de grasas (trastorno biliar o pancreático, tratamiento con colestiramina, lesiones o defectos de la mucosa intestinal), hipertensión portal, hepatopatía grave
- Ingesta accidental de raticidas

Comentario final

Actualmente los controles de INR están en rango adecuado con 7.5mg/semana de Aldocumar. Si bien es cierto que la etiología concreta del trastorno no se ha llegado a esclarecer, las causas más probables están en relación con el periodo prolongado de hospitalización así como con el uso de antibioterapia (no especificada en el informe de alta). En cualquier caso, consideramos que es necesario sospechar este trastorno en aquellos pacientes con difíciles controles de INR de forma mantenida, siendo fundamental la coordinación entre médico de familia, enfermería y trombología.

Bibliografía

- Pazirandeh S, Burns D. *Overview of vitamin K. UpToDate; 2018*

353/78. SCASEST en paciente con anemia grave multifactorial

Autores

E. González Villafranca¹; S. Muñoz de la Casa²; J. Porcel Ruiz³.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud. Nueva Andalucía. Almería.; ²Médico de Familia. Hospital de Alta Resolución El Toyo. Almería.; ³Médico de Familia. Centro de Salud. Virgen del Mar. Almería.

Descripción del caso

Varón de 75 años DMID, portador de stent coronario y by pass aorto-bifemoral que acude por astenia de tiempo de evolución. Se solicita analítica con hemoglobina baja, se cursa sangre oculta en heces siendo positiva por lo que se solicita EDB dónde se evidencian pólipos, se cita para polipectomía por Digestivo. Al mes acude por hematuria intensa y se deriva a Urología preferente por alta sospecha de tumor vesical con resultado en orina de abundantes hematíes. En cistoscopia visualizan 2 LOES, se programa RTU con BCG intravesical. Al mes de la intervención el paciente comienza con arritmia tipo flutter auricular que se anticoagula con acenocumarol.

Tras todas estas patologías confluentes el paciente comienza con episodio de SCASEST por anemia grave que precisó 3 concentrados de hematíes e ingreso en digestivo por sospecha de HDA.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, palidez mucocutánea.

ACR: MVC, soplo sistólico.

Desde primaria se solicita:

Analítica: Hb 10.9 con hierro 15, ferritina e IST disminuidos, función renal normal.

SOH: positivo.

EDB: 3 pólipos (adenomas tubulovelloso).

Sistemático de orina y Urocultivo : abundantes hematíes.

Ecografía y cistoscopia por urología: 2 loes con punto sangrante activo en una de ellas.

En urgencias Hb 4.5, 1ª troponina T 130, 2ª troponina T 346, 3ª troponina T 1576.

EDA sin hallazgos con tránsito intestinal negativo.

Juicio Clínico

SCASEST por anemia severa multifactorial.
Carcinoma urotelial papilar de alto grado.
Adenomas en cólon tubulovelloso.

Diagnóstico diferencial

Disección aortica, pericarditis, TEP.
Anemia por otros procesos.
Litiasis vesical, quistes uretrales, otros tumores.

Comentario final

El papel del médico de familia es fundamental en el cribado poblacional de patologías graves como en el caso del proceso colorrectal por el que se detectaron y extirparon adenomas infiltrantes en este paciente además de la derivación precoz a urología que también fue clave en la detección de un cáncer vesical estadio 1. Aunque lo más importante, ante un paciente con anemia y acenocumarol, tener en cuenta las diferentes patologías intercurrentes que pueden agravar este proceso para evitar la aparición de complicaciones secundarias graves como en este caso el SCASEST.

Bibliografía

- Sergio RR, Emad AA, Diego IA. Actitud terapéutica ante pacientes con anemia grave ingresados por SCASEST e impacto pronóstico. *Rev Esp Cardiol (internet)*. 2014 (Dic 2014); 67(12):10.1016. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/articulo/90363129>

353/79. Angioedema crónico en atención primaria.**Autores**

M. Contreras Roca¹; A. Ortiz Pérez¹; R. Cuenca del Moral²; A. Mejías Ubeda¹; M. Lara Molina¹.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud de San Miguel. Torremolinos. Málaga.; ²Médico de Familia. Centro de Salud las Albarizas. Marbella. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 60 años con AP de artralgias y trastorno adaptativo en tratamiento con tramadol y velanfina.

MC: Angioedema de repetición, atendida en urgencias múltiples veces siempre con escasa respuesta a corticoides y a antihistamínicos orales y parenterales.

Exploración y pruebas complementarias

Edema labial y facial persistente, no edema en úvula. No lesiones dérmicas generalizadas. Fascies de luna llena y obesidad central acentuada.
Hemograma: leucocitosis leve transitoria, C4 Normal, C1 INH 397 (elevado), PCR Normal, TSH 4.6, ANA + 1/30 Serología VIH, VHB, VHC, Sífilis, CMV, EB y VHS negativa.

Juicio Clínico

Angioedema crónico

Diagnóstico diferencial

No antecedentes familiares de angioedema
Se descarta origen farmacológico
Es estudiada por alergología quien da el alta descartando origen alérgico
Los resultados del estudio analítico de C4 y C1 inhibidor indican que estamos ante un angioedema no histaminérgico idiopático.
Historiando de nuevo a la paciente cuenta que se había sometido a una infiltración de silicona por motivos estéticos en los años 90, resultando ser esto la causa del edema que presenta. Para la confirmación se deriva a dermatología, donde tras biopsiar la lesión se confirma el diagnóstico: granulomatosis orofacial por infiltración por silicona.
Inicia tratamiento con cloroquina sin éxito, por lo que se deriva a cirugía estética para valoración quirúrgica.

Comentario final

El angioedema es una patología con múltiples causas que hay que tener en cuenta en pacientes que responde mal a corticoides, evitando así yatrogenia innecesaria, ya que en casos como el angioedema familiar hereditario o éste que nos ocupa, los corticoides son inefectivos

Bibliografía

- Tincopa-Wong OW. Urticaria y angioedema: una visión general. *Acta Med Per*. 2014;31(2):111-124
- Navarro A, Crespo C, Poveda J.L, Cebollero A. Al-

goritmo diagnóstico y tratamiento del angioedema hereditario como herramienta para su manejo. *Farm Hosp.* 2013;37(6):521-529

- *Lalosevic J, Gajic-Veljic M1, Nikolic M1. Orofacial granulomatosis in a 12-year-old girl successfully treated with intravenous pulse corticosteroid therapy and chloroquine. *Pediatr Dermatol.* 2017 Nov;34(6):e324-e327.*
- *Cantos Casalta, L. Angioedema (Monografía en internet). Disponible en <https://es.slideshare.net/baulero/angioedema-57455007>*

353/81. Oposición torácica con elevación del ST en paciente sin patología grave.

Autores

E. González Villafranca¹; J. Porcel Ruiz²; S. Muñoz de la Casa³.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud. Nueva Andalucía. Almería.; ²Médico de Familia. Centro de Salud. Virgen del Mar. Almería.; ³Médico de Familia. Hospital de Alta Resolución El Toyo. Almería.

Descripción del caso

Mujer de 52 años con AP de HTA, hipotiroidismo subclínico y rizartriosis que acude al centro de salud por disnea de esfuerzo de larga duración que se incrementa desde hace 15 días llegando a tener ortopnea en los últimos 3-4 días. Refiere en ocasiones episodios esporádicos de disnea más oposición torácica con cortejo vegetativo de corta duración. La paciente acabó ingresada con estudio cardiológico normal, sin patología cardíaca aguda al alta.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, bien hidratada y profundida. No tolera decúbito.

ACR: MVC, no soplos.

MMII: no edemas, no signos de TVP.

NEUROLÓGICO: íntegro.

Se realiza ECG en la consulta de urgencias con toma de constantes: TA 160/50; FC 52; Tª 36º C; Sat O2 97 ECG: Bradicardia sinusal a 52 lpm. Eje izquierdo, bloqueo de rama izquierda no conocida previamente. Onda Q en III, y supradesnivelación del ST en v1, v2 y v3.

Se solicita ambulancia medicalizada para traslado del paciente y se administra AAS 300 mg + clopidogrel 300 mg y se traslada a urgencias hospitalarias para completar pruebas complementarias.

Análítica: fibrinógeno 544, urea y creatinina en rango normal, Troponina T 15.08.

Se ingresa en cardiología quien realiza estudio completo analítico, ecocardiografía y ergometría sin hallazgos considerables, por lo que se da de alta.

Juicio Clínico

Bloqueo completo de rama izquierda.

Dolor torácico psicógeno.

Diagnóstico diferencial

IAM, TEP, disección aórtica, pericarditis.

Comentario final

Descartar patologías graves en AP es primordial ante síntomas y hallazgos diagnósticos evidentes tales como la oposición torácica y la elevación del ST, al igual que en nuestro paciente aunque al final demostró ser una característica propia de su registro electrocardiográfico. La consulta de AP es primordial en la captación de patología grave tanto o igual que en urgencias ya que es una de las puertas de entrada al sistema sanitario.

Bibliografía

- *Andrew PS, Eugene B. Cardiopatía Isquémica. En: Barnes PJ, Longo DL, Fauci AS, et al editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 1. 15th ed. Madrid: McGraw Hill; 2002. p. 1643-1660*
- *Di Marco A. Algoritmos de Smith en el diagnóstico de IAM con BRI (Internet). Revista española de cardiología (Blog); 2017 (actualizado 24 Ago 2017; citado 21 Abr 2018). Disponible en: <http://www.secardiologia.es/multimedia/blog/rec/8775-algoritmos-smith-diagnostico-iam-con-bri>*

353/86. A propósito de un caso: Artritis psoriásica.

Autores

B. Hernández Labrot¹; C. Reina Prego²; R. Reina Prego³; C. Navarro Arco⁴; C. Gómez Ramírez⁵; L. Clapera Lazo⁶.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Urgencias Hospitalarias. Parque Tecnológico de la Salud. Granada.; ²Médico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora de Gracia. Carmona. Sevilla.; ³Enfermera. Cirugía Plástica. Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves. Granada.; ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Armilla. Granada.; ⁵Enfermera. Centro de Salud Nuestra Señora de Gracia. Carmona. Sevilla.; ⁶Médico de Familia. Centro de Salud Virgen de Esterilla. Lora del Río. Sevilla.

Descripción del caso

Mujer de 70 años:

- Ama de casa, cuidadora de su marido. Analfabeta. Escasos recursos económicos y apoyo familiar y social. Obesidad. Lumbociatalgia crónica. Psoriasis (diagnóstico clínico sin anatomía patológica). Tratamiento esporádico con Aceclofenaco VO y Hidrocortisona tópica
- Motivo de consulta: Dolor e impotencia funcional en articulaciones metacarpofalángicas, interfalángicas proximales y distales (más derecha)

Exploración y pruebas complementarias

- Exploración Física: Psoriasis de predominio en cuero cabelludo. Artritis en articulaciones metacarpofalángicas, IFP e IF; asimétrica. Dactilitis. Dudosas lesiones ungueales.
- Rechaza inicialmente la realización de pruebas complementarias y derivación a Reumatología. Se pauta corticoterapia a dosis mínima con suspensión por intolerancia e inicio posterior de Metotrexato hasta 15mg/semana con suplemento de Ác.Fólico con adhesión irregular.
- Posteriormente: Radiografía manos y lumbosacra sin hallazgos reseñables. Hemograma normal y Bioquímica: PCR 8.64mg/L, VSG normal, FR negativo, Ac antiCCP negativos y ANA débilmente positivos.

Juicio Clínico

Artritis psoriásica

Diagnóstico diferencial

Artritis reumatoide, Artritis reactiva, Artritis asociadas a Enfermedad inflamatoria intestinal, Espondilitis anquilopoyética, Gota, Osteoartritis

Comentario final

La artritis psoriásica es una entidad propia ("seronegativa") generalmente precedida por el diagnóstico de Psoriasis (>80%) relacionándose con mayor riesgo entre aquellos con lesiones en cuero cabelludo o perianales y afectación ungueal y con débil relación entre la severidad de lesiones dérmicas y manifestaciones articulares.

Las manifestaciones más frecuentes son poliartritis y oligoartritis en articulaciones periféricas (IFD) generalmente asimétrica y axial (40-50%). Otras manifestaciones son: entesitis, tenosinovitis, dactilitis, lesiones ungueales (80-90%), edemas, uveitis, etc. No existe NINGÚN marcador bioquímico específico. En Radiografía puede aparecer: Lisis de falanges distales, periostitis, nueva formación ósea (entesitis), deformidad "pencil-in-cup", anquilosis, disminución densidad ósea (fracturas). El diagnóstico se establece por los Criterios CASPAR.

En este caso el abordaje fue complicado por las creencias así como el contexto social y cultural de la paciente, que en la actualidad presenta buena evolución tras adaptar y reforzar en distintas consultas la adhesión al tratamiento y sus revisiones así como coordinando la atención con Reumatología vía telefónica.

Bibliografía

- *Clinical manifestations and diagnosis of psoriatic arthritis. UptoDate; 2017*

353/87. Somnolencia en paciente polimedcada.**Autores**

M. Naranjo Ratia¹; M. Salado Natera²; Á. González Calbo².

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo. Medina-Sidonia. Paterna. Cádiz.; ²Médico de Familia. UGC Medina Sidonia. Cádiz.

Descripción del caso

Paciente de 53 años con los siguientes antecedentes personales, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, obesidad mórbida, insuficiencia cardiaca por disfunción diastólica, SAOS grave con CPAP nocturna, tras-

torno de personalidad y trastorno ansioso depresivo, artrosis generalizada, anemia ferropénica, nódulos tiroideos. En tratamiento con gabapentina, clorazepato dipotásico, levomepromazina, alprazolam, tapentadol, clotiapina y metformina.

Acude al servicio de urgencias por presentar cuadro de somnolencia progresiva, astenia y cierta desorientación que ha ido empeorando en la última semana, no náuseas ni vómitos, si cuenta desde hace unas semanas aumento de la ingesta hídrica y desde hace 15 días añaden al tratamiento furosemida 40 mg un comprimido al día por aumento de edemas en miembros inferiores.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, consciente, orientada y colaboradora. Bradipsíquica con tendencia al sueño, eupneica en reposo.

TA:120/80, FC:80 LPM, Temperatura: 36º, saturación oxígeno basal:98%

Ap: hipoventilación global, sin ruidos sobreañadidos.

Ac: tonos rítmicos sin soplos. Abdomen globuloso, blando y depresible, no doloroso a la palpación, RHA presentes.

Extremidades: no edemas ni signos de TVP.

Hemograma:hemoglobina 11.3 gr/dl, VCM 74, leucocitos 17160, neutrófilos 13940, plaquetas 248000.

Coagulación normal.Bioquímica: sodio 100, creatinina 0.6; pcr 30 resto normal.Gasometría venosa: pH: 7,5, HCO334,8, pCO2:45. Proteinograma normal, transferrina y ferritina normal

Ecg: ritmo sinusal a 60 lpm con intervalo QT en limite superior de la normalidad.RXtorax: cardiomegalia sin condensaciones.

Tras los resultados analíticos se inicia tratamiento corrector de las cifras de hiponatremia, mejorando el cuadro clínico de forma progresiva.

Juicio Clínico

Hiponatremia severa sintomática en paciente con polidipsia psicógena y agravada por la toma de diuréticos.

Diagnóstico diferencial

Hiponatremia severa por toma de fármacos

Hiponatremia severa por polidipsia psicógena

SIADH

Lesion tubular renal

Comentario final

Se trata de una paciente hiperfrecuentadora y con abuso de fármacos sedativos que podrían causarle el cuadro clínico que presentaba, es por esto, que ante situaciones clínicas en este tipo de pacientes hay que realizar un buen diagnóstico diferencial, y tener en cuenta otras opciones diagnosticas además de abuso de fármacos, tales como polidipsia psicógena o secreción inadecuada de ADH.

Bibliografía

- *Hyponatraemia diagnosis and treatment clinical practice guidelines.*
- *Hyponatraemia Guideline Development Group*
- *Syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone (SIADH) in malignant disease*
- *JENS B. SORENSEN MD, METTE K. ANDERSEN, HEINE H. HANSEN*

353/97. Neoplasia neuroendocrina en varón con dolor torácico típico de características isquémicas.

Autores

H. Castillo Bueno¹; L. Hernández Sánchez²; E. Jiménez Alonso¹.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud Alfacar. Granada.;

²Médico de Familia. Centro de Salud Amilla. Granada.

Descripción del caso

Varón, 68 años con antecedentes personales: HTA, DM tipo II, bocio multinodular, ERC 4A2, bypass gástrico, cardiopatía isquémica revascularizada. Portador asintomático de stent coronario desde 2007, en septiembre/2016 comienza con dolores torácicos similares a previos, opresivos, irradiados a miembro superior izquierdo y espalda, ceden con nitroglicerina. Consulta en múltiples ocasiones en Atención Primaria y urgencias hospitalarias, siendo diagnosticado de dolor torácico típico (sin alteraciones ECG, enzimáticas, ecocardiografía y prueba de esfuerzo). En enero/2017 objetivamos adenopatía supraclavicular izquierda. Empeora progresivamente modificándose las características del dolor haciéndose continuo, sin

respetar sueño, aumenta con la respiración y palpación, acompañado de síndrome constitucional, pérdida ponderal, astenia y depresión.

Exploración y pruebas complementarias

Normal, salvo adenopatía supraclavicular izquierda de 1 cm no dolorosa, pétreas, adherida a planos profundos.

En analítica, destaca anemia con Hb 9, ferritina normal, glucosa 386, creatinina 2,16, coagulación, marcadores tumorales y resto normal. ECG: RS sin alteraciones. En radiografía de tórax, ensanchamiento mediastínico, en lateral masa retroesternal. La TAC torácica demostró formación mediastínica retroesternal de 8,6x7cm sugerente de neoplasia tímica con conglomerado adenopático. La PET-TAC identificó 3 focos hipermetabólicos (masa mediastínica, adenopatía precarinal y supraclavicular).

Juicio Clínico

Neoplasia neuroendocrina grado 3.

Diagnóstico diferencial

Con neuropatía, neoplasias, neumoperitoneo, mediastinitis, patología esofágica, pericarditis aguda, aterosclerosis coronaria, espasmo coronario, valvulopatías, arritmias, miocardiopatía, aneurisma aórtico, disección aórtica, vasculitis.

Comentario final

El dolor torácico es uno de los motivos de consulta más frecuentes en nuestras consultas y de diagnóstico más amplio y complejo. Aunque un elevado porcentaje de dolores torácicos se relacionan con patología de bajo riesgo, debemos ser extremadamente rigurosos. En ocasiones la presencia de determinados antecedentes personales puede inducir a una inercia diagnóstica y terapéutica que puede demorar un diagnóstico potencialmente grave.

Bibliografía

- Boubacar E, Atsame-Ebang G, Rabiou S, et al. *Thymic large cell neuroendocrine carcinoma - a rare and aggressive tumor: a case report. J Med Case Rep* 2017;11:155.
- Carter BW, Okumura M, Detterbeck FC, Marom EM. *Approaching the patient with an anterior me-*

diastinal mass: a guide for radiologists. J Thorac Oncol. 2014; 9(9):110-8

- Carter BW, Marom EM, Detterbeck FC. *Approaching the patient with an anterior mediastinal mass: a guide for clinicians. J Thorac Oncol.* 2014; 9(9):102-9

353/98. ¿Porqué orino sangre?

Autores

M. García Sánchez; V. Linares Andres; R. Granados Valverde.

Centro de Trabajo

Médico de Familia. Centro de Salud La Chana. Granada.

Descripción del caso

Mujer de 21 años, vista en la consulta hace 15 días por cuadro de faringoamigdalitis aguda bacteriana y tratada con penicilina V 500mg / 8 horas durante 10 días. Acude de forma urgente por presentar desde esta mañana orina hematurica sin clínica de ITU. Sensación de hinchazón generalizada y disminución de la diuresis. Niega otra sintomatología

Exploración y pruebas complementarias

Consciente, orientada, normohidratada, normoperfundida. A destacar cierto edema palpebral. Apirética, con TA:150/95. FC: 82 FR. 15 rpm. ACR dentro de la normalidad. No se aprecian soplos cardiacos ni ruidos respiratorios patológicos. Abd: blando, depresible, ruidos conservados, sin apreciarse masas ni megalias. No dolor a la palpación. No signos de irritación peritoneal. PPRB negativa. MMII: edema bilateral generalizado, sin fovea. En test de orina se aprecia hematias +++ /+++ y proteinuria +++/+++

Juicio Clínico

Jc: Sospecha de GN postestreptococica (Beta hemolítica – grupo A) ante la hematuria, proteinuria, HTA, edemas y antecedentes de faringoamigdalitis aguda reciente. En urgencias objetivó proteinuria en rango no nefrótico y se descartó IRA.

Diagnóstico diferencial

Nefropatía por IgA, nefritis lúpica, púrpura de Schönlein-Henoch, síndrome urémico hemolítico, y síndrome nefrótico.

Comentario final

La GNPS es una lesión inflamatoria de predominio glomerular y de patogenia inmune. Afecta más a niños varones menores de 14 años.

El Streptococo B hemolítico puede provocar infecciones cutáneas (más en verano) o en la garganta (invierno) y tras un periodo de latencia de 4-6 semanas o de de 2-3 semanas respectivamente, puede desencadenar un síndrome nefrítico típico con hematuria micro/ macroscópica, proteinuria < 3,5 g / dl edemas e HTA. El diagnostico es clínico, sin necesitar biopsia. El pronostico es bueno y se recomienda tratamiento sintomático (dieta hiposódica, furosemida y Penicilina G 1200000 im dosis única).

Bibliografía

- Ecija Peiró JL, Vázquez Martul. Glomerulonefritis aguda postinfecciosa. Glomerulonefritis rápidamente progresiva. En: Antón M, Rodríguez LM(coords.). *Nefrología Pediátrica: Manual Práctico. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011. p. 113-8.*
- Ramdani B, Zamd M, Hachim K, et al. Glomérulonephrites aiguës postinfectieuses. *NephrolTher.* 2012;8(4):247-58
- Rodríguez Iturbe B, Musser JM. The current state of poststreptococcal glomerulonephritis. *J Am Soc Nephrol.* 2008;19(10):1855-64.

353/102. Rbdomiolisis e insuficiencia renal tóxica.

Autores

S. Pérez Gómez; M. García López; F. Rosa Martínez.

Centro de Trabajo

Médico de Familia. Centro de Salud de Vera. Almería.

Descripción del caso

ANTECEDENTES FAMILIARES: padre hipertenso

ANTECEDENTES PERSONALES: Sin interés.

ENFERMEDAD ACTUAL: Varón de 50 años que acude a consulta por malestar, debilidad muscular, calambres y dolor en tórax y en brazos que describe como pinchazo tras práctica de ejercicio físico en gimnasio. Además, nos refiere hallazgo de cifras tensionales elevadas (200/120) en reconocimiento médico rutinario de empresa.

Al rehistoriar al paciente nos confiesa consumo ocasional de cocaína y que desde hace 8 semanas está consumiendo 10g de creatina diarios.

Exploración y pruebas complementarias

EXPLORACIÓN FÍSICA: Dolor a la palpación de pectorales y tríceps braquial. Rigidez de cintura escapular, no bocio, no soplos, no edemas, no organomegalias, ACR normal. Resto sin hallazgos agudos

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- BIOQUÍMICA: Glucosa: 92, urea: 47, creatinina: 1.61, sodio: 140, potasio: 4.6, CPK: 109.000, calcio: 8.4, troponina T: 8.81, PCR: 8.3, autoinmunidad normal
- HEMOGRAMA Y ESTUDIO DE COAGULACIÓN: fibrinógeno: 483, resto normal
- SEDIMENTO URINARIO: hematuria
- ECG y RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: normal

Juicio Clínico

Rbdomiolisis. HTA nefrogénica. Enfermedad renal crónica.

Diagnóstico diferencial

Hemoglobinuria, hemólisis, trastornos renales, traumatismo renal o muscular, porfiria, alimentos, fármacos y tóxicos, causas cardiológicas, ejercicio físico intenso, síndrome compartimental, crisis comiciales, psicosis, miopatías, síndrome neuroléptico maligno, hipertermia maligna, Guillain -Barré, ELA, neoplasias, hipotiroidismo, cetoacidosis, etc.

Comentario final

La rbdomiolisis es un síndrome clínico caracterizado por el daño de la célula muscular y la liberación de su contenido al torrente circulatorio. La necrosis muscular genera dolor, debilidad, mialgias, rigidez, calambres, edema muscular y coluria.

La cocaína es causa de rbdomiolisis, pudiendo ocasionar daño renal severo, por otra parte, la rbdomiolisis inducida por ejercicio físico en pacientes que toman suplementos nutricionales es cada vez más frecuente. Desde hace décadas se ha popularizado entre los deportistas, el consumo de dosis altas de suplementos nutricionales, para mejorar rendimiento físico y/o favorecer el aumento de la masa muscular. Uno de los más usados es la creatina en polvo sola u asocia-

da a otros productos. Existen en bibliografía casos de rabdomiolisis tras consumo de dosis elevadas de creatina lo que puede cuestionar su seguridad.

Bibliografía

- Restrepo D, Montoya P, Giraldo L. Rabdomiolisis en adolescente bipolar. *Rev Colomb Psiquiatr* 2015;44:183-8
- X. Bosch, E. Poch, J.M. Grau. Rhabdomyolysis and acute kidney injury. *N Eng J Med.*, 361 (2009), pp. 62-72.

353/104. Sensibilización central en Urgencias y Atención Primaria: a propósito de un caso.

Autores

M. Mejías Estévez¹; R. Domínguez Álvarez²; M. Castillo Moraga³.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.; ³Médico de Familia. Centro de Salud La Algaida-Barrio Bajo Sanlúcar de Barrameda. Cádiz.

Descripción del caso

Mujer de 58 años, médico de profesión. AP: Túnel carpiano bilateral (2004), gonartrosis (2007), hernias discales cervicales desde C5 a C7 (2007) y lumbares L3-L4-L5, precisando estas últimas cirugía (2007). En enero de 2015 precisa reintervención con artrodesis desde L2 a S1. En abril de 2015 es diagnóstica de adenocarcinoma de recto invasivo en margen anal (T3NoM0), por lo que precisó intervención y quimioterapia (actualmente libre de enfermedad). Valorada por numerosos especialistas.

Tras visita al servicio de urgencias hospitalario (motivo: crisis de dolor), la medicación habitual: Tramadol 100 mg a demanda (3-4 comp/día), Tramadol/Dexketoprofeno 75/25 mg/12 h, Tapentadol 100 mg/noche, Duloxetina 60 mg/d, Pregabalina 75-0-150 mg, Omeprazol 40 mg/d, Diazepam 10mg 0-1-1, Trazodona 100 mg 0-0-1. Al alta: dolor lumbar mixto, lentitud y lenguaje repetitivo (EVA 7/10, se le administra 20 mg morfina iv, resto de exploración y pruebas normales, incluido TC cerebral). Se suspende trama-

dol y se añade una dosis de 100 mg de tapentadol por la mañana e hidratación hasta revisión por MAP.

Exploración y pruebas complementarias

2 días después, ha mejorado de dolor (EVA 4/10), pero muestra somnolencia, cansancio, lentitud. Se le administran cuestionarios, destacando: no deterioro cognitivo, depresión y ansiedad. La paciente reconoce problemática de pareja como agravante del cuadro clínico. Ante la sospecha añadida de interacciones y neurotoxicidad, se rota desde tapentadol a un parche de fentanilo 50 mcg/72 h y se inicia retirada progresiva de duloxetina.

A las 3 semanas, la paciente se encuentra mejor del dolor, cansancio y somnolencia. Persisten síntomas depresivos.

Juicio Clínico

Dolor crónico benigno mixto lumbar complejo (sensibilización central).

Conciliación de tratamiento.

Interacciones farmacológicas (síndrome serotoninérgico-noradrenérgico, neurotoxicidad inducida por opioides).

Diagnóstico diferencial

- TCE.
- Hipoglucemia.
- Pseudodemencia depresiva.
- Síndrome ansioso-depresivo.
- Conductas aberrantes (adicciones).

Comentario final

El dolor agudo no tratado correctamente, debido a mecanismos del proceso de sensibilización central, puede cronificarse.

Las interacciones farmacológicas son muy frecuentes, por lo que la iatrogenia puede provocar síntomas que deterioran la calidad de vida del paciente.

La neurotoxicidad inducida por opioides es más frecuente en pacientes con dosis altas y con opioides de diferente escalón y/o naturaleza.

Bibliografía

- *Dolormecum* 2016.
- *Guía práctica de manejo domiciliario del dolor y otros síntomas*. 2ª edición. Editorial Sanaidea. 2016.

353/106. El Cisne Negro o el poder de la mente sobre el cuerpo.

Autores

M. Sánchez González; E. Del Pino Jiménez; R. Velasco Soto.

Centro de Trabajo

Médico de las Unidades Móviles del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU). Sevilla.

Descripción del caso

Mujer de 41 años, AP: consumo de cannabis, exbebedora (140 gr. alcohol/día), y exADVI (cocaína). HTA. Fibromialgia. Vida cama-sillón. Estudiada por fiebre intermitente (ingreso en Infecciosas) con focalidad neurológica. Estudiada por Digestivo y Endocrinología (pérdida de peso, diarreas, vómitos y anorexia). Se alimenta por SNG (por disfagia). Trastorno límite de personalidad, ansioso-depresivo. Intervenciones: edema de Reinke. Vive en pareja (hace 6 años). Su familia desapruueba sus hábitos y su orientación sexual. Sólo mantiene contacto con una hermana.

Enfermedad actual: estando previamente en situación basal, presenta debilidad y "acorchamiento" en hemicuerpo derecho, sin desviación de comisura bucal, ni alteración en articulación/emisión del lenguaje, asociando cefalea occipital. Se activa Código Ictus y neurología la valora. Previamente refiere su pareja presenta cefaleas occipitales mensuales, con sono/fotofobia y visión borrosa transitoria. No asocia disautonomías.

Exploración y pruebas complementarias

BEG. Hemodinámicamente estable. Glucemia: 83g/dL. TA: 109/72 mmHg, afebril. No signos meníngeos. ACR: rítmica sin soplos. BMV. Neuro: vigil, consciente, orientada y colaboradora. No disartria ni afasia. PIN-LA, MOEC, reflejo por amenaza presente bilateral. No alteraciones en pares craneales. Balance motor: debilidad en hemicuerpo derecho, tono conservado, caída abigarrada en Barrè (MID). Al elevar contralateral hay tono (fuerza en antagonistas). Reflejos presentes y simétricos, RCOP: flexor bilateral. Anestesia en hemicuerpo derecho. No disimetrías. Pruebas Complementarias: Analítica y EKG: sin hallazgos, TAC craneal: sin isquemia aguda/hemorragias; Doppler: TSA, DTC y occipital: sin alteraciones. Vertebrales, subclavias y basilar: adecuado calibre, velocidad:

60cm/s. DTC: simétricos; se siguen ambas ACM, simétricas a 100cm/s, al igual que ACAs y ACPs. Tras explicarle que las pruebas complementarias son normales: comienza a elevar contra gravedad MSD. Persiste debilidad en MID, pero moviliza sobre horizontal. Se deriva a Psiquiatría.

Evolución (un año después): ha estado en Psiquiatría, sin adherencia terapéutica, consume analgésicos/sedantes, a demanda. Nula conciencia de somatización y 34 consultas a SSUU (hospitalarios/extrahospitalarios) por: dolor de espalda, náuseas, pérdida/recolocación de SNG, neuralgia trigeminal, cefalea y focalidad neurológica (características idénticas a la que requirió estudio). Sigue sin contacto con su familia.

Juicio Clínico

Trastorno somatomorfo

Diagnóstico diferencial

Patología orgánica (ACVA, encefalopatías, etc), simulación y trastornos facticios.

Comentario final

El estrés emocional produce activación del eje hipofiso-cortico-suprarrenal, con liberación de catecolaminas y glucocorticoides. Éstos últimos producen: disfunción de respuesta inmune, predisponente a contraer enfermedades, que podría explicar los episodios intermitentes de distermia. La variedad de síntomas obliga a realizar pruebas caras/complejas para descartar base orgánica. El trastorno de somatización (histeria o síndrome de Briquet) es polisintomático, se inicia antes de los 30 años, persiste años y combina síntomas gastrointestinales, sexuales, pseudoneurológicos y dolor. A diferencia de trastornos facticios y simulación, los síntomas físicos no son intencionados. Es un problema grave, muy limitante, de pronóstico incierto, cuando la paciente niega que existe, tiene escasa adherencia terapéutica y no ha resuelto conflictos internos.

Bibliografía

- Bohórquez-Borda, D; Riveros Munévar, F; Londoño, C; Vinaccia, S. El sistema inmunológico en personas con trastorno-de-estrés postraumático: una revisión. *Revista-Psicología y Salud*. jul-dic.2016, Vol.26-Issue 2, p245-252. 8p.

- *Castrillón, E, Sarsosa, K, Moreno, F, Moreno, S. Academic stress and immunological manifestations: Evidence of psycho-neuroendocrine-immunology-Salutem-Scientia-Spiritus. Volumen 1|Número 1|Enero-Junio/2015|ISSN: 2463-1426 (En Línea)*
- *Caballero, L. y Caballero, F. (2004). El paciente con somatizaciones crónicas. Psiquiatría y atención, 5(3), 4-11.*
- *Stone J, Carson A, Sharpe M. Functional-symptoms-and-signs-in-neurology: assessment-and-diagnosis. J. Neurol-Neurosurg Psychiatry. 2005; 76 Suppl 1:i2-12.*

353/109. Abordaje en mujer joven con alteraciones olfativas.

Autores

C. Lorenzo Peláez¹; F. Vico Ramírez²; I. Lendinez Durán².

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia EBAP. Centro de Salud Albánchez de Mágina. Jaén.; ²Médico de Familia EBAP. Centro de Salud Mancha Real. Jaén.

Descripción del caso

Mujer, 43 años, acude a médico atención primaria por episodios bruscos de olor "extraño" y sensación epigástrica ascendente de segundos de duración con varios episodios diarios, enlentecimiento mental y cefalea posterior desde hace 4-5 meses. Un episodio aislado de amnesia posterior.

Exploración y pruebas complementarias

Normal por sistemas y aparatos. No focalidad neurológica, no papiledema. RM cráneo: lesión extraaxial (4.2x4.3x3.6) adyacente a cisura de Silvio derecha, bordes bien delimitados, contornos lobulados, efecto masa sobre cuerpo y asta frontal de ventrículo lateral derecho y porción ipsilateral del mesencéfalo, desviación de línea media. Anatomía patológica: meningioma meningotelial grado I. Intervenida con resección parcial por consistencia de la lesión y gran adherencia a arterias silvianas y apófisis clinoides. Durante la intervención, edema cerebral hemisférico frontotemporal con herniación de tejido cerebral a través de craneotomía. Se decide no reponer hueso y posterior craneoplastia en un segundo tiempo quirúrgico. Tras ello, hemiparesia izquierda de predominio crural y hemianopsia

homónima (afecta campo visual temporal izquierdo y nasal derecho). RM control: cambios postquirúrgicos región frontotemporal derecha con varios focos de sangrado, con administración de contraste en región clinoides y paraselar derecha apreciando realce nodular bien delimitada (4.2x4.2x3.3) con efecto masa sobre III ventrículo y porción ipsilateral de mesencéfalo, desviación de línea media.

Juicio Clínico

Meningioma gigante ala esfenoidal derecha intervenido (resección parcial). Hemiparesia izquierda. Hemianopsia homónima. Epilepsia focal de origen estructural (crisis focales complejas)

Diagnóstico diferencial

Tumor nasofaríngeo

Comentario final

El médico de familia es una pieza fundamental en el diagnóstico y posterior control de pacientes complejos, realizando una atención transversal diaria y asegurando una coordinación interniveles adecuada. En este caso, destacar la importante repercusión en la vida diaria y alto impacto emocional en ámbito personal y familiar, desarrollando un cuadro ansioso depresivo derivado de las secuelas (hemiparesia, hemianopsia y crisis focales complejas), precisando añadir fluoxetina al tratamiento de base (levetiracetam). Tras 6 meses de ingreso hospitalario es dada de alta para tratamiento ambulatorio. Actualmente sin crisis. Buena evolución de hemiparesia en tratamiento rehabilitador. Pendiente de radioterapia estereotáctica fraccionada y valoración por Endocrinología para evaluar función hipofisaria.

Bibliografía

- *Black P. Meningiomas. Neurosurgery 1993; 32: 643-57*

353/111. Abordaje en varón de 23 años con autismo y epilepsia resistente a fármacos.

Autores

C. Lorenzo Peláez¹; F. Vico Ramírez²; I. Lendinez Durán².

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia EBAP. Centro de Salud Albánchez de Mágina. Jaén.; ²Médico de Familia EBAP. Centro de Salud Mancha Real. Jaén.

Descripción del caso

Varón, 23 años, trastorno generalizado del desarrollo (TGD) desde los 6 meses con componente regresivo, manifestaciones del espectro autista, menoscabo del lenguaje hablado, conductas hiperactivas y disruptivas. Tratamiento aripiprazol. Con 14 años, episodios estereotipados de disminución nivel de conciencia, espasticidad, gritos y confusión postcrítica, cada vez más frecuentes y cotidianos. Descartada patología urgente, iniciamos estudio con Neurología. Diagnosticado de crisis parciales complejas, comienza ácido valproico, disminuyendo frecuencia e intensidad de crisis, pero persistiendo, asociándose clonacepam y oxcarbazepina, libre de crisis. Meses después, caídas diarias con recuperación rápida y otros de pérdida de tono de miembro superior derecho. Abandona centro de actividades (apoyo psicológico y logopeda) por crisis. Modificamos dosis e iniciamos diversos fármacos sin éxito (oxcarbazepina, lamotrigina, perampanel, aripiprazol, clonacepam, rufinamida, brivaracetam). Empeoramiento (mayor frecuencia-intensidad crisis diarias) al aumentar o disminuir dosis. Son crisis focales de sintomatología motora negativa, menos probable atónicas generalizadas, aunque obliga plantearlas por empeoramiento con oxcarbazepina y lamotrigina. Etiología desconocida, posible componente genético por asociación con TGD y antecedentes familiares. Menos probable displasia oculta.

Exploración y pruebas complementarias

Lenguaje de signos, evita visión directa, comprensión aceptable, hiperactividad, estereotipias. Analítica, TAC cráneo, RM cerebral normales. Primer EEG: sin traducción de movimientos previamente mencionados. EEG tras empeoramiento: crisis con correlato eléctrico de descargas epileptiformes generalizadas y lentificación postcrítica. RM cerebral 3T: atrofia estructuras parenquimatosas fosa posterior. Video EEG: crisis parcial compleja con pérdida tono postural, actividad hipermotora, movimientos piernas, automatismos orales, clonías hemicara derecha, probable crisis focal frontal, pero patología de base sugiere alteración cerebral más extensa. Estudio metabólico normal (prueba del talón, aminoácidos).

Juicio Clínico

Epilepsia criptogénica resistente a fármacos

Diagnóstico diferencial

Lesión ocupante espacio cerebral

Comentario final

Evolución desfavorable. Inicia dieta cetogénica sin mejoría. Tratamiento paliativo con estimulación nervio vago (pendiente implantación VNS). Última opción, buscar displasia oculta. Tratamiento actual: valproico, oxcarbazepina, lacosamida, aripiprazol y clonacepam (último, pendiente cambio por clobazam o fenobarbital). Intentar retirar oxcarbazepina (posibilidad esté empeorando crisis atónicas).

Bibliografía

- Sánchez Álvarez JC, Mauri Llerda JA, Gil Nagel A, Casas Fernández C, Salas Puig J, Lahuerta J, et al. Consenso de las recomendaciones de actuación diagnóstica y terapéutica sobre epilepsia resistente a fármacos antiepilépticos en España (Consenso RATE-España). *Neurología*. 2012; 27: 481-90

353/113. Cuando un síncope no es solo un síncope.

Autores

S. López Mesa¹; E. Martín Márquez²; A. Domínguez García³; C. Ramírez Martín³; R. Cuenca del Moral¹; R. Rodríguez Ruiz³.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud las Albarizas. Marbella. Málaga.; ²Médico de Familia. Centro de Salud Sant Antoni de Portmany. Ibiza.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud las Albarizas. Marbella. Málaga.

Descripción del caso

Varón, 77 años. AP: HTA y proteinuria. Solicita asistencia por dolor súbito en fosa renal derecha, intenso, no irradiado y mareo, episodio sincopal de escasos minutos a la bipedestación.

Exploración y pruebas complementarias

A nuestra llegada, regular estado general, consciente y orientado, sudoroso, frío, pálido, TA 85/55,

Sat O2:95%, glucemia115, FC110, EVA:0. ACP: tonos rítmicos, taquicárdicos. MVC sin ruidos añadidos. Abdomen: globuloso, blando y depresible, no doloroso a la palpación, no se palpa latido abdominal, ni defensa. Pulsos periféricos no palpables.

ECG: RS a 95 lpm, sin alteraciones.

Estabilizamos, administramos sueroterapia para corrección de TA y realizamos traslado hospitalario. Se realiza analítica sanguínea: Hb 9.3, creatinina 1.19; y angioTAC: Voluminoso aneurisma infrarenal que se origina inmediatamente caudal al origen de ambas arterias renales hasta la bifurcación iliaca con signos de rotura y extenso hematoma retroperitoneal asociado

Juicio Clínico

Rotura de aneurisma de aorta abdominal

Diagnóstico diferencial

Según causas más frecuentes de síncope:

- Origen cardiaco
 - Obstructivo (3-11%):
 - > Cavidades izquierdas:
 - Estenosis aortica y mitral
 - Miocardiopatía hipertrófica
 - Mixoma auricular
 - Disección aortica
 - Disfunción protésica
 - > Cavidades derechas:
 - Tromboembolia pulmonar
 - Taponamiento cardiaco
 - Hipertensión pulmonar primaria
 - Estenosis pulmonar
 - Cardiopatías congénitas
 - Eléctrico: bradiarritmias o taquiarritmias
 - Isquémico: infarto agudo de miocardio
- Origen no cardiaco
 - Circulatorio (40%):
 - > Vasovagal
 - > Ortostático
 - > Hipotensión postprandial
 - > Reflejo
 - > Hipersensibilidad del seno carotídeo
 - > Hipovolemia
 - Neurológico:
 - > Vascular
 - Isquémico

- Hemorragia subaracnoidea
- Síndrome de robo de subclavia
- Migraña basilar
 - > Crisis comicial
- Psicógeno:
 - > Hiperventilación
 - > Trastorno de conversión
- Otros:
 - > Hipoxemia
 - > Hipoglucemia
 - > Intoxicación etílica
 - > Intoxicación e efectos secundarios a fármacos

Comentario final

El síncope se define como la pérdida brusca de la conciencia y de tono muscular, de corta duración y con recuperación espontánea ad integrum, secundaria a la disminución o interrupción del flujo sanguíneo cerebral. El diagnóstico es eminentemente clínico. Una vez realizado el diagnóstico de síncope, su forma de presentación, los síntomas premonitorios y coincidentes, la duración del cuadro clínico, el tiempo de comienzo y recuperación, así como la persistencia de los síntomas después de la recuperación del estado de conciencia, son factores que contribuyen a descubrir su causa más probable y a identificar los síncopes de alto riesgo.

Bibliografía

- De Burgos Marín J, Cañadillas Hidalgo F, Jiménez Murillo L, Clemente Millán MJ. Síncope. En Jiménez Murillo I, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010. 389-393.

353/115. Lo que oculta una caída

Autores

E. Gallego Castillo¹; M. Luna Valero²; M. Morales del Águila³.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud Coín. Málaga.; ²Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; ³Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 32 años que avisa a Servicio de Urgencias extrahospitalarias por presentar en las últimas 12 horas dos crisis convulsivas con relajación de esfínteres y mordedura de lengua. Hace 36 horas, caída con TCE con contusión orbitaria tras ingesta alcohólica.

Exploración y pruebas complementarias

No alergias medicamentosas, no enfermedades de interés, no tratamientos en la actualidad, no fumador, bebedor de 3-4 copas de whisky al día. No consumo de otros tóxicos.

Paciente consciente, colaborador y orientado. Tembloroso. Auscultación cardiopulmonar normal. Pupilas midriáticas reactivas. No pérdida de fuerza. Marcha inestable. Temblor.

Debido a los antecedentes de TCE previo se decide traslado en ambulancia medicalizada para realización de pruebas complementarias en urgencias hospitalarias.

Analítica Htes 4.000.000, HCM 33.3, plaquetas 112.000, Neutrófilos 77.5%, Linfocitos 8%, Monocitos 13.6%. Creatinina 0.53 mg/dL, Bb total 3.18 mg/dL, Bb directa 1.17 mg/dL, Gamma glutamiltransferasa 3477 U/L Aspartato transaminasa 197 U/L, Alamina transaminasa 96 U/L. Resto normal. Tóxicos en orina negativos. TAC craneal: No lesiones intracraniales. Surcos conservados. No signos de sangrado. Sin cambios a TAC previo realizado tras TCE previo. El paciente es valorado por Neurología y Psiquiatría que inician el tratamiento para deprivación alcohólica con vitaminas, benzodiacepinas y sueroterapia. Al alta se derivó al Centro Provincial de Drogodependencias.

Juicio Clínico

Crisis comicial en el contexto de síndrome de abstinencia alcohólica.

Diagnóstico diferencial

Epilepsia. Tumor cerebral. Hematoma subdural.

Comentario final

Este caso nos debe hacer reflexionar sobre la importancia de la anamnesis e interrogatorio sobre el consumo de alcohol en pacientes jóvenes. Aunque nuestra primera sospecha diagnóstica fue hema-

toma subdural secundario a TCE previo, al final las pruebas complementarias pusieron de manifiesto un proceso crónico y larvado en este paciente, que a priori, no es el prototipo de consumidor crónico de alcohol. Tenemos que tener la mente abierta y estar preparados para afrontar todo tipo de etiología y síntomas en cualquier paciente.

Bibliografía

- Jesse S, Bråthen G, Ferrara M, Keindl M, Ben-Menachem E, Tanasescu R, Brodtkorb E, Hillborn M, Leone MA, Ludolph AC. Alcohol withdrawal syndrome: mechanisms, manifestations, and management. *Acta Neurol Scand.* 2017 Jan; 135(1):4-16.
- Oviedo H.C., Arboleda P.L., Fisiopatología y tratamiento del síndrome de abstinencia. *Universitas Médica* 2006. Vol 47 nº 2.

353/122. Cardiopatía isquémica y trombofilia, un caso de atención primaria.**Autores**

S. Pérez Gómez; R. Vázquez Alarcón; M. García López.

Centro de Trabajo

Médico de Familia. Centro de Salud de Vera. Almería.

Descripción del caso

Varón de 34 años sin antecedentes médicos de interés ni hábitos tóxicos, que acude a urgencias de Atención Primaria por dolor centrotorácico opresivo no irradiado (EVA 5/10) con intensificación progresiva (10/10) asociando sudoración profusa, náuseas y presíncope.

Exploración y pruebas complementarias

EXPLORACIÓN:

TA: 165/100, FC: 120lpm, sO₂: 99%. AC: tonos rítmicos, no soplos. Resto sin hallazgos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- ECG: ritmo sinusal con elevación de segmento ST de V1 a V4.
- Hemograma: Hb: 11.9, Hto: 38, PNM: 77%. (1º ingreso). Hb: 6.9, Hto: 23%, VCM: 60 (2º ingreso).
- Bioquímica: LDH: 241, troponina: >78ng/ml, hierro < 10, ferritina < 6, Resto normal
- Radiografía de tórax: índice cardiorádico au-

mentado, aurícula izquierda dilatada

- Cateterismo cardiaco: angioplastia con implante de stent directo farmacológico en DA.
- Ecocardiograma: disfunción moderada de VI re-suelta (FE 37-->57%), AI de 34mm, acinesia septal anterior-medio-apical, discinesia inferoapical, trombo intracavitario.
- AngioTC abdomino-pélvico-MMII: esplenomegalia. Imagen de trombo "en pantalón" de 31mm de longitud a nivel de aorta abdominal, oclusivo por debajo del nacimiento de la mesentérica inferior hasta 1cm por debajo de la bifurcación aórtica.
- Colonoscopia: normal

Juicio Clínico

Síndrome coronario agudo con elevación de ST anterior. KILLIP I, enfermedad severa de un vaso, aterosclerosis, anemia en rango transfusional en probable relación con pérdidas digestivas en contexto de doble antiagregación+anticoagulación, trombo en aorta abdominal a nivel de bifurcación iliaca, isquemia arterial aguda

Diagnóstico diferencial

Pericarditis, taponamiento cardiaco, aneurisma aórtico, disección aórtica, osteocondritis, tromboembolismo pulmonar, neumonía, neumotórax, úlcera gástrica, ansiedad.

Comentario final

Tras estabilización es dado de alta con tratamiento anticoagulante y doble antiagregación. Tres semanas después reingresa por anemia en rango transfusional, angor hemodinámico y rectorragia. Durante su ingreso se detecta trombo y se realiza trombectomía.

Se presenta un caso de cardiopatía isquémica en un rango etario no habitual y sin factores de riesgo cardiovascular ni historia familiar de cardiopatía isquémica precoz, lo que hace necesaria una investigación en busca de causa protrombótica predisponente (trombofilia).

Bibliografía

- *Morillas PJ. Cabadés A. Bertomeu V. et al. Infarto agudo de miocardio en pacientes menores de 45 años. Rev Esp Cardiol. 2002;55:1124-31 - Vol. 55*

Núm.11

- *Leandro Sandí, V. Barboza Elizondo, M. Vindas Angulo, G. Evento cerebrovascular isquémico en el adulto joven. Vol. 55, núm. 3. 2013.*

353/125. Estas pastillas no me hacen nada.

Autores

E. Gallego Castillo¹; A. Ferro Expósito²; M. Luna Valero³.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud Coín. Málaga.;

²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.;

³Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 64 años. No alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos. No enfermedades de interés. No tto domiciliario. Dolor escapular bilateral de un mes de evolución que ha ido a más, progresando hacia región nuchal. Es de predominio matinal y lado izquierdo. No cede a pesar de analgesia prescrita (AINEs), aumentando los últimos 3-4 días, por lo que acude al Centro de Salud. No traumatismo previo.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente, orientado, colaborador. Eupneico en reposo. Orofaringe normal, no adenopatías. ACR Normal. EEI:l no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Pares craneales normales, PICNR, fuerza y sensibilidad conservadas, no claudicación en Barré, ROT presentes, marcha normal. Se realiza Rx cervical donde se observa pérdida de sustancia ósea a nivel de C3, por lo que se pone al paciente collarín cervical rígido, se deriva a Urgencias hospitalarias en ambulancia de traslado, donde es ingresado en el Servicio de Medicina Interna para estudio y control del dolor.

Analítica Hb 14.9, plaquetas 209000, leucocitos 4270 (neutrófilos 2650). Coagulación: normal. Glucosa 98, urea 42, Cr 0.86, CK 94, LDH 258, prots totales 7.4, PCR 1.3. Rx tórax PA: Normal.

TAC cervical: Fractura patológica del cuerpo vertebral C3 con lesión lítica insuflante que afecta al cuer-

po vertebral y al pedículo izquierdo; componente de masa de partes blandas epidural y paravertebral. RM cervical sin contraste: Lesión lítica insuflante del cuerpo vertebral C3 con extensión a pedículo izquierdo, que rompe la cortical e invade el espacio epidural anterior improntando en el margen ventral del cordón medular sin mielopatía compresiva, oblitera los forámenes bilateralmente, en mayor grado el izquierdo, asocia componente de masa de partes blandas paravertebral.

Juicio Clínico

Tumor Primario. Fibrosarcoma.

Diagnóstico diferencial

Metástasis ósea. Hernia discal.

Comentario final

Es muy frecuente en consulta encontrarse con paciente con dolor óseo. Muchas veces dudamos cuándo realizar pruebas complementarias. En este caso debido al componente progresivo del dolor realizamos una radiografía. Tenemos que tener en cuenta las señales de alarma del dolor que no hagan pensar lesiones orgánicas subyacentes.

Bibliografía

- Neira F, Ortega JL. *Guías de Práctica Clínica en el Tratamiento del Dolor. Una herramienta en la práctica clínica. Rev. Soc. Esp. Dolor 2008; 6: 399-413.*

353/134. Este catarro no se me quita.

Autores

M. Rodríguez Campos¹; A. Ferro Expósito²; E. Gallego Castillo¹.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud Coín. Málaga.;
²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 32 años que acude a Urgencias del Centro de Salud por cuadro catarral de dos semanas de evolución que no mejora junto con esputos verdosos, dolor en el pecho y disnea de esfuerzo. No fiebre. Muy delgado.

No alergias medicamentosas conocidas. No enfermedades de interés. No tratamiento en la actualidad. Fumador 10 cigarros/día

Exploración y pruebas complementarias

Paciente consciente, colaborador y orientado. Eupneico en reposo. Auscultación cardiopulmonar: Tonos rítmicos sin soplos ni roces. Roncus y sibilancias diseminadas en hemitórax derecho con hipoventilación en hemitórax izquierdo con sonido metálico apical. Saturación basal 93%.

Se traslada en ambulancia medicalizada a Urgencias hospitalarias.

Analítica: Hb11.9, Hto 36,8, Htes 3.9, Plaquetas 289.000, Leucocitos 13.000, Neutrófilos 9.300, PCR 14,7, INR 1.22, Glucosa 108, Urea 34, Creatinina 0.90, Filtrado glomerular >90, Bilirrubina 0.21. Gasometría normal. Antigenura para Legionella y Neumococo negativos. Rx tórax: Neumotórax izquierdo. El paciente pasa a área de Observación donde se coloca Pleurevac para tratamiento de neumotórax con mejoría clínica. El paciente es ingresado en planta. Durante su ingreso hospitalario el paciente evoluciona favorablemente al tratamiento antibiótico, con desconexión de la aspiración y cierre del drenaje. Al alta asintomático.

Juicio Clínico

Neumotórax secundario a infección respiratoria.

Diagnóstico diferencial

Neumonía, Broncoespasmo, Asma

Comentario final

Los procesos catarrales son muy frecuentes tanto en consultas de Atención Primaria como en Urgencias Extrahospitalarias.

En España la incidencia de neumotórax espontáneo en personas con una edad inferior a los 40 años oscila entre 7,4–28 casos por cien mil habitantes al año en varones y entre 1,2–10 casos en mujeres. La edad juvenil, el hábito tabáquico y los varones de talla alta y configuración longilínea representan los factores de riesgo más importantes en su aparición. Atención Primaria suele ser la puerta de entrada de estos pacientes por lo que debemos estar muy atentos a los pacientes con estos factores de riesgo. En nuestra

caso el paciente era fumador además de tener estar muy delgado.

Bibliografía

- *Menéndez R, Torres A, Aspa J, Capelastegui A, Prat C, Rodríguez de Castro F. Neumonía adquirida en la comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Arch Bronconeumol 2010;46(10):543-558.*
- *Klopp M, Dienemann H, Hoffmann H. Treatment of pneumothorax. Chirurg. 2007 Jul;78(7):655-68.*

353/135. Síndrome poliadenopático cervical como carta de presentación de una sífilis de duración indeterminada.

Autores

M. García López; S. Pérez Gómez; F. Rosa Martínez.

Centro de Trabajo

Médico de Familia. Centro de Salud de Vera. Almería.

Descripción del caso

Varón de 51 años. NAMC. Sin antecedentes médicos de interés. Niega hábitos tóxicos. Acude a consulta de atención primaria por hallazgo casual a la palpación de múltiples adenopatías en región cervical. No síndrome constitucional. Afebril. No síntomas de proceso infeccioso en áreas circundantes. No sudoración ni prurito. Trabaja como camarero. No refiere viajes al extranjero en los últimos meses. No convive con animales. Homosexual, utiliza métodos de barrera.

Exploración y pruebas complementarias

BEG. NH, NC y NP. Eupneico. Cuello: adenopatías laterocervicales y posterocervicales múltiples de 1 cm de tamaño, semiblandas, no adheridas a planos profundos y no dolorosas a la palpación. No adenopatías axilares ni inguinales. FARINGE: anodina. CAVIDAD BUCAL: anodina. OTOSCOPIA: anodina. ACR: anodina. ABDOMEN: anodino. No lesiones cutáneas. Analítica sanguínea: Bioquímica: GOT 35 UI/L, GPT 43 UI/L, FA 197 UL/L, GGT 195 UI/L; LDH y B2 microglobulina normales; PCR 23 mg/dl; resto sin alteraciones de interés. Hemograma y coagulación normales. Función tiroidea normal. Serologías: CMV Ig G positivo (Ig M negativo); VEB Ig M negativo; VHC negativo;

VHB HBs Ag negativo, HBs Ac negativo, HBc Ac negativo; Toxoplasma Ig G negativo; VIH negativo; Treponema pallidum RPR Ac POSITIVO (título 1/16), TPHA Ac POSITIVO, INMUNOBLOT confirmatorio Ig M e Ig G POSITIVOS. Rx tórax PA y Lateral: engrosamiento hilar bilateral sin otras alteraciones. Mantoux: negativo. Ecografía abdominal: esteatosis hepática.

Juicio Clínico

SÍFILIS DE DURACIÓN INDETERMINADA. Se indica tratamiento con Penicilina G Benzatina 2.400.000 U i.m. 3 dosis con periodicidad semanal, vacunación de Hepatitis B y estudio de contactos sexuales. Se deriva a Medicina Interna para valoración y seguimiento

Diagnóstico diferencial

Linfoma, Adenitis reactivas, Adenopatías metastásicas.

Comentario final

La incidencia de la sífilis está aumentando sobre todo en el colectivo homosexual. La deberemos sospechar ante una úlcera genital, perianal o bucal (generalmente con adenopatías regionales) o un exantema maculopapuloso generalizado con afectación palmoplantar. La serología de Treponema pallidum nos confirmará el diagnóstico. Es muy importante el estudio de los contactos sexuales y descartar otras ETS. Se trata de una EDO. El tratamiento es la Penicilina G Benzatina.

Bibliografía

- *Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 6.ª ed. Madrid: Elsevier; 2008.*

353/137. Dolor abdominal y anemia en paciente anciano.

Autores

F. Rosa Martínez; M. García López; S. Pérez Gómez.

Centro de Trabajo

Médico de Familia. Centro de Salud de Vera. Almería.

Descripción del caso

Paciente varón de 77 años que acude en varias ocasiones a consulta de Atención Primaria y urgencias por cuadro de dolor abdominal posprandial, vómitos

ocasionales y despeños diarreicos, de carácter discontinuo, filiados como gastroenteritis y/o posible diverticulitis. Asocia anemia microcítica crónica, de probable causa multifactorial.

ANTECEDENTES PERSONALES: DM II, ERC, Nefropatía diabética, FA permanente, Insuficiencia cardiaca, Miocardiopatía dilatada, HTA, EPOC, Hepatopatía crónica eólica
Tratamiento: insulina, valsartan/amlodipino/hidroclorotiazida, bisoprolol, rivaroxaban, lanzoprazol, pitavastatina, febuxostat, tiotropio, salmeterol/flu-ticasona

Exploración y pruebas complementarias

EXPLORACIÓN:

Consciente, eupneico, palidez cutánea, tolera decúbito. ACR: tonos arrítmicos, soplo sistólico, hipoventilación generalizada con crepitantes bibasales.

Abdomen: globuloso, blando y depresible, doloroso en FII, timpánico a la percusión, RHA de timbre normal, no masas, no signos de irritación peritoneal. Tacto rectal: hemorroides externas, esfínter hipertónico, ampolla rectal vacía.

EEII: edemas maleolares y pretibiales con fóvea, celulitis pretibial izquierda, no signos de TVP.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- HEMOGRAMA: Hb: 9.5, Hto: 29, VCM: 81, plaquetas: 306.000, Leucocitos: 10.700, PNM: 84%.
- COAGULACIÓN: INR: 576, TTPA: 23
- BIOQUÍMICA: Glucosa: 177, urea: 113, creatinina: 2.47, potasio: 2.9, PCR: 47, LDH: 3925, procalcitonina: 2.6
- GASOMETRÍA ARTERIAL: pH. 7.30, bicarbonato: 23
- Cultivo líquido peritoneal: Aislamiento de propionibacterium acnes
- Hemocultivo negativo
- TC abdomen-pelvis con contraste: aire en interior de vasos mesentéricos distales con afectación de colon derecho hacia transversal hasta ángulo esplénico

Juicio Clínico

Necrosis intestinal de probable origen embólico, shock séptico, insuficiencia renal crónica agudizada

Diagnóstico diferencial

Diverticulitis, ulcus, pancreatitis, colecistitis, vasculopatías, obstrucción intestinal, neoplasias

Comentario final

Se presenta el caso de un paciente anciano pluripatológico y polimedcado que consulta en varias ocasiones por dolor abdominal y asocia anemia sin causa clara. Ante el hallazgo de abdomen patológico se deriva a urgencias hospitalarias para estudio complementario por sospecha de causa obstructiva vs isquémica, que finalmente se confirma con pruebas de imagen.

Se pretende resaltar la importancia de una adecuada historia clínica, exploración física y diagnóstico diferencial en pacientes complejos, para el diagnóstico precoz de entidades potencialmente graves.

Bibliografía

- Acosta Mérida A. Marchena Gómez J. Cruz Benavides F et al. Factores predictivos de necrosis masiva intestinal en la isquemia mesentérica aguda. *Cirugía española*. Vol. 81, 2007, 144-149
- Del Rio Sola M. L. González Fajardo J. A. Vaquero Puerta C. Isquemia mesentérica aguda. Diagnóstico y tratamiento. *Angiología*. Vol 67, Núm. 2, 2015

353/139. Síndrome coronario agudo de presentación atípica.

Autores

R. Vázquez Alarcón; M. García López; S. Pérez Gómez.

Centro de Trabajo

Médico de Familia. Centro de Salud de Vera. Almería.

Descripción del caso

Varón de 64 años sin antecedentes médicos de interés salvo tabaquismo (fumador de 5-7 cigarrillos/día), que acude a urgencias de Atención Primaria por molestia centrotorácica, de unas 5 horas de evolución con empeoramiento tras la ingesta haciendo que consulte, refiere no lo catalogaría como dolor, sino "molestia" irradiada por el tórax, niega dolor torácico ni cortejo vegetativo acompañante.

Exploración y pruebas complementarias

EXPLORACIÓN FÍSICA:

TA: 160/70, FC: 50lpm. BEG, Bien hidratado y perfundido, eupneico, tolera decúbito, no ingurgitación de yugulares. ACR: tonos rítmicos, no soplos, Murmullo vesicular conservado. EEII: no edemas ni signos de TVP. Resto sin hallazgos agudos

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Hemograma: Hb: 15, Hto: 44%, leucocitos: 8.800, PNM: 68%, plaquetas: 200.000
- Bioquímica: glucosa: 161, K: 4, creatinina: 0.92, CK-MB: 10.9, troponina T: 0.4, LDH: 277,
- ECG: ritmo sinusal, elevación de ST en cara inferior con descenso en V2 y V3
- Radiografía de tórax: no cardiomegalia, no infiltrados ni condensaciones parenquimatosas

Juicio Clínico

SCACEST. IAM inferior.

CRUSADE 1, GRACE 83

Diagnóstico diferencial

Pericarditis, taponamiento cardiaco, aneurisma aórtico, disección aórtica, osteocondritis, tromboembolismo pulmonar, ulcus, neumonía, neumotórax, ansiedad.

Comentario final

El dolor torácico es uno de los motivos de consulta más frecuentes en cualquier ámbito sanitario, a pesar de ello continúa siendo un reto diagnóstico tanto en la consulta de Atención Primaria como en los servicios de urgencias.

Se presenta un caso de cardiopatía isquémica en un paciente sin aparentes factores de riesgo cardiovascular salvo tabaquismo, con presentación atípica, donde un retraso diagnóstico-terapéutico podría haber sido fatal, sin una adecuada actuación prehospitalaria.

Tras su detección en centro de salud mediante pruebas complementarias sencillas y accesibles para el médico de familia, como es el ECG, se inicia tratamiento, se avisa a centro coordinador y es trasladado en ambulancia medicalizada a urgencias hospitalarias donde se le realiza fibrinólisis y se ingresa en UCI con buena evolución posterior.

Bibliografía

- *Moreno R. Manejo del infarto agudo de miocardio en España. Diferencias interregionales en la actualidad según el registro IBERICA. Rev Esp Cardiol. 2001;54:419-21 - Vol. 54 Núm.04*
- *Martínez M. Selles H. Bueno A. et al. Dolor torácico en urgencias: frecuencia, perfil clínico y estratificación de riesgo. Vol 6, 2008. 953-959*

353/143. De la autonomía a la dependencia.**Autores**

M. Cruz Rodríguez¹; J. Fernández Rodríguez²; J. Montero López³.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud San Antonio. Motril. Granada.; ²Médico de Familia. UGC Almuñécar. Granada.; ³Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Motril. Granada.

Descripción del caso

Varón de 77 años con antecedentes personales: accidente isquémico transitorio, carcinoma primario de pulmón resecao en 2005 y con recidiva en 2007 donde de nuevo fue resecao y recibió quimioterapia adyuvante. ECOG 1 (Octubre 2017), Hipertension Arterial, tromboembolismo pulmonar asintomático, esteatosis hepática. En Enero de 2018, ingresa para estudio de un deterioro motor de varios meses de evolución, en el que se identifica una polineuropatía sensitiva grave con marcada ataxia de la marcha. Se confirma en el EMG la presencia de una neuropatía axonal sensitiva severa de distribución universal.

Exploración y pruebas complementarias

Previo a su último ingreso el paciente tenía una valoración pronóstica, funcional y de fragilidad siendo completamente autónomo.

Tras ingreso al que fue sometido a un amplio estudio diagnóstico, con analítica completa, RMN cerebral y punción lumbar, para llegar al diagnóstico de neuropatía axonal por cuadro paraneoplásico.

Se realiza nueva valoración pronóstica, funcional y de fragilidad: Índice de Barthel Puntuación: 40. Conclusión: El paciente es dependiente severo. Índice PROFUND 10 puntos. Índice PROFUNCTION 3 puntos. Escala Lawton y Brody puntuación 1 Dependiente para actividades instrumentales.

Riesgo de caídas: Bajo riesgo de caídas. Escala Pfeiffer: Puntuación 2 Test Braden: 16 puntos.

Juicio Clínico

POLINEUROPATIA AXONAL SENSITIVA SEVERA DE POSIBLE ORIGEN PARANEOPLASICO
DEPENDENCIA SEVERA

Diagnóstico diferencial

Esclerosis múltiple, metástasis cerebral, demencia

Comentario final

El paciente pluripatológico obliga, más que ningún otro, a una asistencia sustentada en la atención compartida entre atención primaria y atención hospitalaria por presentar una especial complejidad que, frecuentemente, requiere del acceso a interconsultas, medios diagnósticos complejos e ingresos hospitalarios programados.

En caso de nuestro paciente, queda reflejado la complejidad del mismo y como es necesario la coordinación y participación conjunta de los distintos profesionales sanitarios tanto a nivel de atención primaria como de atención hospitalaria.

Es fundamental la valoración exhaustiva de nuestros pacientes para, según en la fase en la que se encuentre el mismo, poder ofertar las mejores prestaciones y la mejor atención adaptada a sus necesidades, realizando una gestión adecuada de los recursos disponibles.

Bibliografía

- *Junta de Andalucía: Información General – PAI ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS. c2018 [Citado 15, marzo 2018]. Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es>*
- *Antoine JC, Camdessanche JP. (2004). Paraneoplastic peripheral neuropathies. Rev Neurol. 160(2):188-98.*

353/144. A primera vista no sé lo que tienes pero sé que no es nada bueno.**Autores**

M. García López; S. Pérez Gómez; R. Vázquez Alarcón.

Centro de Trabajo

Médico de Familia. Centro de Salud de Vera. Almería.

Descripción del caso

Varón de 70 años, inglés, sin registro en Diraya de alergias medicamentosas, ni problemas clínicos ni tratamiento crónico así como ninguna visita en atención primaria ni urgencias. A pesar de ello, refiere tomar warfarina pero no sabe precisar el porqué. Vive en la zona, en un área de camping, solo, desde hace algunos años. Exfumador desde hace 30 años, niega

otros hábitos tóxicos. Es trasladado en ambulancia al centro de salud y nos avisan para valoración urgente. Refiere vómitos de 4 días de evolución que relaciona con la ingesta de leche con chocolate en mal estado. Refiere caída en el baño con traumatismo en rodilla derecha y costado derecho (no sabe si TCE y/o posible pérdida de conciencia) hace dos días. Su vecino avisa hoy al 112 porque lo nota muy decaído y no puede sacar al perro.

Exploración y pruebas complementarias

REG. Eupneico en reposo, no signos de trabajo respiratorio. Sat O₂ 96%. Regular perfusión periférica, deshidratado, normocoloreado. Afebril. DTT 130 mg/dL. TA 100/60 mmHg. FC: 90 lpm. ACR: Tonos hipofónicos que parecen rítmicos; MVC, no ruidos patológicos. E. NEUROLÓGICA: bradipsíquico, sin focalidad neurológica ni signos meníngeos. ABDOMEN: anodino. MMII: anodinos.

ECG: Ritmo sinusal a 87 lpm; PR normal; eje normal; ELEVACIÓN DEL ST en II, III, aVF y V3-V6 y DESCENSO DEL ST en I, aVL, V1 y V2.

Juicio Clínico

SCACEST. DESHIDRATACIÓN SECUNDARIA A SÍNDROME EMÉTICO. Se aplica protocolo de SCA y se traslada a urgencias del hospital de referencia donde llega estable. Se normaliza ST en el ECG realizado a su llegada. Las pruebas complementarias muestran: Fallo renal agudo (Creatinina 6.98 mg/dl), Acidosis metabólica y elevación de enzimas cardíacas. Ingresa en UCI.

Diagnóstico diferencial

Hematoma intracraneal; Descompensación hidroelectrolítica y/o metabólica.

Comentario final

La anamnesis y exploración física siguen siendo herramientas fundamentales en la atención del paciente en situación de gravedad y las pruebas complementarias deben siempre apoyarse en ellas. En muchas ocasiones sólo podremos hacer un diagnóstico sindrómico en la atención extrahospitalaria y tendremos que manejar gran incertidumbre, más si cabe por la presentación atípica de muchas enfermedades.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Medicina de Urgencias: guía terapéutica. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2011.*

353/152. Del dolor abdominal al origen cardíaco.**Autores**

I. Lendínez Durán¹; C. Lorenzo Peláez²; F. Vico Ramírez¹.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia EBAP. Centro de Salud Mancha Real. Jaén.; ²Médico de Familia EBAP. Centro de Salud Albánchez de Mágina. Jaén.

Descripción del caso

Varón de 53 años con antecedentes de hepatopatía enólica, HDA por ulcus, hematoma subdural por TCE intervenido. Acude por presentar dolor abdominal generalizado desde por la noche con vómitos alimenticios que ha empeorado progresivamente. Se decide traslado a Urgencias donde se le realiza TC abdominal detectándose infartos esplénicos en progresión, trombosis del tronco celíaco e infarto renal. Durante su estancia en Urgencias presenta crisis comicial que se resolvió con medicación y en TC craneo se evidencia zona isquémica con componente hemorrágico. Se decide ingreso en UCI. Durante su estancia en la misma presenta episodio de taquicardia, dolor torácico y disnea donde se evidencia FA a 160lpm con edema agudo de pulmón que se revierte con cardioversión eléctrica y medicación. Tras varios días en UCI el paciente fallece.

Exploración y pruebas complementarias

Mal estado general. Consciente, taquipneico, palidez cutánea, mala perfusión distal. Exploración cardiopulmonar con soplo panfocal II/IV y carotídeo I/III. Abdomen globoso, con gran defensa, muy doloroso a la palpación, signos de ascitis. E. neurológica normal. TA 210/120mmHg, FC 130lpm. Hemograma normal, act protrombina 54%, INR 2,3, elevación de transaminasas, troponina 1,5. ECG Urgencias: taquicardia sinusal a 130lpm. ECG UCI: FA 160 lpm. TC abdominopélvico: infartos esplénicos en progresión, defecto de replección en tronco celíaco, infarto renal en polo su-

perior riñón derecho, signos de hepatopatía crónica, ascitis. TC craneal: imagen hipodensa en territorio art cerebral media con componente hemorrágico. ETT: estenosis aórtica severa.

Juicio Clínico

FA de inicio con shock cardiogénico en paciente con estenosis aórtica severa. Infartos esplénicos y renales. Ictus isquémico con transformación hemorrágica con crisis comicial.

Diagnóstico diferencial

SCA, coagulopatías, neoplasias, sepsis, miocarditis, arritmias ventriculares, pancreatitis aguda, perforación abdominal, hematoma subdural...

Comentario final

El debut de una FA en un paciente con alteraciones de la coagulación secundarias a una hepatopatía aumenta el riesgo a las complicaciones trombóticas por lo que debemos estar atentos a las manifestaciones clínicas que nos puedan sugerir cualquier complicación.

Bibliografía

- Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la FA. *Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración con la EACTS. Rev Esp Cardiol. 2017;70:50.e1-e84 - Vol. 70 Núm.01*

353/153. A propósito de un caso: adolescente con espasmos en las manos.**Autores**

F. Vico Ramírez¹; C. Lorenzo Peláez²; I. Lendínez Durán¹.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia EBAP. Centro de Salud Mancha Real. Jaén.; ²Médico de Familia EBAP. Centro de Salud Albánchez de Mágina. Jaén.

Descripción del caso

Varón de 14 años (sin antecedentes de interés) que acude a consulta, acompañado por sus padres, por presentar cuadro de tetania con espasmos carpopedales y calambres musculares en mano izquierda

de varias horas de evolución que comenzó mientras estaba estudiando con limitación para la realización de sus tareas. Intentamos hablar más detenidamente con el joven que se muestra poco colaborador y continuamente mirando a sus progenitores, se propone a los padres entrevista individual con el paciente que aceptan y al retirarse nos cuenta que llevaba varios meses con dicha sintomatología, pero alternando en ambas manos y en ocasiones en piernas pero no lo ha comentado antes por miedo. En analítica de urgencias se detecta calcio de 5,1 por lo que se pauta tratamiento y se ingresa en planta para estudio, mejorando clínicamente y presentando niveles de 9,25mg/dl de calcio al alta. Se deriva al alta con Calcio y Calcitriol diario y seguimiento por parte de Endocrinología presentando buena evolución clínica.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración por órganos y sistemas normal. Maniobra de Trousseau positiva.

Analítica con hemograma, coagulación y gasometría venosa normales. Bioquímica con calcio 5,1, fosfatasa alcalina 303, LDH 549, PTH 4,3, proteínas totales, cortisol, TSH, ac fólico, B12 y proteinograma normal. Autoanticuerpos negativos. Serologías y microbiología negativa.

Ecoografía tiroidea: glándula tiroidea de tamaño, vascularización y ecoestructura normal sin imágenes sugerentes de nódulos tiroideos ni otros hallazgos.

Juicio Clínico

Hipoparatiroidismo primario idiopático.

Diagnóstico diferencial

Hipoparatiroidismo autoinmune, isquemia paratiroides, enfermedad de Wilson, depósitos de hierro, agenesia paratiroidea, síndrome poliglandular tipo 1, genética, Síndrome de DiGeorge.

Comentario final

La importancia de este caso clínico radica en 2 aspectos: el diagnóstico de hipocalcemia secundaria a hipoparatiroidismo en paciente joven y el abordaje de un grupo complejo como pueden ser los adolescentes, cuyos problemas pasan muchas veces desapercibidos por el temor que presentan a no ser aceptados por su grupo social, no ser tomados en serio o a ser

reprendidos por sus padres ante la presencia de cualquier patología.

Bibliografía

- Mantovani G. Pseudohypoparathyroidism: Diagnosis and Treatment. *J Clin Endocrinol Metab* 2011; 96(10): 3020-3030.
- Vela Desojo A, Pérez de Nanclares G, Grau G, Aguayo A, Rodríguez A, Rica I. Hipoparatiroidismo. *Rev Esp Endocrinol Pediatr* 2013; 4 (Suppl)

353/157. Si me siento, no me puedo levantar.

Autores

F. Vico Ramírez¹; I. Lendinez Durán¹; C. Lorenzo Peláez².

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia EBAP. Centro de Salud Mancha Real. Jaén.; ²Médico de Familia EBAP. Centro de Salud Albánchez de Mágina. Jaén.

Descripción del caso

Mujer de 58 años con antecedentes de ERC secundaria a glomeruloesclerosis focal con trasplante renal y rechazo del mismo, hemodiálisis, by-pass ilio-femoral, que acude por dolor intenso a nivel de rodillas, parestesias en cara externa de muslo derecho, debilidad en MMII y dificultad para la deambulación, subir escaleras (sube a gatas) o levantarse de la silla de varios meses de evolución con empeoramiento progresivo. En analítica se detecta calcio 11,6 y PTH 4054 a pesar de estar en tratamiento con quelantes del calcio y cinacalcet que no tolera. Se deriva a Endocrinología para valoración quienes, junto con Nefrología y Cirugía, deciden realización de paratiroidectomía total. Tras la intervención la paciente ha presentado mejoría clínica visible a la semana de esta, pudiendo subir escaleras y levantarse sola de la silla con menor dolor y sin parestesias. En analítica de control se aprecia calcio 8,6 y PTH 15.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración cardiorrespiratoria, abdominal y neurológica normal. Fondo de ojo normal. No claudicación en Barré, no en Mingazzini. Balance muscular en MMSS proximal y distal 5/5, MMII con paresia a nivel de ilípoas, abductores y aductores de caderas 4/5 bilateral.

REMs hipoactivos en MMII, amiotrofia de parte interna de ambos muslos. Debilidad a nivel de cintura pelviana. Hemograma normal. Creatinina 7,75, fosfatasa alcalina 796, calcio 11,9, fósforo 8,8, PTH 4054. Serología y Microbiología negativas.

Gammagrafía de paratiroides: Glándulas paratiroides hiperfuncionantes compatible con paratiroides patológicas bilaterales.

Ecografía de cuello: adenomas paratiroides.

Juicio Clínico

Hiperparatiroidismo secundario a insuficiencia renal con adenomas paratiroides.

Diagnóstico diferencial

Hiperplasia paratiroides, carcinoma paratiroides, déficit vitamina D, pseudohipoparatiroidismo (déficit de receptores PTH), neoplasias, hipertiroidismo, intoxicación por aluminio o litio.

Comentario final

Los pacientes con ERC en hemodiálisis son pacientes complejos en los que hay que hacer un seguimiento estrecho para solucionar las posibles complicaciones relacionadas con su patología por lo que hay que estar atentos a cualquier síntoma que se presente para saber realizar un buen diagnóstico y tratar lo antes posible dicha complicación.

Bibliografía

- *Nina Martínez CR. Efecto de la paratiroidectomía en los niveles de PTH, calcio y fósforo de pacientes con hiperparatiroidismo asociado a enfermedad renal crónica [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC); 2018. Available from: <http://hdl.handle.net/10757/622909>*

353/159. Manchas en la espalda de larga data.

Autores

R. Cuenca del Moral¹; S. López Mesa¹; M. Contreras Roca²; L. Infantes Lorenzo³; E. Martín Márquez⁴; A. Domínguez García³.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud las Albarizas. Marbella. Málaga.; ²Médico de Familia. Centro de Salud de

San Miguel. Torremolinos. Málaga.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud las Albarizas. Marbella. Málaga.; ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Sant Antoni de Portmany. Ibiza.

Descripción del caso

Paciente de 32 años. Hipotiroidismo en tratamiento con Levotiroxina 50 mcg diarios con buen control. Obesidad. Riesgo social. En paro. Desplazada de otra Zona Básica de Salud.

Acude por presentar prurito cutáneo en la espalda de larga data con una “mancha cada vez más grande”. Múltiples consultas por este motivo en diferentes puntos del sistema sanitario (Atención Primaria, Urgencias Atención Primaria, Urgencias Hospitalarias). Se le han prescrito múltiples tratamientos tópicos y antihistamínicos sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración presenta dos máculas a nivel periescapular bilateral (se aporta foto con consentimiento de la paciente) de gran tamaño mal definidas hiperpigmentadas. Tras revisión de posibles diagnósticos diferenciales pensamos en notalgia parestésica como primer diagnóstico por lo que se remite a Dermatología que confirma diagnóstico de amiloidosis cutánea macular.

Juicio Clínico

Amiloidosis cutánea macular

Diagnóstico diferencial

Hiperpigmentación postinflamatoria, eritema fijo pigmentario, micosis fungoide o notalgia parestésica

Comentario final

La amiloidosis cutánea se diferencia de la amiloidosis sistémica en que el depósito se localiza exclusivamente en la piel, sin que haya depósitos a otro nivel. Hay tres tipos principales: Liquenoide o papular, macular y nodular.

La amiloidosis macular se desarrolla fundamentalmente en mujeres entre 30 y 60 años y es más frecuente en algunas regiones geográficas incluyendo la cuenca mediterránea. El tratamiento es sintomático con antihistamínicos y no existe tratamiento definitivo para resolverlo. Tras explicar la naturaleza

de este problema, su cronicidad y responder a sus inquietudes sobre la no malignidad y la no contagiosidad, la paciente no vuelve a consultar por este síntoma

Bibliografía

- Gonzalo Calero-Hidalgo G, Vera-Gordillo ME. Amiloidosis de compromiso cutáneo. *Dermatol Perú* 2012; 22 (3): 151-157
- Miranda Gómez A, Frías Ancona G, Hierro Orozco S. Amiloidosis cutánea y su tratamiento. *Dermatología CMQ* 2008;6(1):29-34

353/162. Vengo por morfina.

Autores

R. Cuenca del Moral¹; R. Rodríguez Ruiz²; L. Infantes Lorenzo²; S. López Mesa¹; C. Ramírez Martín²; M. Contreras Roca³.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud las Albarizas. Marbella. Málaga.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud las Albarizas. Marbella. Málaga.; ³Médico de Familia. Centro de Salud de San Miguel. Torremolinos. Málaga.

Descripción del caso

Varón 42 años. Ninguna consulta previa. Fumador. Etnia gitana. No detectado riesgo social. Casado, 3 hijos. Fumador. Niega consumo de otros tóxicos. Acude nervioso y alterado solicitando tratamiento con morfina por dolor dentario. Iniciamos anamnesis pero el paciente no colabora alegando que se ha gastado 3.000 euros en extracciones dentarias y que odontología lo remite para prescripción de morfina. Ante la no colaboración en anamnesis intervenimos con la frase "cuéntenos que le pasa exactamente". Ponemos en marcha la escucha activa con postura relajada, mirando a los ojos y asintiendo. Le ofrecemos exploración física. Durante la exploración indagamos la motivación del enfermo sobre la prescripción de morfina y preguntamos sobre el dolor consiguiendo descripción del mismo. Llama la atención la hiperemia ocular izquierda por lo que manifestamos nuestras dudas sobre el origen odontológico y que entendemos la desesperación y el nerviosismo que un dolor de esas características está provocando en él (empatía). El paciente baja

el nivel de agitación e iniciamos anamnesis dirigida. Refiere desde hace 4 meses dolor hemicraneal izquierdo señalado a nivel supra/retroorbitario y temporal, fijo, quemante de una a tres horas de duración. EVA 10. Varias crisis diarias. No mejora con AINES ni tramadol/paracetamol. Asocia lagrimeo, leve ptosis y edema palpebral en muchos episodios. Iniciamos tratamiento con Prednisona 60 mg/día. Electrocardiograma sin alteraciones, iniciamos Verapamilo 80 mg/8 horas. Prescribimos sumatriptán 10 mg spray nasal y aconsejamos oxigenoterapia si no mejoría

Exploración y pruebas complementarias

TENSIÓN ARTERIAL 140/90

Inyección conjuntival, leve miosis ojo izquierdo. Pares craneales normales sin focalidad neurológica.

Juicio Clínico

Cefalea en racimos.

Diagnóstico diferencial

Cefalea Neuralgiforme Unilateral de Breve Duración, Cefalea Hemicraneal paroxística, Migraña.

Comentario final

La cefalea en racimos afecta al área de inervación de la rama oftálmica del trigémino, unilateral, acompañada de síntomas autonómicos. El diagnóstico inicial es clínico. En crisis de dolor puede asociar agitación o inquietud. Importancia de las estrategias del manejo del paciente difícil en Atención Primaria que en este caso nos permite abordaje del paciente llegando a un importante diagnóstico.

Bibliografía

- Cano Orgaz A. Cefalea en racimos. *Medicine*. 2011;10(70):4759-69.
- Rodríguez Sanz J, Fernando Álvarez-Ude Coterá F, Edwin Eguía A. Abordaje del paciente difícil. *FMC*. 2013; 20(51):9-43.

353/163. El trabajo si es en equipo, mucho mejor.

Autores

M. Durán Chiappero¹; E. Espinola Coll²; E. Gallego Castillo³.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Dispositivo Apoyo. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.; ²Médico de Familia. Centro de Salud Escaleritas. Las Palmas de Gran Canaria.; ³Médico de Familia. Centro de Salud Coín. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 61 años que avisa a DCCU porque mientras dormía comienza con disnea súbita que lo ha despertado. No dolor torácico. No episodios previos similares. No disnea previa. No cuadro catarral.

No alergias medicamentosas. HTA. DM2. Cardiopatía isquémica. ACV vertebrobasilar sin secuelas. No realiza tratamiento

Exploración y pruebas complementarias

CCyO. Regular estado general. Taquipneico. Respiración abdominal.

Glasgow 15, FC 105 lpm. Frecuencia respiratoria 36. Glucemia 271. Pulsioximetría 88%. TAS 170mmHg TAD 120 mmHg.

ACR: Tonos rítmicos. Estertores diseminados. Edema con fóvea hasta tercio inferior MMII.

EKG: RS a 100 lpm. T negativa en II,III, aVf, Mínimo descenso ST en I, aVL, V6.

En la ambulancia se inicia oxigenoterapia al 50%, se canaliza vía periférica administrando Furosemida, Insulina iv y perfusión de Nitroglicerina. Se traslada monitorizado a Urgencias hospitalarias, donde en la exploración se objetiva mejoría de la clínica respiratoria y edemas. No dolor torácico.

Leucocitos 12.900, 74% Neutrófilos. Glucosa 167 mg/dL. Troponina 0.14 Creatinina 1,11. FG 71. El paciente permanece en área de Observación para realización curva enzimática, Troponina (2ª) 2, Troponina (3ª) 9.33. CK-MB 14,6. NT proPNB 2438. Tras estabilización el paciente se ingresa en planta Cardiología.

Juicio Clínico

Síndrome coronario agudo sin elevación del ST.

Diagnóstico diferencial

Edema agudo de pulmón, Crisis hipertensiva. Tromboembolismo pulmonar.

Comentario final

El motivo del caso es plantear primero la necesidad de adherencia terapéutica en los paciente pluripatológicos con una gran comorbilidad para evitar este tipo de situaciones agudas y graves. En segundo lugar la complejidad que se nos presenta a los profesionales que trabajamos mayoritariamente en los Servicios de Urgencias Extrahospitalarias con las limitaciones de, a veces, información del paciente y fundamentalmente de tiempo, ya que de nuestra rápida actuación depende la evolución del paciente y facilita la posterior labor de nuestros compañeros hospitalarios.

Bibliografía

- Bertomeu V, Cequier A, Bernal JL, Alfonso F, Anguita MP, Muñoz J et al. Mortalidad intrahospitalarias por infarto agudo de miocardio. Relevancia del tipo de hospital y la atención dispensada. Estudio RECALCAR. *Rev Esp Cardiol.* 2013; 66: 935-42.
- Cannon CP, Braunwald E. Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. Barnes PJ, Longo DL, Fauci AS et al. *Harrison Principios de Medicina Interna. Vol 2 18ª Ed. México: MacGraw-Hill;2012.*

353/164. A propósito de un caso de pielonefritis aguda complicada con presentación atípica.**Autores**

F. Rosa Martínez; M. García López; S. Pérez Gómez.

Centro de Trabajo

Médico de Familia. Centro de Salud de Vera. Almería.

Descripción del caso

Mujer de 50 años, alérgica a ciprofloxacino, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, que acude a la consulta de atención primaria por dolor abdominal de 4 días de evolución que señala en hipocostado y flanco izquierdos, no cólico, que ha ido en aumento y no se acompaña de náuseas ni vómitos ni alteraciones del ritmo intestinal ni flatulencias. Sensación subjetiva de distensión en esta parte del abdomen. Desde hace 24 horas refiere febrícula y molestias urinarias que describe como poliuria y disuria. No antecedentes de episodios similares.

Exploración y pruebas complementarias

REG. EVA 8/10. Eupneica en reposo, no signos de trabajo respiratorio. Sat O₂ 98%. NH, NC y NP. Hemodinámicamente estable. ABDOMEN: blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio izquierdo y flanco izquierdo, PPR izquierda dudosa, no masas ni megalias, no signos de peritonismo, RHA conservados. ACR: anodina.

COMBUR TEST: leucocitos 500, resto normal.

Se deriva a urgencias hospitalarias para valoración. En Analítica Sanguínea: función renal conservada; TSM, BT y amilasa normales; PCR 191 mg/dl; leucocitosis con neutrofilia. Se solicita Ecografía Abdominal: Hidronefrosis riñón izquierdo, múltiples finos ecos internos móviles y ligero aumento de densidad de aspecto infeccioso, litiasis múltiples (mayores en tercio medio de 18 y 16.7 mm), no dilatación de uréter izquierdo. Resto sin alteraciones.

Ingresa en Urología donde se completa estudio con TAC abdominal con contraste i.v. donde además de lo anterior se observa colección en espacio parietocólico izquierdo de 60 mm.

Juicio Clínico

PIELONEFRITIS AGUDA IZQUIERDA COMPLICADA. HIDRONEFROSIS RIÑÓN IZQUIERDO CON LITIASIS CORALIFORME Y POSIBLE ABSCESO PARIETOCÓLICO.

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial CRU izquierdo; Meteorismo; Pancreatitis aguda.

Comentario final

La triada clásica clínica de la pielonefritis aguda es la fiebre alta, los escalofríos y el dolor lumbar. Un 30% de los pacientes presentan síndrome miccional que suele precederla. El diagnóstico y tratamiento precoz evitarán las posibles complicaciones a las que puede derivar, pero a veces éstos se retrasan por la presentación atípica de la misma, como ocurre en este caso.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Medicina de Urgencias: guía terapéutica*. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2011.

353/168. Mialgias como síntoma principal de consulta en urgencias hospitalarias: a propósito de un caso.

Autores

M. Mejías Estévez¹; R. Domínguez Álvarez²; J. Cruz Sanmartín³.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.; ³Médico de Familia. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Descripción del caso

Varón de 46 años, con AP de HTA, en tratamiento con enalapril 10 mg desde hace 2 años, sobrepeso. Consulta por cuadro de inicio súbito de malestar general, mialgias difusas y tos. A la exploración inicial no se aprecian datos reseñables y con Juicio Clínico de Catarro de Vías Altas se instaura tratamiento sintomático con paracetamol/codeína/ácido ascórbico 650/10/500 mg un sobre cada 6-8 horas.

A las 24 horas, vuelve a consultar por tos seca muy intensa que no cede, con un episodio de fiebre autolimitada de 38.5°C. Se intensifica tratamiento antipirético con el previo asociando metamizol, se sustituye el enalapril por hidroclorotiazida 25 mg, y se indica deflazacort 30 mg. Se indica radiología y revisión.

Al día siguiente, se notifica en el buzón del profesional ingreso hospitalario por infección respiratoria y miopatía esteroidea.

Exploración y pruebas complementarias

En ingreso, destaca:

- 1) Radiología tórax: condensación de distribución difusa en ambas bases.
- 2) Leucocitosis con linfocitosis y PCR ligeramente aumentada.
- 3) RT-PCR (reacción en cadena de la polimerasa con retrotranscriptasa) para RNA vírico positivo para virus B.

Juicio Clínico

Neumonía por Gripe B (al alta hospitalaria).

Diagnóstico diferencial

- Tos secundaria a IECA.

- Catarro.
- Neumonía bacteriana.
- Miopatía esteroidea.

Comentario final

Las mialgias atribuidas en principio a la corticoterapia, resultaron ser por la infección gripal como el síntoma más llamativo dentro de los síntomas generales en el diagnóstico clínico de gripe (además del inicio brusco, tos, y la fiebre, aunque ésta fue muy limitada en el tiempo). La clínica de la gripe puede variar desde una infección respiratoria alta tipo catarro hasta producir la muerte, sobre todo en población vulnerable. El perfil más frecuente es sujeto anciano mayor de 65 años, con comorbilidades asociadas. En este caso fue necesario el diagnóstico específico dado que los criterios clínicos no fueron los habituales.

Bibliografía

- Fedson DS. Clinician-initiated research on treating the host response to pandemic influenza. *Hum Vaccin Immunother*. 2018 Mar 4;14(3):790-5.
- Klepac P, Kissler S, Gog J. Contagion! The BBC Four Pandemic – The model behind the documentary. *Epidemics*. 2018 Mar 21.
- WHO recommended surveillance standards. Second edition. 2018 [citado 23 de abril de 2018]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/csr/resources/publications/surveillance/WHO_CDS_CSR_ISR_99_2_EN/en/

353/169. No todas las infecciones de orina son lo que parecen.

Autores

I. Lendínez Durán¹; F. Vico Ramírez¹; C. Lorenzo Peláez².

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia EBAP. Centro de Salud Mancha Real. Jaén.; ²Médico de Familia EBAP. Centro de Salud Albalánchez de Mágina. Jaén.

Descripción del caso

Mujer de 71 años con antecedentes de artrosis, obesidad mórbida, DM, HTA, hiporitoridismo que acude a consulta por presentar dolor en hipogastrio desde hace 20 días y hoy fiebre hasta 38,2°C. Ha sido diag-

nosticada de ITU en tratamiento antibiótico hasta en 2 ocasiones sin mejoría clínica.

En exploración abdominal se detecta masa pélvica. Se decide la realización de ecografía en consulta donde se visualiza una formación tumoral de 11x14cm, bien delimitada, contenido de carácter isoecodenso con presencia de red trabecular en contacto con útero e intestino. Ante los hallazgos se decide derivación a Ginecología que procede a ingreso y se solicita TC abdominal con diagnóstico de absceso. Se realiza intervención quirúrgica conjunta Ginecología y Cirugía General donde se consigue reseca absceso y se realiza histerectomía total con doble anexectomía. Tras la intervención la paciente presenta mejoría clínica de dolor, apirética, normalización de parámetros analíticos y buena evolución de la herida quirúrgica.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, buena coloración, eupneica. Tº 37,4°C, TA 120/85mmHg.

Exploración cardiorrespiratoria sin hallazgos, abdomen blando y depresible, dolor a la palpación en hipogastrio con defensa voluntaria, sensación de masa a ese nivel. Hemograma con leucocitos 17420, PMN 15240 y PCR 347,6. Resto normal.

Ecografía abdomen: Gran masa de 14x10 cm aprox, bien delimitada, ecoestructura heterogénea de posible origen ginecológico.

TC abdomen: lesión abdominopélvica de 16x11cm, con nivel hidroaéreo, pared fina, con trabeculación de la grasa adyacente que contacta con sigma, asas de intestino delgado, útero y vejiga, posibilidad diagnóstica de absceso.

Anatomía patológica: útero y anejos sin evidencia de malignización.

Juicio Clínico

Absceso abdominopélvico

Diagnóstico diferencial

Apendicitis, diverticulitis, absceso tubo-ovárico, nefrolitiasis, aneurisma de aorta, adenitis mesentérica, vaginitis, enfermedad inflamatoria pélvica, neoplasias.

Comentario final

Las ITU son patologías muy frecuentes en la consulta de Atención Primaria y muchas veces nos limitamos

al diagnóstico clínico sin explorar detenidamente al paciente. Debemos conocer el diagnóstico diferencial de las patologías más prevalentes en la consulta y realizar una buena anamnesis y exploración física para poder realizar un buen diagnóstico.

Bibliografía

- Ezcurra R., Lamberto N., Peñas V. Dolor abdominal-pélvico en ginecología. *Anales Sis San Navarra*. 2009; 32(Supl 1): 49-58.

353/180. Todo lo que me dice tu entorno de ti que tú no me cuentas.

Autores

R. Vázquez Alarcón; S. Pérez Gómez; M. García López.

Centro de Trabajo

Médico de Familia. Centro de Salud de Vera. Almería.

Descripción del caso

Mujer de 53 años, paciente del cupo pero no conocida, sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes personales de HTA y Poliquistosis hepatorenal con ERC estadio IV en diálisis actual tras rechazo de trasplante renal. Fumadora activa. Acuden la hermana de la paciente y el cuñado a nuestra consulta de atención primaria, que viven en otra ciudad, porque han encontrado la vivienda de la paciente, a la que no visitaban desde hace tiempo, en condiciones higiénicas pésimas. La paciente, viuda, convive con sus dos hijos menores. Además refieren movimientos raros de tronco desde hace años que han ido en aumento. Antecedentes familiares de Corea de Huntington en su padre. Programamos una visita domiciliaria.

Exploración y pruebas complementarias

BEG. Colaboradora a la exploración. Mala higiene personal. Orientada en tiempo, espacio y persona. Praxias bimanuales por imitación. Movimientos coreicos generalizados (tronco, extremidades superiores y dedos manos). Tandem inestable. Resto de la exploración sin alteraciones significativas. Analítica reciente solicitada en Unidad de diálisis donde destaca: deterioro de la función renal (Creatinina 6.96 mg/dl) acorde a su ERC conocida; anemia normocítica normocrónica (anemia de procesos crónicos); leve

hipocalcemia, PTH elevada y 25-hidroxi-vitamina D disminuida (hiperparatiroidismo secundario); función tiroidea conservada; vitamina B12 normal. MMSE 23/30. Serología *Treponema pallidum*: negativa. Se presenta el caso a la Trabajadora Social. Se deriva a Neurología para estudio.

Juicio Clínico

POSIBLE COREA DE HUNTINGTON.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos del movimiento. Otras causas de deterioro cognitivo. Trastorno psiquiátrico.

Comentario final

Una de las particularidades de la medicina de familia, que la hace tan valiosa y a la vez hermosa para los profesionales de la salud que la ejercemos, es la posibilidad de conocer al paciente dentro de su entorno familiar y comunitario, lo que muchas veces nos da información realmente importante que nos hace reconducir o moldear nuestro plan de actuación ante un problema clínico, adaptándolo a los matices de esa persona en particular, e incluso nos ayuda al diagnóstico de problemas clínicos que desconocíamos como en este caso. La corea de Huntington es una grave y rara enfermedad neurológica, hereditaria y degenerativa que se caracteriza por movimientos anormales, cambios de comportamiento y demencia.

Bibliografía

- <https://www.e-huntington.es>

353/195. Cambio de rumbo en hepatitis fulminante.

Autores

M. Roldán García¹; L. Copado Campos².

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud de Níjar. Almería.; ²Médico de Familia. Centro de Salud de Tabernas. Almería.

Descripción del caso

ÁMBITO DEL CASO

Multidisciplinar

MOTIVO DE CONSULTA

Malestar general

HISTORIA CLÍNICA

Enfoque individual

Antecedentes personales: Paciente de 34 años, agricultor rumano. No alergias medicamentosas conocidas. No antecedentes médicos de interés.

Anamnesis: Acude a consulta por malestar general, cefalea y náuseas desde hace 3 horas. Comenta haber estado sulfatando en invernadero esta mañana.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física sin interés.

Ante detalle del sulfatado, decido derivar a Chare próximo a consultorio. Se realiza analítica, donde se objetiva elevación de transaminasas: GOT 6266 GPT 6086 GGT 199, ante estas cifras, se deriva a hospital de la capital donde se completa estudio.

TAC abdomen: hígado homogéneo sin LOES, ni dilatación de vía biliar intrahepática. Vesícula biliar poco valorable, leve esplenomegalia único hallazgo. Serología para virus de hepatitis B y C negativa.

Juicio Clínico

Se ponen en contacto con hospital de referencia debido a citolisis hepatocitaria, con diagnóstico de hepatitis aguda fulminante de etiología no aclarada para posible trasplante hepático.

Durante su ingreso en hospital de referencia, se realiza CA19.9, CEA y alfafetoproteína, que están en niveles normales y sus marcadores hepáticos comienzan a disminuir, yéndose al alta con GOT 26, GPT 29, GGT 18. Se da alta para seguimiento de forma ambulatoria en consulta de digestivo de zona

Diagnóstico diferencial

La clínica, el antecedente del paciente de haber estado sulfatando y las pruebas complementarias, nos plantean en un principio una hepatitis tóxica fulminante que precisa de trasplante hepático

En este caso, se trata de una elevación muy severa, por lo que plantearíamos hacer el diagnóstico diferencial con presencia de daño isquémico o hepatitis tóxica por fármacos, y con menor frecuencia a una causa viral.

Comentario final

Los niveles de transaminasas no suelen correlacionarse con la severidad ni con la extensión del daño hepatoce-

lular y tampoco información pronóstica. Este es el típico caso de que en Medicina 1+1 no es 2, puede dar un cambio de rumbo un caso, de estar pendiente de trasplante a continuar el seguimiento por el médico de familia.

Bibliografía

- Dufour DR, Lott JA, Nolte FS, Gretch DR, Koff RS, Seeff LB. *Diagnosis and monitoring of hepatic injury. II. Recommendations for use of laboratory tests in screening, diagnosis, and monitoring.* Clin Chem 2000;46:2050-68.

353/203. ¿Hipovitaminosis D y Riesgo Cardiovascular?.

Autores

A. Alconchel Cesar¹; J. Ruiz Cinta¹; D. Selma Santamaría².

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud de Espera. Cádiz.;

²Médico de Urgencias. Hospital Puerto Real. Cádiz.

Descripción del caso

Mujer 69 años, hipotiroidismo. Solicita analítica rutina por cansancio. Comenta dolor en todo el cuerpo incluso mandíbulas, cansancio y disnea subiendo cuevas que atribuye a posible anemia. Profundizando anamnesis, comenta que donde más duele es zona centrotorácica, que no es dolor sino presión que sube a mandíbula, lleva unos cinco meses, al principio subiendo cuevas pero desde hace 3 meses en llano a cortas distancias, cuando reposa mejora. No cortejo vegetativo.

Solicitamos ECG, analítica, rx de tórax, control de TA y se deriva a consulta de Cardiólogía.

Se trata con Bisoprolol 2.5, enalapril 20, Nitritos 5 en parche, Simvastatina 20, ácido acetilsalicílico 100 y se sube Eutirox a 100, Colecalciferol 25 miles UI/ dosis 1 por semana con nuevo control a los 3 meses.

Exploración y pruebas complementarias

Sobrepeso. Sin hallazgos por aparatos. TA 150/90. FC 80 lpm. ECG: Sin hallazgos. No edemas. No ingurgitación yugular. Hemograma normal, función renal normal, enzimas hepática normales, destacar Colesterol 232 mg/DL, LDL 128 mg/DL, HDL 57. TSH 10,83, Vitamina D 7,6 ng/ml (déficit severo). Rx tórax normal.

Juicio Clínico

Angina Estable, Hipertensión Arterial Grado 1, Hipovitaminosis D severa.

Diagnóstico diferencial

Osteomuscular.

Comentario final

Poco antes de atender a la paciente, leímos un artículo interesante sobre Vitamina D y Riesgo Cardiovascular, donde referían distintos estudios relacionando déficits severos de Vitamina D con patología cardíaca. Por ello solicitamos a esta paciente vitamina D (simple curiosidad), y nos llevamos una sorpresa encontrando que padecía un déficit severo de ésta. Es un caso aislado que no tiene significación estadística pero ¿es realmente casualidad?, cada vez más estudios hablan de la posibilidad de realizar un screening de vitamina D pero hasta el momento poco concluyentes. No podemos negar que es un tema sobre el que habría que seguir investigando.....

Bibliografía

- Botet J. *VitaminaD:¿un Nuevo factor de riesgo cardiovascular?Clin Invest Arterioscl.2010;22:72-8*
- CostanzoP,Salerni H. *Hipovitaminosis D: afectaciones no clásicas.RAEM 2009;46:2-23*
- Tajer, Carlos Daniel. *La epidemia del déficit de vitamina D y los estilos de la práctica clínica.Revista Argentina Cardiología 2012;80;91-97*

353/204. Cólico nefrítico en un niño de 10 años.**Autores**

A. Alconchel Cesar¹; F. Ron Rivera¹; A. Dafonte Pérez².

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud de Espera. Cádiz.;

²Enfermera Urgencias Pediátricas. Hospital Jerez de la Frontera. Cádiz.

Descripción del caso

Varón de 10 años de edad que acude a la consulta presentando un cuadro de dolor abdominal en hipogastrio y flanco izquierdo de 6 horas de evolución, acompañado de vómitos y cefalea. No refiere disuria ni fiebre y las deposiciones normales.

Alta de un ingreso hospitalario hacía 24 horas por encefalitis, donde se trató con antibióticos y corticoides a altas dosis.

Ante la sospecha de cólico nefrítico se remite a urgencias hospitalarias donde se descubre una ectasia pielica izquierda y se procede a su ingreso para estudio. En analíticas posteriores se detecta una hipercalcemia.

Exploración y pruebas complementarias

Bien hidratado y perfundido. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en flanco izquierdo con defensa de pared y puñoperCUSión renal izquierda positiva. Blumberg negativo.

Juicio Clínico

Cólico nefrítico. Hipercalcemia.

Diagnóstico diferencial

Debe distinguirse de las diferentes causas de abdomen agudo, la obstrucción intestinal, el cólico biliar, la pancreatitis aguda, el aneurisma de aorta abdominal, la úlcera gastroduodenal y la contractura muscular u otras patologías de la columna lumbosacra.

Comentario final

La litiasis renal es una enfermedad infrecuente en la infancia por lo que su diagnóstico puede verse retrasado ante la sospecha de otros cuadros de dolor abdominal más prevalentes.

La prevalencia de la litiasis es de 1/4500 ingresos hospitalarios en un hospital pediátrico, siendo la causa más frecuente la hipercalcemia (que se detecta en este caso).

Es importante tener presente que una patología que estamos acostumbrados los Médicos de Familia a ver en adultos, puede presentarse en niños, a los que tratamos habitualmente en nuestras consultas y en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria.

Bibliografía

- *Protocolo Litiasis renal. Juan A. Camacho Díaz y Jordi Vila Cots. Nefrología Pediátrica, Hospital San Joan de Deu, Barcelona. Actualizado al año 2008.*
- *Litiasis renal e hipercalcemia idiopática. M^{re} Dolores Rodrigo Jiménez y Carmen Vicente Calderón. Protocolos diagnósticos terapéuticos pediátricos, 2014; 1:155-70.*

353/205. Doctor, no puedo con este picor.

Autores

C. Navarro Arco¹; C. Navarro Arco¹; A. Cabrerizo Carvajal¹; C. Reina Prego².

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud Armilla. Granada.; ²Médico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora de Gracia. Carmona. Sevilla.

Descripción del caso

Paciente de 53 años fumador con antecedentes personales de DM II con complicaciones micro(nefropatía, retinopatía) y macroangiopáticas (IAM, claudicación intermitente) y DLP que presenta lesiones papulo-nodulares violáceas en región pretibial de ambos MMII y ambos codos muy pruriginosas. Se realiza tratamiento desde la consulta de atención primaria con antihistaminicos sistémicos, cremas emolientes y corticoides tópicos con escasa respuesta, persistiendo el prurito y las lesiones, por lo que se deriva a dermatología para valoración.

Exploración y pruebas complementarias

Se realiza biopsia con diagnóstico de: "Lesiones indicativas de colagenosis perforante reactiva adquirida con intensa infección estafilocócica secundaria."

Juicio Clínico

Dermatosis perforante: Colagenosis perforante reactiva adquirida

Diagnóstico diferencial

Otras dermatosis perforantes: Elastosis perforante serpiginosa, enfermedad de Kyrle, foliculitis perforante.
Prúrigo nodular
Penfigoide nodular
Escabiosis nodular
Liquen plano hipérfrotico
Queratoacantomas múltiples

Comentario final

La dermatosis perforante adquirida es una enfermedad infrecuente caracterizada por la aparición de lesiones que presentan eliminación transepidérmica de colágeno o fibras elásticas. Afecta a adultos y se

asocia a enfermedades sistémicas, principalmente diabetes mellitus e insuficiencia renal.

El síntoma principal es el prurito aunque también puede provocar dolor.

Su diagnóstico es histopatológico y su tratamiento complejo pues resultan poco efectivos tanto los tratamientos tópicos como la crioterapia, la terapia con PUVA o la isotretinoína.

Bibliografía

- L. González-Laraa, S. Gómez-Bernala, F. Vázquez-López, B. Vivanco-Allende. *Acquired Perforating Dermatitis: A Report of 8 Cases. Actas Dermosifiliogr 2014;105:e39-43 - Vol. 105 Núm.6*
- Seok-Beom Hong, Jung-Hun Park, Chun-Gyoo Ihm, Nack-In Kim corresponding. *Acquired Perforating Dermatitis in Patients with Chronic Renal Failure and Diabetes Mellitus. J Korean Med Sci. 2004 Apr; 19(2): 283-288.*
- Saray Y1, Seçkin D, Bilezikçi B. *Acquired perforating dermatosis: clinicopathological features in twenty-two cases. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2006 Jul;20(6):679-88.*

353/206. Favismo, una enfermedad a considerar en la zona mediterránea.

Autores

C. Navarro Arco¹; I. Reche Marín²; B. Chiva Ballesteros².

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud Armilla. Granada.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada.

Descripción del caso

Paciente de 49 años, hombre y sin antecedentes personales de interés, sin hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas y sin tratamiento farmacológico activo que acude a consulta por astenia, palidez progresiva e ictericia, dolor abdominal, fiebre de 40°C y vómitos de 4 días de evolución

Refiere hace una semana ingesta de habas en cantidad significativa (previamente había consumido dicho alimento de forma ocasional). Niega ingesta de nuevos fármacos, contacto con animales ni viajes recientes. Ante la impresión de gravedad del cuadro (hipote

nsión,taquicardia,taquipnea, fiebre)se deriva a las urgencias hospitalarias para la realización de pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias

TA 90/70 Fc 120lpm Sat O2 97%aa T³ 39°C

Regular estado general, consciente, orientado y colaborador. Normohidratado y mal perfundido. Eupneico en reposo sin trabajo respiratorio. Tinte ictérico conjuntival, de mucosa oral y cutánea. ACR: Normal. Abdomen: Blando y doloroso de forma difusa sin signos de peritonismo. No hepato ni esplenomegalia. Hemograma: Hb 9, VCM 106, Leucocitos 33.970 (PMN 25.720), Plaquetas 384.000. Frotis de sangre periférica: Frecuentes excentrocitos, eritroblastos. Punteado basófilo grosero, cuerpo de Howell-Jolly. Bioquímica: Urea 54, Cr 1.13, BT 8,81, BI 8,19, LDH 2302 transaminasas e iones normales. Test de Coombs directo: Negativo. Ecografía abdominal: Vesícula ocupada por barro biliar. Signos de nefropatía médica.

Durante su ingreso el paciente precisó la transfusión de varios concentrados de hematíes y su ingreso en UCI por franco deterioro de la función renal (Cr 16,45, urea 173, k 5.2) requiriendo la colocación de un catéter yugular transitorio con necesidad de hasta 8 sesiones de hemodiálisis.

Juicio Clínico

- Favismo
- Fracaso renal agudo secundario a anemia hemolítica.

Diagnóstico diferencial

Otras causas de anemia hemolítica:

Esferocitosis, eliptocitosis, disminución de piruvato quinasa, hemoglobinopatías, talasemia, anemia hemolítica autoinmune, hemoglobinuria paroxística nocturna, microangiopatías o hiperesplenismo.

Comentario final

Al no existir un tratamiento específico, el paciente recibió consejos dietéticos, y fue informado de posibles crisis hemolíticas agudas ante determinadas infecciones o exposición a determinados fármacos o tóxicos.

Bibliografía

- P. Bello Gutiérrez y L. Mohamed Dafab. Déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa: revisión a

propósito de un caso. *Rev Pediatr Aten Primaria* vol.17 no.68 Madrid oct./dic. 2015

- Wuelton M Monteiro, Gabriel P Franca, Gisely C Melo, Amanda LM Queiroz, Marcelo Brito, Henry M Peixoto, Maria Regina F Oliveira, Gustavo AS Romero, Quique Bassat, and Marcus VG Lacerda. *Clinical complications of G6PD deficiency in Latin American Caribbean populations: systematic review and implications for malaria elimination programmes. Malar J.* 2014; 13: 70. Published online 2014 Feb 25

353/209. Infiltraciones : efectos secundarios y complicaciones ¿en que tenemos que pensar?.

Autores

M. Ligerero Molina¹; A. Ruiz Medina²; M. Garcia Aparicio³; A. Sánchez Silvestre⁴; S. Agrela Torres⁴.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud Teatinos. Málaga.;

²Médico de Familia. UGC San Andrés Torcal. Málaga.;

³FEA Anestesia y Reanimación. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.;

⁴Médico de Familia. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.

Descripción del caso

Mujer 60 años, intervenida Cáncer de colon transversal "insitu" (T1N0M0), intervenido y resuelto sin quimioterapia y/o radioterapia.

Antecedentes personales; HTA leve y arritmia cardíaca.

No Fumadora No bebedora habitual.

A los 6 meses post intervención presenta cuadro Hombro doloroso izq con mala respuesta a tratamiento convencional, se realiza Infiltración de corticoides depot en 2 ocasiones, intervalo 15 días.

Tras infiltración presenta: aumento de tamaño abdominal sin ganancia de peso, vello facial y extremidades, estrías vinosas, atrofia muscular y adelgazamiento en las 4 extremidades, astenia, cara rubefacta y redonda ("cara de luna llena").

Exploración y pruebas complementarias

Análítica general incluyendo CEA, Cortisol, Eje tiroideo y ACTH en AP con resultado de Niveles de cortisol en sangre y orina muy bajos y ACTH frenada.

Derivación a Oncología (descartar metastásis) y endocrinología (confirmación y diagnóstico diferencial de S. de Cushing endógeno o exógeno).

Juicio Clínico

Síndrome de Cushing exógeno iatrogénico

Diagnóstico diferencial

S. de Cushing de origen endógeno. Pseudo-Cushing. Secreción ectópica de ACTH. Alteraciones metabólicas asociadas al S. de ovario poli quístico y obesidad mórbida.

Comentario final

El s. de Cushing es una patología ocasionada por aumento de los niveles de cortisol producido en las glándulas suprarrenales, pudiendo ser de causa endógena o exógena.

El origen exógeno o iatrogénico es la causa más frecuente, ocasionándose por administración de glucocorticoides sintéticos utilizados en múltiples afecciones.

Igualmente las vías de administración son múltiples desde la oral a la peri-articular.

El Caso presentado es una consecuencia de la administración exógena de estas sustancias, por vía peri-articular, considerándose una complicación poco frecuente.

Bibliografía

- SILVIA SANTOS et al: *Diagnóstico y diagnóstico diferencial del síndrome de Cushing Departamento de Endocrinología y Nutrición. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. Navarra. España. Endocrinol Nutr 2009; 56:71-84*
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000389.htm> sindrome de Cushing exógeno
- Nieman LK, et al; *Endocrine Society. Treatment of Cushing's syndrome: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2015; 100(8):2807-2831.*
- Moreira-Andrés MN et al: *Actualización en el diagnóstico y diagnóstico diferencial del síndrome de Cushing Rev Clin Esp 2003;203:142-54 - Vol. 203 Núm.3.*
- Lara-de la Fuente R. *Infiltraciones con esteroides en ortopedia. Acta Ortopédica Mexicana 2011; 25(1): Ene.-Feb: 12-16*

353/214. Poliuria, polidipsia, ansiedad.

Autores

C. Jiménez Herrera¹; M. Ramírez Carmona¹; C. Jiménez Felices².

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud Doña Mercedes. Dos Hermanas. Sevilla.; ²Médico de Familia. Centro de Salud la Gangosa. Vícar. Almería.

Descripción del caso

Varón, 37 años, presenta polidipsia (hasta 7 litros/día) y poliuria desde hace 4-6 meses. Fumador. Patología ansiosa los últimos 2 años. Problemas de impotencia por lo que acude a sexólogo con su pareja.

Sospechamos DIABETES MELLITUS, realizamos analítica: Glucosa basal 80, Hb glicosilada 5,4, Leucocitos 16,4; Neutrófilos 11,3; Linfocitos 3,66, resto normal.

Persiste la clínica por lo que derivamos a endocrinología para descartar DIABETES INSÍPIDA. Ingreso hospitalario 48 horas para prueba de desmopresina, que resulta negativa, por lo que dan alta, diagnóstico: POLIDIPSIA PRIMARIA.

Presenta leucocitosis con neutrofilia y monocitosis. Se realiza RX tórax, ecografía de abdomen, BQ, Hemograma, frotis de sangre periférica y serología: Normal.

Dos años después ha mejorado parcialmente la polidipsia, comienza con episodios de desconexión del medio de segundos de duración, los atribuye a ansiedad.

Súbitamente presenta pérdida de conciencia y convulsiones tónico-clónicas de 2 minutos de duración, a los 15 minutos apertura espontánea de ojos sin fijación de la mirada ni vocalización. Orientación temporoespacial y habla progresiva a partir de la hora.

Exploración y pruebas complementarias

No sintomatología significativa, amnesia parcial de lo sucedido. Exploración neurológica rigurosamente normal

ACP: normal Abdomen: normal

Analítica, RX tórax, ECG: Normal.

TAC de cráneo con contraste: Lesión ocupante de espacio de 6,6x4.x5cm.

RMN con contraste: Gran LOE selar sugestiva de macroadenoma hipofisario invasivo.

Juicio Clínico

MACROPROLACTINOMA INVASIVO E INFILTRANTE.

Diagnóstico diferencial

Además de los diagnósticos anteriormente planteados, se planteó a su entrada en urgencias la crisis convulsiva como FENÓMENO CONVERSIVO originado por ansiedad.

- NEOPLASIAS PRIMARIAS DEL SNC (ASTROCITOMA PIOCÍTICO CON ORIGEN EN QUIASMA, TUMORES DEL TERCER VENTRÍCULO, GLIOMAS)
- METÁSTASIS de neoplasia de otro origen.

Comentario final

Los prolactinomas son tumores de la adenohipófisis productores de prolactina. Son cinco veces menos común en hombres. En hombres la hiperprolactinemia puede ser asintomática o provocar ginecomastia, disminución de la libido, impotencia, cefaleas o alteraciones en la vista. Cuando el tumor crece provoca síntomas por compresión (hipogonadismo, hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal).

Bibliografía

- Ariel L. Barkan, M.D. William F. Chandler, M.D. *Giant Pituitary Prolactinoma with Falsely Low Serum Prolactin: The Pitfall of the "High-dose Hook Effect": Case Report*
- *Neurosurgery*, 1998. Volume 42, Issue 4. 913-915, <https://doi.org/10.1097/00006123-199804000-00126>
- Glezer A, Bronstein MD. Prolactinoma. *Endocrinol Metabol*. 2014. Mar, 58(2): 118-23

353/216. Coxalgia derecha. A propósito de un caso.

Autores

M. Ruiz Torres¹; R. Ruíz Fernández²; R. Aguado Rivas¹.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de salud San Antonio. UGC Granada Sur. Granada.; ²Médico de Familia. Centro de Salud Gualchos-Lújar Los Carlos. AGS Sur de Granada. Granada.

Descripción del caso

Varón 74 años, NAMC, HTA, artroplastia cadera izquierda, SCASEST, enfermedad coronaria de tres vasos, exfumador. Tratamiento habitual: ácido acetilsalicílico 100mg, omeprazol 20 mg, carvedilol 25mg, atozet 10/80mg, ramipril 10 mg. Consulta por dolor en cadera derecha de 4 días de evolución de características mecánicas, sin antecedente traumático. Se inicia tratamiento analgésico hasta segundo escalón terapéutico con mejoría del episodio. Meses después, nueva consulta por similar motivo, con limitación de movilidad, interfiriendo en sus actividades de la vida diaria y relaciones socio-familiares. Se solicita Rx caderas y se inicia tratamiento analgésico (hasta tercer escalón terapéutico). Tras resultado y re-evaluación se deriva a Traumatología y posteriormente a Unidad de Tumores Óseos y finalmente remitido a Urología para tratamiento y seguimiento del tumor primario: próstata.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, deambulación antiálgica, dolor a la palpación a nivel pala iliaca derecha y región lumbar derecha. Flexión y rotación externa limitada. VSG: 11, BT 1.39 mg/dL, fosfatasa alcalina 150 U/L. Alfa-fetoproteína, CEA, Antígeno polipeptídico tisular, Antígeno SCC, CA125, CA15.3, CA19.9, CA50, CA72.4, Proteína S-100b, TSH, T4L, Ac. Anti tiroglobulina: normales. PSA: 121.77ng/mL. Rx caderas: lesión osteolítica en pala iliaca derecha. RMN lumbar: masa aspecto osteolítico agresivo a nivel pala iliaca derecha. TC Tóraco-abdominal: Tumorigenación ósea con importante componente partes blandas, adenopatías retroperitoneales pélvicas derechas sospechosas de malignidad, próstata aumentada de tamaño. Gammagrafía ósea: lesiones metastásicas en cresta iliaca derecha, cuello femoral derecho y clavícula derecha. Biopsia lesión ósea: metástasis por adenocarcinoma. Técnicas inmunohistoquímica: confirman origen prostático. Biopsia prostática: adenocarcinoma acinar próstata.

Juicio Clínico

Adenocarcinoma próstata metastásico

Diagnóstico diferencial

Necrosis avascular de cadera, coxartrosis, fractura patológica, tumores, procesos inflamatorios y metabólicos, osteoporosis.

Comentario final

Coxalgia es un motivo de consulta frecuente en AP. Secundaria a diversas causas y el médico tiene que estar siempre alerta y no banalizar. Así mismo, es una patología que puede llegar a producir importante incapacidad, teniendo que realizar un buen diagnóstico y tratamiento, incluyendo un adecuado manejo del dolor.

Bibliografía

- Agheli A, Patsiornik Y, Chen Y, Chaudhry MR, Gerber H, Wang JC. *Radiol Case Rep.* 2015 Nov 6;4(4):288. doi: 10.2484/rcr.v4i4.288. eCollection 2009. PMID: 27307832 Free PMC Article.
- Steiner M. *Guía clínica Coxalgia. Fistera, 2014.* Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/coxalgia/>

353/218. Petequias y ahora anemia. ¿Que le pasa a nuestra paciente?.

Autores

M. Ruiz Torres¹; M. Rico Azuaga²; R. Aguado Rivas¹.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de salud San Antonio. UGC Granada Sur. Granada.; ²Dispositivo de Apoyo Centro de Salud de Castell de Ferro. UGS Granada Sur. Granada.

Descripción del caso

Mujer de 61 años que acude por hematomas en piernas y ampollas en la boca desde hace tres días.

Niega síndrome constitucional, síntomas B o nuevos tratamientos.

Diagnosticada en el 2010 de linfoma de hodgkin en estadio III, tratada con 6 ciclos de ABVD con alta en 2015 por remisión. Dislipemia y ansiedad en tratamiento con simvastatina 20 mg/24 H y lorazepam 1 mg /24 H.

Exploración y pruebas complementarias

Destacan petequias y equimosis en extremidades inferiores y paladar así como flictenas hemorrágicas en base lingual. Afebril, no adenopatías, no megalias, no presenta otros sangrados.

- Analítica: Hb 11.3, PlaQ 4000, Leuc. 6730 fórmula normal, el frotis de sangre periférica confirma trombopenia.

- TCD: igG + titulación 1/30 resto negativo.
- Medulograma y celularidad de médula ósea: trombocitopenia periférica.
- Coagulación, tsh, proteinograma, metabolismo del hierro, vit b12 normales, factor reumatoide, serología VIH, VHB, VHC, autoinmunidad, anti B2GP y anticardiolipinas Negativos.
- No monocitos ni neutrófilos con fenotipo de HPN.
- TAC body con contraste iv normal.

En ingreso se produce anemización autoinmune (TCD + IgG con perfil panaglutininas, reticulocitosis, marcadores de hemólisis) alcanzando una HB de 3.4 gr/dl, precisando transfusión,

Juicio Clínico

síndrome de Evans

Diagnóstico diferencial

Púrpura trombocitopénica idiopática, recidiva del linfoma de hodgkin y Síndrome mielodisplásico.

Comentario final

Ante una primera sospecha de PTI se inició dexametasona 40 mg/24 h 4 días y IGPV 1 gr/kg/24 h 2 días. Tras la anemia autoinmune se diagnosticó de Síndrome de evans iniciándose metil-prednisolona 1000 mg/24 h 3 días y 125 mg/24 h de mantenimiento, asociándose rituximab 375 mg/m² semanal al continuar hemólisis.

Al alta hb 9.3, plaq 204.000, leuc 4050 con fórmula normal, continua corticoides en pauta descendente, carbonato cálcico y colecalciferol, ácido fólico, aciclovir y trimetropin-sulfametoxazol.

La atención primaria realiza la valoración inicial de trastornos hematológicos y su seguimiento.

Bibliografía

- [Characteristics of warm autoimmune hemolytic anemia and Evans syndrome in adults]. Michel M. *Presse Med.* 2008 Sep;37(9):1309-18. doi: 10.1016/j.lpm.2008.01.026. Epub 2008 Jul 17
- Evans syndrome: a study of six cases with review of literature. Dhingra KK, Jain D, Mandal S, Khurana N, Singh T, Gupta N. *Hematology.* 2008 Dec;13(6):356-60. doi: 10.1179/102453308X343518.

353/220. Las mil caras de un síncope.

Autores

M. Sellamito Morales¹; D. Blanco Vargas².

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud Vélez Malaga Sur. Málaga.; ²Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nerja. Málaga.

Descripción del caso

Paciente varón de 49 años traído a urgencias por crisis tónico-clónicas generalizadas de minutos de duración presenciado por su mujer con confusión posterior y amnesia retrograda de lo ocurrido. Recuperación completa a la llegada del servicio de Urgencias.

A las 4 semanas presenta nueva crisis tónico-clónica generalizada sin relajación de esfínteres de minutos de duración a las 04 AM estando dormido presenciado de nuevo por la mujer, con amnesia y confusión de minutos de duración. Acude a su médico de familia para valoración al día siguiente.

Antecedentes personales: Fumador de cannabis y tabaco (6 cigarrillos/día), no consumo de otros tóxicos ni otros antecedentes de interés.

No antecedentes de cirugía previa ni antecedentes familiares de interés.

Exploración y pruebas complementarias

La exploración física en el servicio de urgencias fue normal incluida una exploración neurológica completa, así como la Exploración física y neurológica en la consulta de su médico de familia.

La analítica con hemograma y Bioquímica básica fue normal, siendo positivo determinación de cannabis en orina. La Radiografía de tórax fue normal.

Se solicitó TAC Craneal sin contraste por parte de su médico de familia de forma preferente siendo el resultado: Proceso expansivo intracraneal temporal derecho con importante efecto masa, probablemente en relación con glioma de alto grado.

Realizada RMN con posterioridad: Meningioma de ala mayor de esfenoides con edema perilesional en lóbulo temporal derecho.

Juicio Clínico

Meningioma de Ala Mayor de esfenoides con edema perilesional.

Diagnóstico diferencial

Presíncope, síncope, AIT, crisis psicógena, encefalopatía tóxica y metabólica.

Comentario final

La importancia de una buena anamnesis y el acceso de pruebas complementarias desde atención primaria.

Bibliografía

- *Harrison 13 edición.*
- *Guía clínica Fisterra.*

353/221. Detrás de la lumbalgia. Signos de alarma.

Autores

C. Palma Rodríguez¹; M. Ruiz Pérez de la Blanca¹; A. Rodríguez Rubio Rodríguez²; G. Galvez Santiago¹; I. Ortega Galvez¹; M. Islán Perea³.

Centro de Trabajo

¹Médico de Urgencias. Hospital Comarcal de Baza. Granada.; ²Médico de Urgencias. Hospital San Juan de Dios Del Aljarafe. Sevilla.; ³Médico Residente de Familia. Centro de Salud Castilleja de La Cuesta. Sevilla.

Descripción del caso

Varón de 81 años, independiente para actividades básicas de la vida diaria hasta hace dos meses. El motivo de dicha limitación es una lumbalgia, desde hace meses, que aumenta con la sedestación y la bipedestación. No presentando dolor neuropático ni irradiación. Asocia tenesmo vesical. Acude a consulta en varias ocasiones por este motivo, siendo tratado como una lumbalgia mecánica con mejoría parcial del dolor con analgésicos. En la última consulta refiere que el dolor ha empeorado, hasta llegar a ser incapacitante, con pérdida de peso, febrícula e hiporexia.

Exploración y pruebas complementarias

Destaca mal estado general del paciente, caquéctico, con pérdida de peso de unos 10 kg en un mes, dolor intenso a la palpación de últimas espinosas lumbares. Solicitamos Rx dorsolumbar apreciándose fractura-aplastamietno de L3, por lo que decidimos derivación a urgencias. En la analítica se aprecia una anemia ferropénica (Hb 9 g/dl), creatinina 4 mg/dl (ambos valores normales en controles previos) e

hipercalcemia (12.6 mg/dl). El paciente es ingresado en medicina interna para estudio del síndrome constitucional que presenta, donde se amplía el estudio con RMN lumbar, siendo confirmada la fractura. Se realiza ecografía abdominal y TAC toraco-abdominal que son normales, destacando en proteinograma aumento de gammaglobulinas (a expensas de la cadena de IGD). Se realiza biopsia/aspirado de médula osea obteniéndose aumento de células plasmáticas.

Juicio Clínico

Mieloma múltiple

Diagnóstico diferencial

En un principio por los síntomas/signos pensamos en neoplasia prostática con metástasis lumbares o posible espondilodiscitis. No obstante, en los resultados se aprecia hipercalcemia e insuficiencia renal, no presentes previamente, por lo que ampliamos el estudio.

Comentario final

Uno de los principales motivos de consulta en atención primaria es la lumbalgia, la mayoría de las veces corresponde a patología musculoesquelética, pero hay que realizar una correcta anamnesis y exploración, haciendo especial hincapié en signos de alarma: fiebre, antecedentes de neoplasia, dolor de tipo inflamatorio, retención urinaria... que nos haga pensar en lumbalgia secundaria a otras patologías.

Bibliografía

- Álvarez Cordovés MM, Mirpuri-Mirpuri PG, Pérez-Monje A. Diagnóstico de mieloma múltiple en atención primaria. Sospecha ante una historia clínica adecuada. *Semergen* 2013;39:e21-4.
- Valle Calvet M, Olivé Marués A. Signos de alarma de la lumbalgia. *Semin Fund Esp Reumatol* 2010;11:24-7.

353/224. Cuadro de desorientación en paciente anciano diabético en tratamiento con anticoagulante.

Autores

M. Ruiz Pérez de la Blanca¹; C. Palma Rodríguez¹; E. Jiménez González².

Centro de Trabajo

¹Médico de Urgencias. Hospital Comarcal de Baza. Granada.; ²Médico de Familia. Hospital Alta Resolución. Alcalá la Real. Granada.

Descripción del caso

Varón de 77 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica con stent a circunfleja, prótesis aórtica y mitral y fibrilación auricular, en tratamiento con tamsulosina/dutasteride, espirinolactona, digoxina, sintrom, esomeprazol, enalapril, furosemida, rosuvastatina, sitagliptina, levemir, bisoprolol, alopurinol y amlodipino.

Acude a la consulta de atención primaria traído por la familia por encontrarlo desorientado, "más torpe", con dificultad para realización de sus actividades diarias (preparación de la medicación, abrir cajones...) sin clínica infectiva asociada. En la consulta se detecta hiperglucemia de 400 mg/dl por lo que se deriva a urgencias a hospitalarias.

Atendido en urgencias, se achacan los síntomas a cuadro de hiperglucemia, con corrección de la misma y seguimiento en atención primaria. Acude a la semana a la consulta por persistencia de la clínica, por lo que se deriva de nuevo a hospital.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, cociente y orientado en tiempo y espacio, bien perfundido y leve deshidratación de piel y mucosas.

Auscultación cardiaca con tonos arrítmicos con chasquido metálico; auscultación pulmonar, abdomen y miembros inferiores sin alteraciones. Exploración neurológica sin hallazgos.

Pruebas complementarias:

- Gasometría venosa, hemograma, bioquímica y coagulación: a destacar anemia normocítica (Hb 11.3, VCM 96) e hiponatremia (sodio 126, INR 1.3).
- TAC craneal: múltiples focos hemorrágicos-contusivos de pequeño tamaño córtico-subcorticales parietales derecho con edema periférico, sin cambios tras la administración de contraste.

Se interconsulta con neurocirugía que recomienda observación domiciliaria dado que la clínica la presenta el paciente desde hace una semana, dexametasona y revisión en consultas externas.

Juicio Clínico

Hemorragia intracraneal

Diagnóstico diferencial

Descompensación diabética

Comentario final

Es fundamental el seguimiento longitudinal que se realiza desde la consulta de atención primaria, como se puede ver en este caso clínico, donde la persistencia de la clínica, valorada por su médico de familia, ayuda al "reestudio" del paciente.

Bibliografía

- Rordorf G, McDonald C. *Spontaneous intracerebral hemorrhage: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis. UpToDate [Internet]. 2018. Disponible en: https://ws003.juntadeandalucia.es:2250/contents/spontaneous-intracerebral-hemorrhage-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis?search=focos%20hemorragicos%20contusivos%20intracraneales&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1*

353/225. Mujer de 75 años con hipotensión y fiebre.

Autores

M. Ruiz Pérez de la Blanca¹; C. Palma Rodríguez¹; E. Jiménez González².

Centro de Trabajo

¹Médico de Urgencias. Hospital Comarcal de Baza. Granada.; ²Médico de Familia. Hospital Alta Resolución. Alcalá la Real. Granada.

Descripción del caso

Mujer de 75 años de edad con antecedentes personales de bronquitis asmática, poliartrosis e hipertensión arterial en tratamiento con enalapril, simvastatina, pregabalina, omeprazol, tramadol, seretide, pentoxifilina y diazepam.

Acude a consulta por cuadro agudo de 3-4 días con aumento de tos, esputo purulento, fiebre termometrada de hasta 38°C, disnea de menores esfuerzos y sibilancias, así como molestias faríngeas y algún vómito aislado.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, cociente y orientada, colaboradora, mala perfusión periférica, leve deshidratación de piel y mucosas. Tensión arterial 70/40, frecuencia cardiaca 120 latidos, temperatura 38°C, saturación 89% aire ambiente.

A la exploración destaca crepitantes en base derecha.

Abdomen y miembros inferiores sin hallazgos.

Dada la clínica de la paciente y la exploración, se decide derivación a urgencias hospitalarias.

Pruebas complementarias:

- Gasometría arterial: insuficiencia respiratoria parcial con acidosis metabólica (corregida con aporte de bicarbonato).
- Hemograma: leucocitosis con desviación izquierda.
- Bioquímica: destaca PCR 140.
- Coagulación; fibrinógeno 682.
- Sistemático de orina: negativo.
- Radiografía de tórax: imagen redondeada con nivel en su interior en lóbulo medio y lóbulo inferior derecho.

Se extraen muestras para cultivo de esputo, hemocultivos, baciloscopias y antígenos de legionela y neumococo en orina.

Tras estabilización con sueroterapia y antibioticoterapia en observación se ingresa en planta de medicina interna.

Juicio Clínico

Neumonía basal posterior derecha de la comunidad. FINE IV. CURB 2.

Diagnóstico diferencial

Hiperreactividad bronquial

Comentario final

En la consulta de atención primaria también se atienden pacientes graves y hay que saber identificarlos para su correcta estabilización y derivación al servicio de urgencias hospitalarias.

Bibliografía

- File T. *Treatment of community-acquired pneumonia in adults in the outpatient setting. UpToDate [Internet]. 2018. Disponible en: <https://ws003.juntadeandalucia.es:2250/contents/treatment-of->*

[community-acquired-pneumonia-in-adults-in-the-outpatient-setting?search=neumon%C3%ADa%20de%20la%20comunidad&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/353229/)

353/229. El dolor de rodilla no me deja jugar al fútbol.

Autores

M. Ruiz Ciudad¹; P. Navarro Gallardo²; R. García Coronel¹.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud Carranque. Málaga.; ²Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 19 años que acude por primera vez a consulta por inflamación actualmente y dolor en hueso poplíteo de rodilla derecha de larga evolución (1 año), pensando que como hace mucho deporte, entre ellos fútbol sala, era propio de la sobrecarga sometida los fines de semana. Ha tomado analgésicos para el dolor, sin alivio.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Deformidad en rodilla derecha, aumento de tamaño en cara interna de tibia, limitación funcional a flexión forzada, resto normal

Rx rodilla: Hallazgo casual en tibia lesión potencialmente agresiva. Lítica con márgenes escleróticos

RMN: Lesión lítica con márgenes esclerosos a nivel de epífisis tibial, con signos de agresividad.

Tac de rodilla: lesión epifisaria excéntrica 35x25 mm posteromedial que contacta con superficie articular, con bordes esclerosos, calcificaciones puntiformes alineadas. Hallazgos compatibles con condroblastoma como primera posibilidad.

Juicio Clínico

CONDROBLASTOMA VS CONDROSARCOMA

Diagnóstico diferencial

Hay sólo tres tumores que pueden invadir la fisis:

- Condroblastoma
- Condrosarcoma de células claras: siendo raro, de

crecimiento lento, recurrente, maligno. Mayor expansión y tendencia a evolucionar.

- Tumor de células gigantes: Aparece en 3º-4º década, mientras el condroblastoma aparece en la segunda. En esqueletos inmaduros se localizan en metáfisis. Contornos nítidos, calcificaciones mínimas, puede expandirse a epífisis y diáfisis.

Comentario final

El diagnóstico de condroblastoma puede sospecharse en base a la historia clínica y las características del estudio radiológico simple.

El dolor local es el síntoma más frecuente, con un promedio de duración de 9,8 meses. Hay que estar alerta ante un dolor recurrente sin alivio con analgésicos.

Es el más común de los tumores óseos epifisarios en adolescentes y niños, aunque no infrecuente, predomina en sexo masculino. Con pronóstico muy bueno la mayoría, el porcentaje de recidiva es del 14%.

La presentación radiológica típica consiste en una lesión predominantemente osteolítica, de bordes bien definidos, epifisaria. Localizaciones menos frecuentes son huesos del pie o parrilla costal.

Importante estudio histológico por biopsia.

El tratamiento de elección, es la escisión amplia. Consiste en curetaje intralesional combinado con tratamiento adyuvante local con nitrógeno líquido y colocación de chips óseos de aloinjerto o autoinjerto o polimetilmetacrilato. El curetaje de los platillos cierra epífisis evitando deformidades angulares.

Bibliografía

- Blancas C, et al. Manifestaciones radiológicas del condroblastoma. *Radiología*. Octubre 2008;50,5:416-423

353/231. Anafilaxia refractaria a tratamiento.

Autores

C. Palma Rodríguez¹; M. Ruiz Pérez de la Blanca¹; A. Rodríguez Rubio Rodríguez²; I. Ortega Galvez¹; G. Galvez Santiago¹.

Centro de Trabajo

¹Médico de Urgencias. Hospital Comarcal de Baza. Granada.; ²Médico de Urgencias. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Descripción del caso

Mujer de 88 años, hipertensa como único antecedente de interés, que acude a consulta por prurito faríngeo, edema lingual y labial de días de evolución, prescribiéndose tratamiento con antihistamínicos y corticoides orales. La paciente vuelve a los 5 días refiriendo sensación de disfagia y disnea, faringolalia y molestias a nivel faríngeo. Nos explica que, los primeros días, la clínica mejoró con tratamiento pautaado pero que ha ido empeorando las últimas 24 horas. Niega contacto con alérgenos/medicamentos.

Exploración y pruebas complementarias

Taquipneica, taquicárdica, saturación O₂ del 90%, auscultación con hipoventilación marcada y roncus. Gran edema de uvula y lingual, inflamación a nivel submandibular. Afebril. Tras administración de corticoides, ranitida y antihistamínico intravenoso, adrenalina subcutánea y nebulizada la paciente no presenta mejoría, aumentando el estridor y disnea. Se decide derivación hospitalaria, donde se realiza analítica, destacando 22000 leucocitos (con desviación izquierda, 87% de neutrófilos). Rx cervical sin hallazgos. Se realiza TAC cuello informándose obliteración del seno piriforme derecho condicionando asimetría contra el lateral, comprimiendo vía aérea, se aprecia zona flemonosa/edematosa. Tras avisar a otorrinolaringología, se confirma con nasofibroscopio.

Juicio Clínico

Angina de Ludwig

Diagnóstico diferencial

Se sospecha de inicio reacción anafiláctica o angioedema, pero debido a refractariedad de los síntomas es derivada a urgencias hospitalarias, resultados analíticos orientan hacia causa infecciosa.

Comentario final

La angina de Ludwig es una emergencia médica ya que puede comprometer la vida del paciente por oclusión de la vía aérea. El tratamiento es antibioterapia y drenaje si fuera preciso. Es una infección cuyo origen radica, la mayor parte de los casos, en infecciones periodontales/dentales. Esta paciente había presentado una infección bucal con flemón dentario la semana previa, por ello es de vital importancia

la correcta anamnesis, así como la exploración. El absceso de Ludwig afecta comúnmente a espacios submandibulares, sublinguales y submentonianos. Por su alta mortalidad es una entidad que debemos considerar.

Bibliografía

- *Gagliardi Lugo Antonio Fabbio, Contreras Ravago María Gabriela, Gudiño Martínez Ronar Alejandro, Zeballos Peltrini Rafael José. Angina de Ludwig: reporte de 2 casos. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Mayo 07]; 36(4): 177-181.*

353/233. Un caso raro de linfoma no hodgkin b : el linfoma esplénico de la zona marginal

Autores

C. Navarro Arco¹; C. Reina Prego²; A. Cabrerizo Carvajal¹.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Centro de Salud Armilla. Granada.; ²Médico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora de Gracia. Carmona. Sevilla.

Descripción del caso

Mujer de 57 años con antecedentes personales de cáncer de útero en 2005(Cirugía +RT) ,sin hábitos tóxicos y sin tratamiento en la actualidad que acude a consulta por dolor abdominal de intensidad moderada a nivel de hipocondrio/flanco izquierdo desde hace 3 días.El dolor no se irradia ni asocia nauseas-vómitos,tampoco alteración en su ritmo intestinal o fiebre ni se modifica con la ingesta.Respeta el descanso nocturno y se alivia con la toma de analgésicos.La paciente niega anorexia y asco por las comidas, pero si refiere perdida ponderal de 3Kg en un mes sin justificación.

Exploración y pruebas complementarias

TA 106/55 Fc 64 lpm

Buen estado general. Consciente orientada y colaboradora. Afebril. No adenopatías a nivel cervical, supraclavicular, axilar ni inguinal. ACR: Normal. Abdomen: Blando, sin signos de peritonismo y con ruidos hidroaéreos presentes, esplenomegalia no dolorosa y extensa (sobrepasa línea media). MMII: Normal

- Hemograma: Pancitopenia (Hb 7.8, Leucocitos 2.780, Plaquetas 78.000).-Serologías: Negativas.-TC cuello-tórax y abdomen: Adenopatías medias-tínicas llamativas en cuanto al número, tres de ellas en el límite de la significación (10mm). No adenopatías en otras localizaciones. Esplenomegalia masiva actualmente sin infarto esplénico.-Inmunofenotipo en sangre periférica: Linf B CD19+, CD20+, CD22+, CD10-, CD25-, CD103-, compatible con síndrome linfoproliferativo B, posiblemente linfoma de la zona marginal.-PAMO: Agregados linfoides que representan aproximadamente el 10% de la celularidad, y células linfoides intersticiales aumentadas

Juicio Clínico

Linfoma esplénico de la zona marginal

Diagnóstico diferencial

- Infecciones: Mononucleosis, B. pertussis, toxoplasmosis.
- Linfoma de la zona marginal extranodal
- Leucemia de células claras
- Linfoma de las células del manto
- Leucemia linfocítica crónica
- Linfoma folicular

Comentario final

El linfoma esplénico de la zona marginal es un tumor no Hodgkin de células B poco común que se caracteriza por la presencia de esplenomegalia, linfocitosis y citopenias (debidas a menudo al hiperesplenismo).

- La edad media de diagnóstico es de 65 años sin prevalencia de género.
- Como la mayoría de otros linfomas no Hodgkin las adenopatías, los síntomas B y elevación de LDH son poco frecuentes.
- El diagnóstico se basa en el inmunofenotipo, el análisis citogenético, y la histología de la médula ósea y bazo cuando sea posible.
- No todos los pacientes precisan tratamiento inmediato. Para pacientes asintomáticos sin esplenomegalia ni citopenias se prefiere observación. Como en nuestro caso, pacientes asintomáticos y sin VHC se deberían ser tratados con Rituximab antes que esplenectomía u observación.

Bibliografía

- Arnold S Freedman, MD, Jon C Aster, MD, Jonathan W Friedberg, MD. Splenic marginal zone lymphoma. *Uptodate*: Apr 09, 2018.

353/241. Tos y patología mental, peligrosa asociación

Autores

D. Gil Gómez; S. Abad Sánchez; A. Baca Osorio; L. Ginel Mendoza.

Centro de Trabajo

Médico de Familia. UGC Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.

Descripción del caso

Mujer 57 años, trasladada de otro centro, acude para solicitar citología y análisis control. AP: DM2, HTA, Trastorno de ideas delirantes persistentes en seguimiento y tratamiento con antipsicóticos por Salud Mental, fumadora 1 paq/día

3 semanas después de recoger analítica anodina, refiere fiebre vespertina con malestar general con tos y pinchazo costal, ya vista en urgencias, y vuelve a consulta tras 15 días sintomática. No pérdida de peso ni anorexia. La tos la achaca al tabaco. Anímicamente se encuentra muy bien. Tras realización de análisis de tira de orina, se trata como ITU y se cita para revisión. Repito análisis. Tras resultados de anemia y PCR elevada y persistencia febrícula y malestar, solicito RX de tórax, análisis control y derivó a Neumología preferente. En espera de valoración por especialista desaparece la febrícula y análisis se normaliza. La paciente duda si seguir realizando pruebas por mejoría subjetiva. Neumología solicita TC toracoabdominal

Exploración y pruebas complementarias

BEG, palidez cutánea, eupneica. ACR sin hallazgos significativos.

Combur test sangre ++

Segundo análisis Anemia, PCR 136, SOH negativo, urocultivo negativo

Tercer análisis Pcr 28

Rx Rorax atelectasia LSD

TC torax y abdomen masa que obstruye bronquio de lobulo y atelectasia completa. Adenopatías medias-tínicas.

Juicio Clínico

Neoplasia primaria de pulmón en bronquio de LSD tipo TUMOR Carcinoide Típico . Adenopatías a descartar metastasis

Diagnóstico diferencial

Proceso infeccioso no resuelto, aspiración de cuerpo extraño, secuelas de TBC antigua

Comentario final

La paciente presenta cuadro compatible con ITU y la tos la asocia al tabaco como síntoma crónico. Desaparece el malestar y la paciente sospecha no haber problema por lo que se insiste en la realización de pruebas complementarias.

Se solicita RX de tórax por tos persistente, febrícula en fumadora. Anamnesis influida por trastorno psicótico en tratamiento y baja percepción de patología en la paciente.

Bibliografía

- N. Hoyos^{1*}, F.J. Montoro^{2*}, J.J.García³, B. Morales⁴, M.J. Pavón⁵, *Cáncer de pulmón: ¿qué hay de nuevo?. Revista de patología respiratoria, volumen 20, Abril-junio 2016*
- Leora Horn; Christine M. Lovly; David H. Johnson *Capítulo 107: Neoplasias del pulmón. Harrison, Principios de Medicina Interna*

353/245. Parálisis de VI Par craneal en una consulta de primaria.

Autores

A. Ortiz Pérez; M. Contreras Roca; M. González Rando; S. González Fernández; M. Rodríguez Alcázar; M. Lara Molina.

Centro de Trabajo

Médico de Familia. Centro de Salud de San Miguel. Torremolinos. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 65 años que acude a consulta de su médico de familia por cefalea de dos meses de evolución que ha ido empeorando en cuanto a frecuencia e intensidad y el día de la consulta amanece con imposibilidad de giro de ojo derecho hacia afuera (parálisis VI PC) además de parestesias en hemicara derecha.

Exploración y pruebas complementarias

BEG. COC. ACR normal. Neurológico normal, excepto parálisis de VI par craneal. Analítica de sangre y orina normal TAC craneal: Lesion hiperdensa extensa que produce efecto masa en cisterna pontocerebelosa derecha y prepontina con compresion y desplazamiento hacia la izquierda de hemiprotuberancia derecha. RMN: Lesion extraaxial en region cavernosa derecha que se extiende hacia angulo pontocerebeloso derecho de unas medidas de 4 x 2'8 cm. Desplazamiento del tronco de encefalo hacia izquierda.

Juicio Clínico

Meningioma del seno cavernoso derecho

Diagnóstico diferencial

Antes de la realizacion de pruebas de imagen habria que descartar: Otros tumores cerebrales benignos, Aneurismas cerebrales, esclerosis multiple, infecciones cerebrales (meningitis, absesos...), hemorragia intracraneal, ACV, Vasculitis, encefalopatía de Wernicke, Hipertension intracraneal idiopática

Comentario final

Los meningiomas son los tumores no gliales mas comunes del SNC constituyendo el 24-30 % de los tumores intracraneales. Suelen tener un comportamiento benigno y siempre que es posible se recomienda extirpacion quirurgica completa, como es el caso de nuestra paciente que esta en espera de intervencion quirurgica. Las características clínicas y radiológicas de los tumores no pueden predecir con seguridad la naturaleza de las lesiones, por lo tanto el examen histopatológico es necesario para el diagnóstico diferencial. Presentan un buen pronóstico tras la resección quirurgica y hay bajas tasas de recurrencia.

Bibliografía

- Sacko O, Sesay M, Roux FE et al. *Intracranial meningioma surgery in the ninth decade of life. Neurosurgery. 2007;61:950-4. discussion 955*
- Ostrom QT, Gittleman H, Lia P et al. *Primary brain and central nervous system tumors diagnosed in United States in 2007-2011. Neuro Oncol. 2014; Suppl 4:1-63*
- Arregui R, Romina A, Castillo A. *Meningioma extradural de oído medio: reporte de un*

caso y revision de literatura. *Rev Otorrinolaringol Cir 2017; 77:431-434* Troya M, Chocron Y, Marquez FJ. *Complicaciones y pronostico de pacientes ancianos diagnosticados de meningioma intracranial Rev Esp Geriatric Georontol 2016;51(2):82-87*

353/251. Tumoración cervical de rápido crecimiento: la importancia del seguimiento longitudinal en Atención Primaria.

Autores

A. Hidalgo Rodríguez¹; D. Martín Enguix²; M. Mené Llorente²; J. Aguirre Rodríguez³; A. de Cruz Benayas⁴.

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. SCCU Complejo Hospitalario de Granada. Granada.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada; ³Médico de Familia. Centro de Salud Fortuny Velutti. Granada; ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.

Descripción del caso

Antonio, un anciano de 94 años, acudió a nuestro centro de salud por aumento de tamaño de tumoración cervical en las últimas semanas. El mes anterior nos consultó por aparición de un nódulo cervical localizado en región supraclavicular izquierda, de 1cm de diámetro, consistencia blanda, no dolorosa, sin eritema, aumento de la temperatura local u otra clínica acompañante, recomendando observación domiciliar y regresar si persistía o aumentaba de tamaño. Como antecedentes personales destacaban: HTA, DM II, FA y EPOC (exfumador).

Exploración y pruebas complementarias

En esta ocasión, presentaba un aumento significativo de la tumoración supraclavicular (9 x 5 cm), presentando consistencia pétreo y encontrándose adherida a planos profundos. La exploración faríngea y respiratoria no mostraron hallazgos de interés, sin embargo, realizamos estudio ecográfico donde objetivamos una masa hipoecogénica con varias áreas de necrosis y vascularización abigarrada. Dada la probable malignidad, derivamos con carácter preferente a ORL, donde tras 4 días realizaron PAAF que confirmó pa-

tología metastásica, evidenciando posteriormente un tumor microcítico de pulmón en un PET TAC. Debido a su edad avanzada y comorbilidades, desestimaron tratamiento con intención curativa, por lo que Antonio volvió a su domicilio junto a sus familiares, donde realizamos seguimiento estrecho hasta que falleció 2 meses más tarde.

Juicio Clínico

Adenopatías supraclaviculares secundarias a carcinoma microcítico de pulmón.

Diagnóstico diferencial

Aunque la causa más frecuente de tumoración cervical son las adenopatías (en la mayoría de los casos inflamatorias de carácter infeccioso, y en menor medida secundarias a enfermedad granulomatosa, SIDA o patología maligna), debemos tener en cuenta otras muchas posibilidades (lipoma, quiste sebáceo, quiste branquial, hemangioma, nódulo tiroideo, submaxilitis, etc). En nuestro caso, los hallazgos clínicos y ecográficos apoyaron la etiología maligna.

Comentario final

Las adenopatías suponen un motivo frecuente de consulta, y conviene recordar que aunque las localizadas en región supraclavicular supongan únicamente el 1% de los casos, son las que presentan mayor tasa de malignidad, alcanzando en mayores de 40 años hasta el 90%. La ecografía ayuda a mejorar la eficiencia del proceso diagnóstico en Atención Primaria, dotando de una mayor capacidad resolutoria a los profesionales de este ámbito asistencial.

Bibliografía

- Gaddey HL, Riegel AM. *Unexplained Lymphadenopathy: Evaluation and Differential Diagnosis. Am Fam Physician. 2016;94(11):896-903*

Casos Clínicos

Póster Médico Residente

353/25. Astenia en paciente joven.

Autores

G. Benítez Torres¹; M. Pedrosa Arias²; P. De La Torre Torres³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente. Centro de Salud. La Zubia. Granada.; ²Médico de Familia. Centro de Salud. La Zubia. Granada.; ³Médico de Familia. Centro de Salud Arjona. Jaén.

Descripción del caso

Varón de 41 años con AP de Hernia inguinal izquierda, fumador de 18 cigarros día y consumidor habitual de marihuana.

acude a la consulta por intensa astenia de 14 días de evolución y dolor en hipocondrio derecho. Se solicita analítica apareciendo BR alta y Hb de 7.5 g/dl. Se realiza Eco abdominal con resultado de coledocitis sin dilatación de vía biliar. AL paciente se propuso transfusión que declinó y se da cita en digestivo. Acude a la consulta por empeoramiento clínico, aparición de disnea a mínimos esfuerzos y se aprecia ictericia. Se deriva a SU. Niega fiebre y ha disminuido el consumo de tabaco y marihuana. No consumo de habas.

Exploración y pruebas complementarias

Ictericia mucocutánea intensa. Abdomen blando depresible sin signos de irritación peritoneal. Esplenomegalia. No edemas.

Pruebas complementarias: Hb 6, leucos 2820, plaquetas 124.000, LDH 1193, Br 3.37, test de coombs directo ++a IgG

frotis de sp: anisocitosis, policromatofilia, macroovalocitos y esferocitos. Eritroblastos circulantes 4%. AC ANA + con patron moteado1/>320. serologías: VEB IgG (+), CMV (+) IgM, HVB: antígeno de superficie (+). Se repite por carga viral negativa y descartar falso positivo. Déficit de Vit B12.

Ecografía: vesícula con litiasis en cuello. Vena porta permeable. Vía biliar intra y extra hepática no dilatada. Moderada esplenomegalia homogénea.

Se instaura tratamiento con prednisona a dosis 2 mg/kg recuperando cifras de Hb y normalizando Br y se deja prednisona de mantenimiento a dosis de 110 mg día. Debuta a los dos meses de prednisona con DM

Se cita en Medicina Interna y reevaluan al paciente para descartar Síndrome de Evans vs LES

Juicio Clínico

Anemia hemolítica autoinmune IgG con fijación de complemento.

Síndrome de Evans

Diagnóstico diferencial

Anemia hemolítica inducida por medicamentos, hereditarias como las enzimopatías (↓G6PD), las membranopatías (esferocitosis) y las hemoglobinopatías (talasemia y drepanocitosis). Anemia hemolítica microangiopática

Comentario final

Este caso advierte que detrás de una astenia, nos podemos encontrar con todo un mundo de diagnósticos posibles. Hay que hacer un control más estrecho de todo paciente que está en tratamiento con prednisona para evitar en lo posible las complicaciones derivadas de su uso.

Bibliografía

- *Tratado de Medicina Interna Farreras Rozman. Volumen II Hematología . Hematología. La sangre y sus enfermedades.*

353/41. Por favor, recétame un jarabe para la tos.

Autores

M. Oliva Márquez¹; A. Díaz Saborido²; D. Canalejo González³; C. Serradilla Rodríguez³; J. Brea Paez³; A. Varrona García³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Moguer. Huelva.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Trebujena. Cádiz.; ³Pediatra. Hospital de Riotinto. Huelva.

Descripción del caso

Niña de 4 años, que acude a consulta por cuadro de tos de una semana de evolución, no se acompaña de fiebre ni expectoración, tampoco otros síntomas.

- Antecedentes familiares: padre TBC en 2015.
- Antecedentes personales: Bronquitis.

En 2015 realizó profilaxis con Isoniazida 3 meses

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Afebril.

Tonos rítmicos sin taquicardia ni soplos con buen murmullo vesicular.

Ambos oídos normales, orofaringe ligeramente eritematosa.

Radiografía de tórax: condensación en lóbulo medio derecho.

Solicitamos mantoux que a las 48 horas resulta positivo (20mmx 20mm de induración).

Análisis: Hemograma con las tres series normales, bioquímica con enzimas hepáticas normales y VSG 9mm/h.

Se solicitan 3 muestras de aspirado gástrico para cultivo y PCR TBC.

Sensibilidad persona contacto bacterifera (padre): no se detectan mutaciones IHZ y RIF.

Juicio Clínico

TUBERCULOSIS PULMONAR

Diagnóstico diferencial

Neumonía bacteriana típica, atípica o viral.

Cuerpo extraño en la vía aérea.

Infección pulmonar por MAC (*Mycobacterium avium* complex).

Linfomas, procesos tumorales intratorácicos, sarcoidosis o fiebre Q.

Comentario final

Ante un niño con infección o enfermedad tuberculosa, hay que buscar un adulto cercano con enfermedad bacterifera.

El *Mycobacterium tuberculosis*, bacilo ácido alcohol resistente, se transmite por vía respiratoria, inhalando gotitas contaminadas procedentes de enfermos bacteriferos, los niños eliminan escasos bacilos a través de secreciones respiratorias, por lo que no suelen transmitir la infección.

La presentación clínica de la enfermedad tuberculosa es muy variable, algunos autores la llaman "la gran simuladora", pueden aparecer desde las formas oligosintomáticas a afectación grave diseminada. La forma más frecuente es la pulmonar pero también puede debutar a nivel osteoarticular, genitourinario, meningoencefalitis, con crisis comiciales, deterioro brusco de consciencia o insuficiencia respiratoria aguda.

El diagnóstico se realiza mediante:

Mantoux.

Radiografía de tórax, que puede asociarse a TAC si no es concluyente.

Biopsia (pleural, ganglionar, sinovial o pericárdica): granulomas caseificantes y necrotizantes, con células gigantes.

ADA de LCR o de líquido pleural.

Cultivo o PCR de *M. tuberculosis* en esputo, aspirado gástrico, LCR, líquido pleural o articular o material de biopsia.

Nuevos métodos de inmunodiagnóstico IGRA (Quantiferon, T-SPOT).

Bibliografía

- GUERRERO-FERNANDEZ, J. *MANUAL DE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA EN PEDIATRIA (LIBRO VERDE HOSPITAL INFANTIL LA PAZ)*. EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA S.A 6ª EDICIÓN. 2017

353/43. ¡Si quieres mejorar, deja de fumar!**Autores**

M. Rojas Martínez¹; A. Chicano Cisneros²; E. Sánchez Hernica³; E. Sicilia Barea⁴; E. Calatrava López-Ronco⁵; I. Villalobos Millán³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Tiro de Pichón. Málaga.; ²Médico de Familia. Consultorio de Periana. Málaga.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teatinos. Málaga.; ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés Torcal. Málaga.; ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 37 años. Alérgico a penicilina. Sin AP. AF: padre con Enf. Buerger. Sin tratamiento. Fumador de 15 cig/

día y cannabis habitual. Acude a consulta de centro de salud por presentar dolor en la muñeca derecha desde hace 3 meses irradiado en el último mes a dedos pulgar e índice asociado a tumoración en cara anterior de la muñeca. Niega traumatismo, esfuerzo, ni alteraciones en la coloración. Se pauta tratamiento, sin mejoría y radiografía sin hallazgos de interés. Se deriva a Traumatología, donde comenta que en los días previos presentaba de forma intermitente en dicha zona una palidez marcada con cianosis ungueal, deciden solicitar RM de mano y realizan interconsulta a M. Interna.

Es valorado en M. Interna por lesiones isquémicas en pulpejos de 1º y 2º dedo de mano derecha con Test de Allen positivo para arteria radial, solicitan analítica y pautan Nifedipino 10mg/12h en pauta ascendente hasta máximo 20mg/8h. Abstención absoluta de tabaco y cannabis. Remiten a C. Vascular ante sospecha de Enf Buerger.

Exploración y pruebas complementarias

Mano derecha sin alteraciones en la coloración ni cambios de temperatura. Movilidad conservada. Tumoración pequeña en cara anterior de muñeca compatible con Ganglión. Test de Tinel y Phalen negativos. Pulsos conservado y simétricos.

- AS: Hemograma normal. VSG 9mm/h, Cr 0.79, FR<8.4. Proteinograma normal. ANA, Ac anticardiolipina, Anti Beta 2 GP1 negativos. Coagulación: destaca Anticoag. Lúpico positivo débil. Drogas de abuso: positivo para cannabinoides y opiáceos.
- RM mano: cambios inflamatorios mal definidos en las partes blandas de cara palmar-radial del carpo derecho asociándose a una estructura vascular probablemente venosa que se encuentra discretamente dilatada y puede presentar un pequeño trombo en su interior.

Juicio Clínico

Enf. de Buerger (Tromboangiítis Obliterante)

Diagnóstico diferencial

F. Raynaud. Colagenopatías. Tromboflebitis migratoria. Coagulopatías.

Comentario final

La Enf. Buerger es una enfermedad segmentaria, inflamatoria y oclusiva que afecta de forma predominante a las arterias y venas de mediano y pequeño

calibre de las extremidades. El tratamiento solo es eficaz si va acompañado de la abstención del tabaco, existiendo diversas estrategias farmacológicas y quirúrgicas para su manejo.

Bibliografía

- Goiriz-Valdés R, Fernández-Herrera J. Enfermedad de Buerger (tromboangiítis obliterante). *Actas Dermosifiliogr* 2005;96(9):553-62.

353/47. Dolor abdominal insistente. ¡ Gracias Ecógrafo!

Autores

M. Luna Valero¹; E. Gallego Castillo²; M. Morales del Águila³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; ²Médico de Familia. Centro de Salud Coín. Málaga.; ³Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Málaga.

Descripción del caso

Paciente varón de 65 años, jubilado e independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Diabético tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales, hipertenso, con aneurisma de aorta abdominal de unos 3 centímetros en seguimiento por cirugía vascular desde el año 2010. Acude a nuestra consulta a su revisión semestral para control de su diabetes y nos comenta unas molestias lumbares de unas semanas de evolución. La primera vez nos impresiona de algo muscular dado sus tareas habituales en el campo, y le prescribimos analgesia y medidas físicas. A los tres días, acude a consulta sin cita por empeoramiento de su estado general, con sensación de mareo, cansancio extremo y dolor más localizado en la zona lumbar que ya se irradia hacia el centro del abdomen.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente y orientado, sudor frío con palidez cutánea y ligera taquipnea sin tiraje subcostal. TA: 95/60. Afebril. SAtO₂ 95% basal. Auscultación cardíaca y pulmonar sin alteraciones. Abdomen distendido, doloroso a la palpación superficial, sin palpar masas ni megalias y ruidos hidroaéreos conservados.

Decidimos usar el ecógrafo de nuestro centro de salud para descartar presencia de líquido libre en primera instancia. Realizamos ecografía abdominal con sonda convex y objetivamos la presencia de aneurisma de aorta abdominal roto, con doble luz y medida de 7,36 centímetros. En ese momento, no exploramos más ni manipulamos más la zona realizando traslado urgente a hospital de referencia donde se contacta durante el traslado con el hospital para comunicar el caso.

Juicio Clínico

Aneurisma de Aorta Abdominal roto

Diagnóstico diferencial

Cólico reno-ureteral, perforación abdominal, pancreatitis aguda.

Comentario final

De nuevo la experiencia y el día a día en nuestros centros de salud nos llevan a pensar la importancia y eficacia de tener un ecógrafo en nuestro centro ya que nos otorga a los médicos de familia una gran ayuda en nuestros diagnóstico ofreciendo además, mayor calidad asistencial a nuestros pacientes

Bibliografía

- Barnes, PJ., Longo DL., Fauci, AS., et al. *Harrison Principios de medicina interna. Vol 2. 18ª. Ed. México: MacGraw-Hill;2012.* Villen T. *Introducción a la ecografía en urgencias. Madrid: Elseiver Doyma;2011.*

353/48. Ganglio de la Hermana Maria José.

Autores

M. Luna Valero¹; E. Gallego Castillo²; M. Morales del Águila³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; ²Médico de Familia. Centro de Salud Coín. Málaga.; ³Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Málaga.

Descripción del caso

Paciente de 71 años, independiente para actividades básicas de la vida diaria, diabetes mellitus insulino-

dependiente, enfermedad de Alzheimer en estadio inicial que acude en repetidas ocasiones a nuestra consulta por cuadro de molestias periumbilicales con bultoma umbilical. En primer lugar tratamos con diversos tratamientos antibióticos a lo largo de varias semanas y dada la no mejoría, se deriva a urgencias en tres ocasiones para valoración por cirugía, quien decide continuar en las tres ocasiones con tratamiento antibiótico oral y ser valorado de forma programada por su parte.

Exploración y pruebas complementarias

Durante los cuatro meses el paciente continúa con lesión umbilical indurada, roja y dolorosa de mal aspecto, con pérdida de peso asociada de 5Kg sin causa justificada. La lesión no ha presentado modificaciones en su aspecto a pesar de los cuatro tratamientos antibióticos.

En consulta programada de cirugía, tras ver la historia del paciente y la lesión umbilical en cuestión, realiza TAC urgente.

Analíticamente destaca glucemia de 336, CEA 8.85 Y Ca 19.9 Negativo. TAC sin contraste abdominal con absceso umbilical. Masa en cola pancreática de 5 x 3.5 cm sugestiva de proceso neofornativo. Shunt esplenorrenales y dilatación de venas gastroepiploicas que sugieren obstrucción de vena esplénica.

Biopsia de pared abdominal: Metástasis de adenocarcinoma con inmunofenotipo compatible con origen pancreático.

Juicio Clínico

Nódulo como metástasis de Adenocarcinoma de Páncreas.

Diagnóstico diferencial

Onfalitis. Absceso umbilical.

Comentario final

Debemos tener presente la importancia de la correcta exploración física y control periódico de los pacientes en Atención Primaria así como la importancia de un buen diagnóstico diferencial que nos haga tener en cuenta las diferentes posibilidades diagnósticas. Muchas veces desde Atención Primaria tenemos un difícil acceso a otra especialidad hospitalaria que debemos saber gestionar y mejorar.

Bibliografía

- Chong, I, Cunningham, D. *Cáncer de Páncreas*. Barnes, PJ., Longo DL., Fauci, AS., et al. *Harrison Principios de medicina interna*. Vol 2. 18ª. Ed. México: MacGraw-Hill;2012.

353/49. Dolores atraumáticos y anti-coagulación.

Autores

A. Cuberos Escobar¹; M. Luna Valero¹; E. Gallego Castillo².

Centro de Trabajo

¹Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; ²Médico de Familia. Centro de Salud Coín. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 80 años con antecedentes de EPOC, hipertensión arterial y fibrilación auricular. Acude a consulta por dolor en fosa ilíaca derecha de 3 días de evolución y sensación distérmica. No presenta vómitos ni alteración del hábito intestinal.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, afectado por el dolor. Auscultación cardiopulmonar con tonos arrítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha-flanco derecho, Blumberg dudoso. Ruidos hidroaéreos conservados.

Análítica sangre: destaca, leucocitosis de 20.2000 (Neutrófilos 89.6%), PCR 210.

TAC abdomen: en localización suprapúbica, en pared abdominal, vientre muscular de recto anterior derecho aumentado de tamaño e hiperdensode dimensiones aproximadas de 65mmx34mm, en relación con hematoma a dicho nivel

Juicio Clínico

Hematoma recto anterior de abdomen en paciente anticoagulado.

Diagnóstico diferencial

Apendicitis. Perforación víscera hueca. Isquemia mesentérica. Adenitis mesentérica.

Comentario final

Destacar la importancia de las pruebas complementarias para llegar al diagnóstico definitivo en este caso tan infrecuente, ya que en un principio toda la clínica hacía pensar en abdomen agudo.

Bibliografía

- Silem, W. *Apendicitis y Peritonitis Agudas*. Barnes, PJ., Longo DL., Fauci, AS., et al. *Harrison Principios de medicina interna*. Vol 2. 18ª. Ed. México: MacGraw-Hill;2012.

353/50. La piel como señal de enfermedad sistémica.

Autores

A. Terrón Sánchez¹; J. Baena Espinar²; I. Villalobos Millán³; E. Calatrava López-Ronco⁴; M. Rojas Martínez⁵; J. Cañizares Romero⁶.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colonia Santa Inés- Teatinos. Málaga.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teatinos. Málaga.; ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Málaga.; ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Tiro de Pichón. Málaga.; ⁶Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

Descripción del caso

Paciente varón de 45 años, sin antecedentes personales y familiares de interés que acude a nuestra consulta tras ser valorado en varias ocasiones en urgencias en el último mes por edematización de tobillos, con empeoramiento a lo largo del día y mejora con el reposo, siendo diagnosticado de signos de insuficiencia venosa. Posteriormente aparecieron lesiones nodulares eritemato violáceas en regiones gemelares, con persistencia tras 2 tratamientos con antibióticos, pautados por posible celulitis, con analítica sanguínea dentro de la normalidad. El paciente no ha realizado ningún viaje, ni contactos con animales, no ha tomado ningún tratamiento en

los últimos meses. No presenta disnea, episodios de DPN ni palpitaciones. No alteración del hábito intestinal ni semiología abdominal ni urinaria. En la última semana si se encuentra con astenia, sin hiporexia ni pérdida de peso y se acompaña de tos no productiva. No ha presentado fiebre.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente consciente, orientado y colaborador. Buen estado general, bien hidratado y perfundio, eupneico en reposo. No se palpan adenopatías submandibulares, cervicales, supraclaviculares. No bocio.

Orofaringe normal.

ACR: tonos rítmicos, sin soplos. MVC sin ruidos patológicos.

Abdomen blando y depresible, no doloroso sin signos de peritonismo

MMII: leve edematización con lesiones nodulares y violáceas en piernas, más abundantes en reigón posterior de gemelo derecho, leve dolorosas.

Ante la sospecha de un eritema nodoso, se solicita analítica y Rx torax urgente. Se cita para valorar resultados y se inició tratamiento con corticoides orales de forma empírica.

El paciente acude para valorar Rx torax donde se observan adenopatías hiliares bilaterales por lo que se deriva a hospital para continuar estudio.

Juicio Clínico

Sarcoidosis con afectación cutánea.

Diagnóstico diferencial

En el eritema nodoso hay que hacer un diagnóstico diferencial con vasculitis nodular, infecciones bacterianas, fúngicas o víricas, poliarteritis nodosa, paniculitis. Hay que descartar causas sistémicas como sarcoidosis, TBC, fármacos, embarazo, enfermedades inflamatorias gastrointestinales o podría ser idiopática.

Comentario final

El eritema nodoso suele ser la manifestación cutánea de enfermedades sistémicas, por lo que ante su presentación o sospecha hay que buscar en nuestro paciente síntomas acompañantes y realizar estudio completo. La evolución del paciente en atención primaria nos permite un seguimiento por su médico de forma longitudinal.

Bibliografía

- *Up to date.*

353/53. Aumento de disnea en los últimos días.

Autores

M. Gallardo Ramírez; J. Bajo Ramos; G. Oualy Ayach Hadra.

Centro de Trabajo

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda Virgen de Gavellar. Jaén.

Descripción del caso

Anamnesis: Paciente varón de 71 años con antecedentes personales de EPOC y glaucoma, en tratamiento con Indacaterol + bromuro de glicopirronio en seguimiento por neumología (última visita hace 2 meses). Refiere aumento de disnea en la última semana.

El paciente ha estado tomando las semanas previas azitromicina por aumento de esputos verdosos los cuales han disminuido de cantidad y son blanquecinos. No fiebre. No tos. DPN y ortopnea, con disnea de mínimos esfuerzos. No refiere edemas de mmii.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Consciente, orientado, BEG, AC. SatO₂: 85%. Rítmico sin soplos. AP disminución en ambos campos pulmonares del murmullo vesicular y sibilantes diseminados en ambos pulmones. MMII sin edemas ni signos de IVC.

Pruebas complementarias: Analítica: recuento leucocitos 13.000 con 96% Gasometría: PPCO₂ 47,5. PPO₂: 45,1. Sato₂ 80%. neutrófilos. ECG: ritmo sinusal a 75lpm sin alteración de repolarización. Rx tórax: pinzamiento de ambos senos costofrénicos sobre todo el izquierdo. Derrame pleural izquierdo.

Juicio Clínico

Derrame pleural izquierdo.

Diagnóstico diferencial

Quilotorax, asbestosis, pancreatitis, linfangioleiomatosis, TEP, fármacos utilizados en LES, insuficiencia cardiaca, neumonía, tumor.

Comentario final

La importancia de este caso clínico es saber el origen de ese derrame ya que como antecedente personal no tiene insuficiencia cardiaca aunque cuenta clínica de IC. En el 75% de los casos el clínico se puede aproximar al diagnóstico diferencial con una detallada anamnesis y examen físico. Debe interrogarse dirigidamente sobre enfermedades previas o actuales tales como cardiopatías, cuadros respiratorios infecciosos recientes, neoplasias, mesenquimopatías, traumatismos, enfermedades hepáticas o renales, contacto con pacientes con tuberculosis (TBC), antecedentes laborales y uso de fármacos¹. Múltiples medicamentos pueden causar derrame pleural, los más frecuentes en producirlo son el metotrexato, amiodarona, fentoina, nitrofurantoína y ciclofosfamida.

Los síntomas son variables dependiendo de la etiología del derrame y de la magnitud de éste, sin embargo, algunos pacientes consultan por síntomas causados por el derrame pleural propiamente tal como lo son la disnea, la tos y el dolor torácico; otras veces los síntomas son derivados de la enfermedad de base.

Bibliografía

- Luis Jiménez Murillo, F. Javier Montero Pérez. *Medicina de Urgencias y Emergencias*. 5ª Ed. Madrid. Elsevier España S.L. 2015.

353/58. Consecuencias por estar de Rodríguez.

Autores

V. Correa Gómez¹; A. García Flores²; S. Gómez Rodríguez³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Jaén.; ²Medico de Familia. Centro de Salud Úbeda. Jaén.; ³Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.

Descripción del caso

Varón de 74 años con antecedentes de hipertensión arterial, en tratamiento con enalapril 20mg/ hidroclorotiacida 12.5mg, e intervenido de cataratas. Acude solo a su Médico de Familia por tinte icterico cutáneo desde ayer; además de ictericia subconjuntival y ori-

nas coléricas desde hace días. Leve malestar y náuseas, sin dolor abdominal, fiebre, ni prurito; heces de características normales. Comenta que lo de las orinas vino tinto le ha ocurrido antes, cada vez que comía habas. Y refiere llevar varios días comiendo más habas de lo habitual, porque su mujer se ha ido unos días a casa de su hija, que vive en otra comunidad, para ayudarla tras dar a luz; y debido a que se iba a quedar solo le preparó varios tupperes, preferentemente con recetas de habas, que había cosechado en su huerto.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, ictericia cutánea generalizada y subconjuntival. Abdomen blando y depresible, no doloroso, no esplenomegalia ni hepatomegalia, sin signos de peritonismo. Resto de exploración dentro de la normalidad. Se deriva a hospital. En analítica: hemoglobina 9.2g/dl, hematocrito 29%, bilirrubina total 8.5mg/dl, bilirrubina indirecta 7.9mg/dl, LDH 295U/L, haptoglobina 15mg/dl, Coombs directo negativo, frotis sanguíneo normal y creatinina 0.9mg/dl. Se realiza ingreso para observación pero no requirió ningún tratamiento, siendo dado de alta tras normalización de cifras analíticas.

Juicio Clínico

Se diagnostica de favismo por cuadro de anemia hemolítica aguda debido a déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa.

Diagnóstico diferencial

Ante ictericia hay que hacer diagnóstico diferencial con: colestasis, hepatitis, pancreatitis, hemolisis o síndrome de Gilbert, entre otros.

Comentario final

El favismo es una hemólisis aguda que se desarrolla tras la ingestión de habas. Se debe a un déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa, una eritroenzimopatía muy frecuente con herencia ligada al cromosoma X y que afecta preferentemente a hombres. No existe tratamiento específico. El mejor tratamiento es el preventivo, procurando evitar el consumo de habas.

Bibliografía

- Romero Requena J. *Favismo: una entidad a tener en cuenta en la zona mediterránea*. SEMERGEN 2007;33(7):380-2.

- Bello Gutiérrez P. Déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa: revisión a propósito de un caso. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2015;17:361-8.

353/59. En AP no todo puede esperar.

Autores

E. Sánchez Hernica¹; E. Calatrava López-Ronco²; M. Rojas Martínez³; E. Sicilia Barea⁴; I. Villalobos Millán¹; A. Terrón Sánchez⁵.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teatinos. Málaga.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Málaga.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Tiro de Pichón. Málaga.; ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés Torcal. Málaga.; ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colonia Santa Inés- Teatinos. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 16 años, sin AMC ni AP de interés, que acude a consulta del centro de salud por dolor en testículo derecho de 15 horas de evolución, de inicio progresivo hasta hacerse permanente, asociando náuseas sin vómitos, fiebre ni secreción uretral.

A la exploración presenta piel escrotal normal, con palpación dolorosa, signo de Prehn negativo, epidídimo sin alteraciones, y con reflejo cremastérico ligeramente disminuido. Se prescribe ibuprofeno 600mg/8h y vigilancia domiciliaria.

A los 7 días, paciente acude nuevamente a consulta por persistencia de molestias testiculares derechas, con disminución del dolor, aumento de la edematización y palidez de piel escrotal.

Ante estos hallazgos, se deriva a urgencias hospitalarias para valoración

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: teste derecho aumentado de tamaño, horizontalidad y ascendido, fijo a cubiertas escrotales, y con ligeros signos inflamatorios en piel. No dolor espontáneo, sí a la palpación.

PPCC: * AS ligera leucocitos (13000, con recuento normal), PCR 10. Resto sin alteraciones. * Ecografía escroto y testículos: testículo izquierdo sin altera-

ciones. Testículo derecho ascendido, sin flujo en su interior y ligeramente hipocogénico respecto a contralateral. El cordón derecho se encuentra dentro de la bolsa escrotal, que impresiona de torsionado, sin evidencia de flujo en su interior. Se observa también hidrocele moderado con múltiples tabiques en su interior. Conclusión: hallazgos ecográficos sugestivos de torsión testículo izquierdo. * AP: testículo derecho con infarto isquémico. [1]

Juicio Clínico

Torsión testicular derecha evolucionada.

Diagnóstico diferencial

Torsión apéndices testiculares. Orquiepididimitis.

Comentario final

La torsión testicular es la causa más importante de dolor testicular agudo. Ocurre por la oclusión venosa testicular al girar el testículo sobre el pedículo vascular gonadal. El proceso es de rápida evolución, y un retraso en la destorsión del mismo conlleva a la oclusión arterial por compresión, con la subsiguiente necrosis y pérdida gonadal.

En este paciente, el diagnóstico precoz fue erróneo, lo que conllevó a una isquemia testicular, con la subsiguiente orquiectomía escrotal derecha y orquifijación izquierda, con posterior implantación testicular derecha.

Bibliografía

- Julve Villalta E, Quiñonero Díaz A, Pérez Rodríguez D, Galacho Bech A. Actualización en medicina de urgencias. Primera parte. Escroto agudo. 2001-2002. Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario de Málaga.

353/60. Dolores articulares persistentes y elevación de parámetros inflamatorios.

Autores

I. Espejo Jiménez; R. Fiñana Sánchez; B. Zafra Olmo; R. Medina de la Casa.

Centro de Trabajo

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Bulevar. Jaén.

Descripción del caso

- Antecedentes personales: Alergia a codeína, AAS y salbutamol. HTA, hipotiroidismo, depresión, migraña, hernia de hiato.
- Intervenciones previas: histerectomía y anexectomía por fibroma ovárico y metaplasia de cérvix.
- Tratamiento: eutirox 75mcg, losartan 50 mg, tranxilium 10 mg, metoprolol, 100 mg.
- Mujer de 65 años que acude por dolor costal de días de duración, a la exploración no hay signos inflamatorios por lo que se pauta analgesia. A las 2 semanas vuelve a consulta por mejoría tras haber acudido a fisioterapia pero refiere dolor en columna cervico-dorso-lumbar que no cede con analgesia pautada. Además náuseas y anorexia.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, palidez mucocutánea.

ACP: rítmica, sin soplos, MVC sin ruidos patológicos.

Abdomen blando, depresible, sin masas, no doloroso.

MMII sin edemas ni TVP.

Dolor a la palpación de apófisis espinosas y musculatura paravertebral de columna dorsolumbar.

Lasegue y Bragard negativos.

Exploración mama: normal (mamografía hace 1 mes normal).

Solicitamos analítica y Rx columna cervico-dorsolumbar y pautamos pregabalina. La paciente acude a recoger resultados con mejoría parcial del dolor. En Rx: leve pinzamiento costofrénico izquierdo y signos degenerativos. En analítica: VSG 99, GOT 74, GPT 91, PCR 384. FR negativo.

Derivamos a M. Interna. La paciente ante persistencia de dolor acude a Urgencias. Ingresa en M. Interna.

- Analítica: Hb 9.4, Hto 29.7, GOT 81, GPT 37, GGT 621, FA 711, LDH 6186, PCR 459, VSG 122, Ferritina 7103, Hierro 24, Fólico 1.9, resto normal.
- Ca 19.9 55, Ca 125: 169. Ig y cadenas ligeras normales.
- TC Abdominopélvico: derrame pleural bilateral. Hígado con múltiples lesiones sugerentes de metástasis. Bazo aumentado de tamaño con lesiones sugerentes de infiltración. Cola pancreática desdibujada por múltiples adenopatías. Adenopatías en hilio hepático sugerentes de proceso linfoproliferativo.

Se realiza BAG hepática. A las horas la paciente se encuentra obnubilada, hipotensa, con pico febril de 39°C. TC descarta sangrado.

Empeoramiento de la situación por lo que ingresa en UCI por sospecha de sepsis.

Resultado de Anatomía Patológica: Linfoma difuso de células grandes B estadio IV.

La paciente se complica con infección respiratoria y metabólica y tras 12 días en UCI acaba falleciendo.

Juicio Clínico

Linfoma difuso de células grandes B estadio IV.

Diagnóstico diferencial

Dolor articular mecánico, espondiloartropatías.

Comentario final

En Atención Primaria destaca la importancia de realizar una buena anamnesis y exploración, así como detectar síntomas de alarma en patologías frecuentes como dolores articulares mecánicos. Es importante además realizar un buen diagnóstico diferencial pues la paciente se beneficiaría lo antes posible de un tratamiento.

Bibliografía

- *Poliartralgias ¿Cómo llegar al diagnóstico?: parte I [Internet]. Medicinafamiliar.uc.cl. 2018 [cited 18 April 2018]. Available from: <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/078.html>*

353/62. A propósito de un caso: una neumonía singular.**Autores**

I. Espejo Jiménez; R. Fiñana Sánchez; B. Zafra Olmo; R. Medina de la Casa.

Centro de Trabajo

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Bulevar. Jaén.

Descripción del caso

- Antecedentes personales: NAMC. Exfumador desde hace 4 años con ICAT de 80 paq/año. SAHS severo con CPAP. Dislipemia. Profesión: Camionero.
- Varón de 61 años que acude a consulta por presentar tos improductiva de carácter irritativo de una semana de evolución. No congestión nasal, no disnea ni dolor torácico.

Exploración y pruebas complementarias

- Afebril, buen estado general. Saturación O₂: 98%. FC: 65 lpm
- Faringe hiperémica sin exudados.
- ACP rítmico, sin soplos, MVC sin ruidos patológicos.
- Rinoscopia anterior normal.

Pautamos antitusígeno.

Debido a su profesión no dispone de tiempo para volver a acudir a nuestra consulta por lo que acude a Urgencias a los dos meses ante persistencia de tos. La exploración es similar a la de consulta. Solicitan:

- Analítica: hemograma, coagulación y bioquímica normal y PCR de 49.6.
- Rx tórax: condensación en lóbulo superior derecho.

Pautan Levofloxacino 500 mg, paracetamol/ codeína y deflazacort 30 mg.

A las 3 semanas vuelve a acudir a nuestra consulta para revisión. Solicitamos control Rx urgente al correlacionar las pruebas complementarias y clínica que presentaba en Urgencias (afebril, parámetros inflamatorios algo elevados, sin leucocitosis) y apreciamos que la condensación no ha modificado su tamaño. El paciente refiere encontrarse asintomático. Ante los resultados derivamos preferentemente a Neumología.

Neumología solicita:

- TC toraco-abdomino-pélvico: condensación y pérdida de volumen del segmento anterior de lóbulo superior derecho con amputación de bronquio segmentario que podría estar en relación con neoplasia endobronquial parahiliar derecha ocasionando neumonitis obstructiva, sin poder descartar bronconeumonía organizada o de lenta resolución.
- ECG: RS a 58 lpm. QRS estrecho.
- Espirometría: FEV₁ 96.5%, FVC 103% FEV₁/FVC 73.2%. Test broncodilatador negativo. Difusión CO normal. Volúmenes pulmonares: discreto atrapamiento aéreo.
- Analítica normal excepto Triglicéridos 219.
- Fibrobroncoscopia: masa neoformativa endobronquial que estenosa el 100% de la luz de bronquio lóbulo superior derecho.
- Anatomía patológica: Carcinoma epidermoide bien diferenciado.

Se programa para cirugía torácica.

Juicio Clínico

Carcinoma broncogénico epidermoide

Diagnóstico diferencial

Neumonía, EPOC, rinitis, sinusitis, faringitis, RGE, asma, fármacos, psicógena.

Comentario final

En Atención Primaria es importante discernir entre lo trivial y lo infrecuente al tratarse del primer escalón de la asistencia sanitaria. Contamos con la ventaja de un seguimiento cercano del paciente que ayudará a diagnosticar posibles cambios que nos hagan pensar en gravedad o necesidad de un estudio exhaustivo.

Bibliografía

- Pacheco A, de Diego A, Domingo C, Lamas A, Gutiérrez R, Naberan K et al. Tos crónica. Archivos de Bronconeumología. 2015;51(11):579-589.

353/71. Vólvulo en sigma: a propósito de un caso.

Autores

S. Gómez Rodríguez¹; V. Correa Gómez².

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.; ²Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Ján.

Descripción del caso

Paciente varón de 64 años que acude de forma urgente al centro de salud por cuadro de dolor abdominal acompañado de sensación de distensión. Asimismo relata notarse palpitations desde hace 2 o 3 días. Hábito intestinal estreñido. Antecedentes personales: hipotiroidismo, síndrome de Wolff-Parkinson-White. En tratamiento actualmente con levotiroxina 100 mcg y ácido acetilsalicílico 100 mg.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente con regular estado general. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: dolor a la palpación de forma generalizada con defensa abdominal a la palpación. Tacto rectal: gran hipertonia de esfínter. Pruebas realizadas en el centro de salud: ECG (centro de sa-

lud): taquicardia supraventricular a 191 lpm. Se procede a monitorización y se pauta amiodarona. Se contacta con O61 y se deriva al hospital donde se realizan las siguientes pruebas complementarias: ECG (a la llegada al hospital): ritmo sinusal a 62 lpm sin alteraciones del ST ni de la repolarización (con perfusión de amiodarona). Analítica: bioquímica: PCR: 0,62; hemograma y coagulación sin alteraciones. Radiografía de abdomen: gran dilatación de intestino grueso. Se realiza un TAC abdominal con hallazgo compatible con vólvulo de sigma. Se interconsulta caso con cirugía quienes colocan una sonda rectal de fouché que progresa sin problemas. Se ingresa en cardiología por los múltiples antecedentes de entrada y salida de taquicardia supraventricular paroxística procediendo a la ablación. El paciente es valorado por cirugía quienes proponen sigmoidectomía electiva por diagnóstico de dolicosigma.

Juicio Clínico

Taquicardia supraventricular. Vólvulo en sigma.

Diagnóstico diferencial

El dolor abdominal con obstrucción intestinal, apendicitis, diverticulitis. Las palpitaciones con ansiedad, otras arritmias, hipertiroidismo.

Comentario final

El vólvulo intestinal es una patología más frecuente en sigma. Se caracteriza por un dolor abdominal súbito e intenso, continuo, con componente cólico, náuseas, distensión abdominal y estreñimiento. La imagen radiológica es la de "grano de café". Su tratamiento es la devolvulación endoscópica (colonoscopia) o quirúrgica. La patología digestiva que presentaba nuestro paciente puede que fuera el desencadenante de la taquicardia supraventricular.

Bibliografía

- *Dolor abdominal agudo*. En: Rodríguez García JL, coord. *Green Book diagnóstico, tratamiento médico*. Madrid: Marbán; 2013. p. 772-793.

353/72. Paciente con mareo que no mejora: a propósito de un caso

Autores

S. Gómez Rodríguez¹; V. Correa Gómez².

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.; ²Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Jaén.

Descripción del caso

Paciente varón de 58 años que acude al centro de salud por cuadro de mareos acompañado de inestabilidad de la marcha con predominio de lateralización derecha. Debilidad en manos (se le caen las cosas) de 15 días de evolución. No había mejorado con el tratamiento que le habíamos puesto de betahistina. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. No enfermedades. Fumador de 40 cigarrillos/día.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente consciente, orientado y colaborador. Regular estado general. Auscultación cardiopulmonar: normal.

Neurológico: pupilas isocóricas y normorreactivas a la luz pupilar, nistagmus horizontal, fuerza, coordinación y sensibilidad conservadas. Romberg negativo. Marcha en tandem posible pero inestable. Se deriva al hospital para descartar patología orgánica. Analítica: dentro de la normalidad. Radiografía de tórax: sin imagen de condensación ni derrame pleural. TAC cráneo: lesión parasagital posterior izquierda con importante edema perilesional a valorar neoplasia cerebral como primera posibilidad. Se ingresa en Neurología que realizan RMN: tumoración extraaxial parietal izquierda con base en hoz cerebral que presenta una intensa captación de contraste de forma heterogénea y un importante edema cerebral que provoca un desplazamiento del atrio y cuerpo ventricular izquierdos. Esta lesión probablemente corresponda con un meningioma atípico. Se consulta con neurocirugía quienes realizan exéresis de la lesión a través de una craneotomía con diagnóstico de metástasis de carcinoma neuroendocrino de células pequeñas de probable origen pulmonar. Se realiza TAC de tórax con las siguientes conclusiones: hallazgos compatibles con proceso neoforativo cuyo origen primario, podría estar situado en la región hiliar derecha. Adenopatías de aspecto metastásico en espacio

subcarinal-paraesofágico inferior derecho y contralaterales en ventana aortopumonar. Masa suprarrenal izquierda cuya naturaleza metastásica no puede ser descartada. Estadificación radiológica T4 (considerando origen primario en hilio) N3 M1.

Juicio Clínico

Metástasis parasagital izquierda de carcinoma neuroendocrino (probable origen pulmonar). Estadificación radiológica de neoplasia pulmonar: T4 N3M1.

Diagnóstico diferencial

meningioma, vertigo posicional paroxístico benigno, neuritis vestibular

Comentario final

Las metástasis es el tumor intracraneal más frecuente en adultos. El de pulmón es el primero en orden de frecuencia.

Bibliografía

- *Masas cerebrales (únicas o múltiples)*. En: Rodríguez García JL, coord. *Green Book diagnóstico, tratamiento médico*. Madrid: Marbán; 2013. p. 1785-1810.

353/74. Ecografía en Atención Primaria: el fonendo del futuro.

Autores

J. Cañizares Romero¹; M. Martínez Ibáñez¹; A. Cordero Moreno².

Centro de Trabajo

¹Médico Residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; ²Médico Residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 49 años. Exfumadora (22 paquetes/año). Cirugías previas: implante de banda suburetral por incontinencia urinaria. Sin otros antecedentes.

Paciente que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por astenia y aumento de unos 6 kg de peso en los últimos dos meses. Coincidiendo con este cuadro, refiere leve inflamación facial y palpebral, así como disfonía y estreñimiento progresivo, pese a

una ingesta adecuada de fibra. Niega antecedentes familiares de enfermedades digestivas o endocrino-lógicas.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Afebril. Auscultación cardiorespiratoria: normal. No se palpa bocio ni adenopatías.

Análítica sanguínea: hemograma y bioquímica normal. TSH 18.1, T4L 10.8, Ac antiperoxidasa 43.3

Ecografía tiroidea en consulta de Atención Primaria: tiroides hipocogénico, con aumento difuso de vascularización. Nódulo hipocogénico de aproximadamente 14 x 15 x 20 mm en lóbulo tiroideo derecho, con microcalcificaciones periféricas y vascularización periférica. TIRADS 4C

Ante estos hallazgos, con sospecha de lesión maligna, se deriva a consulta de nódulo tiroideo. Se repite ecografía de tiroides, que confirma dichos hallazgos, y se realiza PAAF: positiva para células malignas, sugestiva de carcinoma papilar. Se realiza tiroidectomía y vaciamiento ganglionar. En anatomía patológica: carcinoma papilar variante Warthin-Like. Ganglios linfáticos con linfadenitis reactiva (T1NOMx). Se pauta tratamiento con Eutirox 100 mcg/día. En el momento actual asintomática con TSH 0.89

Juicio Clínico

Carcinoma papilar de tiroides variante Warthin-Like

Diagnóstico diferencial

Cáncer folicular- Cáncer medular - Cáncer anaplásico

Comentario final

El carcinoma papilar es el tipo más frecuente de cáncer tiroideo (80-90 % de los casos). Se origina a partir de las células foliculares del tiroides. Se presenta como un nódulo tiroideo solitario, aunque en 35-45 % de los casos se puede asociar a metástasis de los ganglios linfáticos. Su incidencia es mayor en la mujer y en pacientes con antecedentes de irradiación cervical. Sólo en fases avanzadas, después de años de evolución, suele producirse invasión de estructuras vecinas y metástasis a distancia.

Bibliografía

- Hodak S, Tuttle RM, Maytal G, et al. *Changing the Cancer Diagnosis: The Case of Follicular Variant of*

Papillary Thyroid Cancer-Primum Non Nocere and NIFTP. Thyroid 2016; 26:869.

- *Davies L, Welch HG. Current thyroid cancer trends in the United States. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg 2014; 140:317.*

353/76. La sospecha herramienta diagnóstica más útil.

Autores

M. Medina Faña; S. Gallardo Navas; J. Cuevas Gálvez.

Centro de Trabajo

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Antequera. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 34 años con puerperio hace 7 días de parto eutócico controlado de curso normal que consulta a su médico de atención primaria por fiebre de hasta 40º de 3 días de evolución asociado a dolor lumbar, sin clínica respiratoria ni miccional sin ningún foco infeccioso.

sin antecedentes personales ni familiares patológicos de interés. Multípara (G3P2A0C0), sin hábitos tóxicos.

Tras ser explorada se realiza comburtest + leucocitos y se remite al hospital con sospecha de fiebre puerperal a descartar pielonefritis. Ingresar como fiebre puerperal con antibioterapia empírica mejorando la fiebre y los reactantes de fase aguda pero con persistencia del dolor lumbar al cabo de 5 días de ingreso dolor en MID con asimetría y edema de éste, se realizan pruebas de imágenes con sospecha de ETEV. Se confirma el diagnóstico y por extensión es necesaria tratamiento anticoagulantes, trombolectomía quirúrgica y colocación de filtro de vena cava.

Exploración y pruebas complementarias

paciente febril con buen estado general con TA 110/78mmHg. FC 140lpm. SO2 96%.

ACP normal, ABD RHA + leve dolor hipogástrico, PPR derecha +, MMII normales, solo llama la atención hemorroides G2-3 no trombosadas.

Analítica hospital: leucocitos 13,900 (92% neutrofilos), Hemoglobina 12,8. Plaquetas 234.000, Coagulación normal, PCR 242. Procalcitonina alta. Orina leucocitos 10-12 leucocitos/ campo, nitritos negativos.

Ecografía ginecológica normal.

Eco-doppler: TVP de MID con extensión intraabdominal en VCI por encima de las venas renales.

AngioTC: se descarta TEP.

Cultivo de secreción vaginal, orina y hemocultivo negativos.

Juicio Clínico

TVP extensa de MID con afectación de vena cava inferior hasta venas renales.

Diagnóstico diferencial

Fiebre puerperal

Pielonefritis

Comentario final

El embarazo y el puerperio se asocia a 5-10 veces más riesgo de enfermedad tromboembólica venosa, con mayor incidencia en el tercer trimestre y puerperio un 50% ocurre en los primeros 7 días postparto. La clínica inespecífica complica el diagnóstico. Algoritmos diagnósticos habituales no son del todo aplicables a la mujer embarazada.

La sospecha combinada con factores de riesgo y el empleo de pruebas complementarias son de vital importancia.

Bibliografía

- *Protocolo de profilaxis de enfermedad tromboembólica hospital clinic barcelona 2017.*
- *Enfermedad tromboembólica venosa en la gestación SEGO. Octubre 2012.*

353/80. Un caso inusual de odinofagia.

Autores

A. Ruiz Reina¹; F. Romero Herraiz²; A. Ortega Carpio³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.; ²Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.; ³Médico de Familia. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.

Descripción del caso

Varón de 30 años de edad, fumador activo con antecedentes personales de HTA y cefalea en racimos.

Consulta en centro de salud por odinofagia de 3 días de evolución y sensación febril no termometrada sin otra sintomatología acompañante. Una semana antes refiere haber presentado cuadro emético de contenido alimenticio, con náuseas intensas, precisando de gran esfuerzo para lograr el vómito en algunas de las ocasiones y que se autolimitó en unas 24 horas aproximadamente.

Exploración y pruebas complementarias

Presentaba BEG, normocoloreado y eupneico en reposo, orofaringe algo hiperémica sin hipertrofia amigdalina ni exudados pultáceos, crepitación laterocervical bilateral a la palpación; auscultación cardiorespiratoria y palpación abdominal normales.

Ante el hallazgo de enfisema subcutáneo cervical se derivó a urgencias hospitalarias para valoración.

- Hemograma con 12280 leucocitos y 8250 neutrófilos. Bioquímica general y PCR normales.
- Rx tórax AP, L y en espiración forzadas sin evidenciarse neumotórax ni neumomediastino
- Rx cervical AP y L con enfisema cervical bilateral.
- TAC cervical y torácico sin apreciarse neumotórax ni neumomediastino, pero sí enfisema cervical anterior desde el tiroides al hueso hioides que diseca planos musculares, con asimetría de senos piriformes y esófago sin presentar lesiones en el momento actual.

Juicio Clínico

Enfisema cervical secundario a posible fisuración esofágica o traqueal por síndrome emético.

Diagnóstico diferencial

Absceso periamigdalino o retrofaríngeo, neumomediastino secundario, síndrome de Boerhaave.

Comentario final

El paciente ingresó en ORL para antibioterapia intravenosa con ceftriaxona y metronidazol; se realizó nasofibroscoopia apreciándose leve edema de aritenoides derecho sin otro hallazgo. Evolucionó favorablemente con resolución completa del enfisema y la odinofagia.

Destacar la importancia de la exploración física básica en un cuadro de odinofagia, tanto la visualización de la orofaringe como la palpación cervical, ya que podría haber pasado inadvertido el enfisema. Posiblemente presentó

al inicio neumomediastino secundario, resolviéndose al consultar después de 3 días con la sintomatología, y por ello no apreciarse en las pruebas de imagen.

Bibliografía

- Fernández-Riestra A, Pintor Holguín E, Quesada Rubio R and Rodríguez Martín M. *Enfisema subcutáneo en varón joven con gastroenteritis aguda. Revista Clínica Española 2000; 12 (200): 695-696.*
- *Neumomediastino secundario a hiperémesis gravídica: reporte de un caso. Ginecología y Obstetricia de México 2016. 84(9): 586-592.*

353/84. Complicación postquirúrgica tras metamizol.

Autores

M. Hipólito Egea¹; J. Cañizares Romero²; S. Granados Gutiérrez¹.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Tiro de Pichón. Málaga.; ²Médico Residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 33 años. No hábitos tóxicos conocidos, patologías de interés ni tratamiento habitual. Acude a consulta por sangrado de herida quirúrgica de unas 22 horas de evolución. Con motivo de palpación de nódulo mamario izquierdo se derivó a unidad de mama, realizándose el día previo a la consulta tumorrectomía de fibrohistiocitoma, indicándose al alta curas por enfermería y analgesia cada 4 horas (paracetamol y metamizol). La paciente refiere vómitos tras intervención quirúrgica sin otra clínica acompañante. Cuenta sangrado continuo con frecuentes cambios de apósito, sin secreción purulenta acompañante, junto con aumento del dolor en la zona. Ante ausencia de control de hemorragia se decide derivación a urgencias hospitalarias de referencia.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Tensión arterial: 90/60mmHg, frecuencia cardíaca 135lpm, saturación de oxígeno 97%. Afebril. Auscultación cardio-respiratoria, abdomen y miem-

bros inferiores sin alteraciones. Mamas: mama izquierda con cicatriz en polo inferior de areola con sangrado activo, no supuración, ligera inflamación perilesional, con endurecimiento y dolor a la palpación generalizada de la mama. Mama contralateral sin alteraciones. Analítica sanguínea: destaca Hb 12.3g/dl, plaquetas 51000, leucocitos 400 (neutrófilos 200), tiempo protrombina 44%, INR 1.64, creatinina 1.83mg/dl, PCR 288 y procalcitonina 50. En frotis sanguíneo se confirma trombo y neutropenias obligando a descartar proceso infeccioso. ECG muestra taquicardia sinusal. La paciente es trasladada a UCI: se extiende celulitis de mama izquierda a espalda con placa necrótica que requiere intervención quirúrgica. Cultivo de herida positivo a *E. coli* y *Cándida parapsilosis*.

Juicio Clínico

Agranulocitosis por metamizol con fascitis secundaria.

Diagnóstico diferencial

Coagulopatía – Leucemia aguda – Sepsis

Comentario final

La agranulocitosis (disminución de glóbulos blancos) por metamizol es una reacción no dosisdependiente, severa pero con escasa incidencia, sin embargo, su importancia resulta del uso frecuente del fármaco por sus múltiples ventajas (alta biodisponibilidad oral, buena vida media, escasas contraindicaciones, etc.). Afortunadamente, la paciente mejoró tras fasciotomía y antibioterapia intravenosa durante 3 semanas.

Bibliografía

- Hemmersbach-Miller M, Conde Martel A, Acosta Artilles M. Doble episodio de agranulocitosis probablemente causada por metamizol. *Farm Hosp* 2005; 29: 148-150.
- Márquez JA, Pardo C, Amutio E, Cortés C, Piñán MA, Álvarez C. Agranulocitosis por fármacos: estudio clínico de 19 casos. *Sangre*. 1998;43:436-8.

353/85. Litio, un gran aliado si no es en exceso.

Autores

M. Hipólito Egea¹; J. Cañizares Romero²; L. Vázquez Bandera³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Tiro de Pichón. Málaga.; ²Médico Residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 89 años. Vive sola y es independiente para las ABVD. No hábitos tóxicos conocidos. Antecedentes de HTA, neoplasia de recto (libre de enfermedad actualmente) y episodio depresivo en tratamiento ocasional con litio prescrito por psiquiatra privado. La paciente acude refiriendo cuadro de astenia y mareo tipo inestabilidad de unos 2-3 días de evolución junto con aumento de su temblor fino de manos. Niega clínica respiratoria, digestiva o urinaria. Afebril durante todo el proceso. Se realiza ECG que muestra bradicardia de QRS estrecho a 36lpm por lo que se indica traslado a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente, orientada, bien hidratada y perfundida. Tensión arterial: 151/50mmHg, frecuencia cardíaca 35lpm. Afebril. Auscultación cardio-respiratoria: tonos rítmicos a baja frecuencia sin soplos, ventilación conservada con algunos crepitantes bibasales. Abdomen y miembros inferiores sin alteraciones. Exploración neurológica sin alteraciones salvo temblor fino de manos. En analítica sanguínea tan solo destaca creatinina de 3.42mg/dl (previas normales). En ECG se muestra bloqueo auriculoventricular completo a 35lpm. Se traslada a la paciente a UCI donde se implanta marcapasos definitivo; tras estabilización, ingreso en cardiología para resolver insuficiencia renal aguda. La paciente continúa con temblor que va en aumento y aparición de hiperreflexia y rigidez. Se solicita TAC craneal (sin alteraciones) y litemia con niveles de 2.8mmol/l, por lo que regresa a UCI para terapia de depuración renal con hemodiálisis.

Juicio Clínico

Intoxicación aguda por litio con insuficiencia renal aguda y BAV completo secundarios.

Diagnóstico diferencial

Proceso infeccioso – Deshidratación – BAV primario

Comentario final

El litio es un eutimizante empleado cada vez menos en episodios depresivos severos, por su corto margen terapéutico (0.8-1.2mmol/l) y por la necesidad de realizar frecuentes controles. La paciente aludió que tomó más comprimidos de litio para encontrarse más animada durante la visita de un sobrino; 10 días más tarde realizaría un intento de suicidio.

Bibliografía

- Olagorta García S, Esteban Ciriano ME, Vicente de Vera Floristán JM, Juan Belloc S, Bueno Lozano M. Intoxicación por carbonato de litio. *Med Gen y Fam.* 2013;2(1):20-23.
- Cabezón Pérez N, García Lloret T, Redondo de Pedro M. Intoxicación por litio desencadenada por un proceso febril. *Aten Primaria.* 2005;36(6).

353/88. Doctora, no aguanto este picor.**Autores**

L. Morato Lorenzo¹; L. González Díaz²; M. Jara Abril³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.

Descripción del caso

No RAMC. No hábitos tóxicos. Sin antecedentes médicos de interés. Mujer de 62 años que acude al Centro de Salud por aparición de manchas eritematosas y muy pruriginosas en brazos, manos, escote, abdomen, mamas y cara de una semana de evolución que no relaciona con fármacos ni con ninguna otra causa. Se pauta tratamiento con corticoides tópicos, corticoides orales y antihistamínicos sin experimentar mejoría y mantenimiento de las lesiones de más de 2 meses de evolución con brotes prácticamente diarios, incluso aparición de brote de edema en párpados, labios, garganta, manos y pies que precisaron acudir a Urgencias. Se solicita analítica completa con serología, IgE y anticuerpos y se deriva al Servicio de Dermatología.

Exploración y pruebas complementarias

Habones y pápulas rosadas, no infiltradas, no descamativas, de morfología predominantemente circular que han ido variando en extensión, localización y número a lo largo de las revisiones. Edema de piel y mucosas en brotes de angioedema. Analítica en la que destaca serología de hepatitis B compatible con hepatitis crónica o portador inactivo.

Juicio Clínico

Urticaria crónica y angioedema

Diagnóstico diferencial

Eczema numular Vs Urticaria crónica

Comentario final

No debemos olvidar que las lesiones dermatológicas pueden esconder detrás una enfermedad sistémica o ser el suceso que nos haga profundizar en nuestros estudios. De hecho, a esta paciente se la derivó a Digestivo para continuar el estudio de hepatitis. Además, es interesante porque se ha empezado a tratar con Omalizumab, un nuevo fármaco para la urticaria crónica resistente a tratamientos convencionales ya que es una enfermedad bastante incapacitante. Por ello, el médico de familia debe estar siempre atento a las posibles causas de todas las lesiones que presenten sus pacientes, así como estar a la orden del día en los nuevos medicamentos que se van comercializando.

Bibliografía

- Chérrez Ojeda I, Robles Velasco K, Bedoya Ríofrío P, Schmid Grendelmeier P, Chérrez S, Colbatzky F et al. Is it possible for chronic urticaria diagnostic approach to be simplified? A clinical data checklist. *Rev Alerg Mex.* 2017; 64(3): 309-326.
- Penagos L, Calle L, Santos O. Manifestaciones extrahepáticas de la infección por el virus de la Hepatitis B. *Rev Col Gastroenterol.* 2016; 31(3).

353/89. No todo se debe al estrés**Autores**

L. Morato Lorenzo¹; M. Laynez Gallego²; C. Valenzuela Núñez³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto. Cádiz.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz.

Descripción del caso

NO RAMC. HTA, DLP. Síndrome depresivo. No Hábitos tóxicos. Tratamiento actual: enalapril 10mg/día, rosuvastatina 10mg/día, sertralina 50mg/día. BEG, COC, BHyP, eupneico en reposo. Varón de 50 años que acude al Centro de Salud por pérdida de conciencia y caída al suelo mientras trabajaba. Cefalea. No dolor torácico asociado ni cortejo vegetativo. El paciente relaciona el desvanecimiento con estrés laboral, más acusado en los últimos días. No obstante, la familia y su médico de familia le apreciamos discreta afasia por lo que tras ECG normal y dada la edad del paciente, los factores de riesgo y la amnesia del episodio se deriva al Servicio de Urgencias del Hospital para realización de analítica completa y pruebas de imagen.

Exploración y pruebas complementarias

En Urgencias la exploración física es anodina y la exploración neurológica no aporta nuevos datos. Se solicita analítica completa con troponina con todos los valores dentro de la normalidad, radiografía de tórax sin hallazgos y TAC de cráneo con y sin contraste donde se aprecia en la fosa craneal media izquierda, una lesión nodular que realza con el contraste, de contornos bien definidos y con edema alrededor, planteándose diagnóstico diferencia entre glioma de alto grado Vs meningioma esfenoidal. Tras estos hallazgos se interconsulta con Neurocirugía, quienes lo citan en su consulta y solicitan RM cerebral que confirma la presencia de meningioma del ala esfenoidal izquierda con edema peritumoral asociado. Se lleva a cabo exéresis tumoral completa sin incidencias.

Juicio Clínico

Meningioma del ala esfenoidal izquierda.

Diagnóstico diferencial

Síncope vasovagal, síncope cardiogénico, crisis epiléptica, ACVA.

Comentario final

Lo reseñable de este caso clínico radica en la importancia de la sospecha clínica que se hace aún más efectiva en el médico de familia que conoce a sus pacientes y sabe cuándo lo que les ocurre se aleja o acerca de la "normalidad" y le da la importancia que se merece. Además, debemos aprender cuándo derivar a Urgencias y en ese criterio es esencial la historia clínica y la exploración física, las herramientas más importantes en Atención Primaria.

Bibliografía

- Gelabert González M, Serramito García R. Meningiomas intracraneales: I. Epidemiología, etiología, patogénesis y factores pronósticos. *Rev Neurol*. 2011; 53(3): 165-172.

353/90. La importancia de sospechar la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en Atención Primaria.

Autores

T. Sanz Ortega¹; F. Hidalgo Martín¹; L. Ruiz Del Moral¹; M. Luna Moreno²; M. Sánchez Pérez³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga.; ³Médico de Familia. UGC Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.

Descripción del caso

Varón 34 años. No hábitos tóxicos. Refiere relaciones sexuales de riesgo hace años. Acude a Urgencias por cuadro febril de hasta 38,5°C de cuatro semanas de evolución que asocia disnea y pérdida de peso de 14 kilos en dos años. A la exploración destaca delgadez y dermatitis seborreica intensas junto con crepitanes finos. Se pauta azitromicina y se da de alta. Ante la falta de mejoría, acude cinco días después a su médico de Atención Primaria (AP) quien solicita analítica con determinación de VIH y radiografía de tórax. En analítica destaca anticuerpos de VIH positivos y en la radiografía patrón intersticial bilateral. Dado el mal estado del paciente y los hallazgos de las pruebas, se

deriva a Urgencias donde se decide ingreso en Enfermedades Infecciosas diagnosticándose de neumonía por *Pneumocystis Jirovecii*.

Exploración y pruebas complementarias

Gran delgadez. Intensa dermatitis seborreica. Analítica: leucocitos 6500, neutrófilos 3600, anticuerpos VIH positivos. Radiografía de tórax: patrón intersticial bilateral. TC torácico: Infiltrados alveolointersticiales en ambos lóbulos inferiores.

Juicio Clínico

Neumonía por *P. jirovecii* en VIH de novo

Diagnóstico diferencial

Ante un cuadro febril de origen desconocido, debemos descartar: tuberculosis, infección por VIH, endocarditis, brucelosis, procesos neoplásicos (linfomas y leucemias).

Comentario final

En cualquier cuadro febril de más de tres semanas de duración, es fundamental realizar una buena anamnesis que incluya hábitos, viajes y factores de riesgo. El caso de nuestro paciente nos hacía sospechar VIH por sus antecedentes y cuadro clínico. En España la prueba del VIH es gratuita y confidencial. Sin embargo, un 46,5% de personas diagnosticadas por primera vez presentaba indicios de diagnóstico tardío. Este caso referencia la importancia de la sospecha del VIH en AP que permitió el diagnóstico del paciente. Sin embargo, es esencial enseñar la prevención y diagnosticar precozmente el VIH en cualquier persona con prácticas de riesgo.

Bibliografía

- *Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia epidemiológica del sida en España. Actualización a 30 de junio de 2016. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ca/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2016.pdf*
- *Losa JE, Martín de Cabo R. Serología del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en atención primaria, ¿debe ser rutinaria en España?. Aten Primaria 2016;48:686-7*

353/92. Cuidado con la tos.

Autores

E. Gutiérrez Reyes¹; A. Roldán Montoya²; M. García Martín³; E. Ballesteros Muñoz²; L. Vázquez Bandera⁴.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente. Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Centro de Salud Colonia Santa Inés - Teatinos. Málaga.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Málaga.

Descripción del caso

Paciente mujer de 56 años que acude a consulta por tos seca, irritativa, sin expectoración de 1 mes de evolución. No fiebre ni dolor pleurítico. No perdido de peso. Acudió hace 3 días al centro de salud donde se pautó levofloxacino y se solicitó radiografía de tórax. Se solicita analítica de sangre, espirometría. Antecedentes personales: NAMC. No hábitos tóxicos. Dislipemia. IqX: Varices, glaucoma, apendicectomía. Tratamiento habitual. Lorazepam, pentoxifilina, timolol.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, eupneica y normocoloreada. ACP: normal. Abdomen anodino. Miembros inferiores sin hallazgos patológicos. Analítica de sangre: Hb 13; VCM 84.8; HCM 28.20; Plaquetas 197000; Leucocitos 15400, con fórmula normal Glucosa 96 Urea 25 Creatinina 0.67 Na 138 K 4.5 Calcio 9.33 FG>60 Perfil hepático normal Colesterol 188. Espirometría: FVC: 2600(122%) FEV1: 2060(118%) FEV1/FVC: 79%. Rx tórax: Posible masa/infiltrado neumónico en el lóbulo pulmonar inferior derecho. Se recomienda tratamiento con antibiótico y control evolutivo, y en función de los hallazgos completar con TAC/PET de tórax. No alteraciones en la silueta cardiomediaستیnic ni en hilios pulmonares. No derrame pleural.

PET-TAC: Incremento de consumo de glucosa muy elevado por parte de la masa del pulmón derecho. Afectación de las adenopatías del hilio pulmonar derecho hacia la región subcarinal presentando adenopatías y afectación de la adenopatía paratraqueal baja derecha. Broncoscopia: Cuerdas móviles, tráquea normal. Carina principal ensanchada. Árbol derecho con lesión de aspecto tumoral, que se biopsia. Se envían muestras a AP. Anatomía Patológica: Positivo para células malignas, compatible con carcinoma no microcítico.

Juicio Clínico

Carcinoma epidermoide de pulmón

Diagnóstico diferencial

Tabaco y otros tóxicos; Asma; Enfermedad pulmonar intersticial; RGE; Bronquiectasis; Bronquitis crónica; Tuberculosis; ICC; Neoplasia; Fármacos; Infecciones; Cuerpo extraño; Psicógena

Comentario final

Resaltar la importancia de vigilar la tos de larga evolución. Realizar siempre una anamnesis y exploración física rigurosa.

Se puede definir como tos crónica o de larga evolución a aquella que se presenta durante más de tres semanas sin etiología conocida, o durante más de ocho semanas si existe un antecedente médico de infección respiratoria aguda previa.

La tos es un motivo de consulta muy frecuente en AP, y a menudo el síntoma guía.

Bibliografía

- *Cáncer de pulmón. Manual 12 de Octubre.*
- *Fisterra. Página Web.*

353/93. La amaurosis fugax en alguien que nunca ha estado enfermo.

Autores

M. Guirado Sánchez¹; L. López Puerta²; P. García Acosta².

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Consultorio de Balanegra. Distrito Poniente. Almería.; ²Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Distrito Poniente. Almería.

Descripción del caso

Paciente de 82 años, natural de Italia, reside en nuestra localidad desde hace 15 años junto a su marido. Jubilada, previamente, trabajaba como profesora en un instituto en su país.

AP: intervenida de apendicitis a los 32 años. Rinoconjuntivitis alérgica con asma leve bien controlada en la actualidad.

Acude a consulta con su marido. Nos comenta que ayer por la noche, mientras leía, notó la pérdida súbita de visión en el ojo izquierdo, de uno o dos minutos de duración, con recuperación total de la misma transcurrido ese tiempo. Preguntando más específicamente cómo definiría esa pérdida de visión súbita, la paciente nos comenta que perdió la visión de dicho ojo de manera súbita, sin ningún otro signo o síntoma asociado.

Exploración y pruebas complementarias

TA: 110/70mmHg.

Frecuencia cardíaca: 88 lpm.

Sat.O2: 98%.

Exploración neurológica: pupilas isocóricas y normorreactivas, no nistagmo espontáneo. Movimientos oculares extrínsecos conservados, no déficits visuales por confrontación. No presenta signos de localización neurológica central en el momento actual. Fuerza y sensibilidad en miembros conservadas. Maniobra dedo-nariz y rodilla-talón sin alteraciones. No alteraciones de la marcha.

ACR: tonos arrítmicos a buena frecuencia, sin soplos. Murmullo vesicular conservados sin ruidos patológicos sobreañadidos.

No auscultamos soplos carotídeos.

Abdomen: anodino.

Miembros inferiores: no signos de trombosis venosa profunda, pulsos dislates presentes y simétricos. Electrocardiograma: fibrilación auricular con respuesta ventricular en torno a 88 lpm.

Calculamos CHA2DS2-Vasc: 3.

Juicio Clínico

Episodio de Amaurosis Fugax en paciente con Fibrilación Auricular de comienzo incierto.

Diagnóstico diferencial

Estenosis de troncos supraaórticos: embolismo, ateroembolismo, disección.

Neuropatía óptica isquémica ó no.
 Oclusión vena central de la retina.
 Presión intraocular elevada.
 Vasculitis.
 Coagulopatías.

Comentario final

Dado el cuadro de la paciente se deriva a servicio de urgencias hospitalarias.
 Allí es valorada por Oftalmólogo de guardia que descarta patología oftalmológica.
 Se le realiza TAC craneal, sin hallazgos.
 Se mantiene monitorizada durante varias horas, constatando la fibrilación auricular con respuesta ventricular controlada.
 Se inicia anticoagulación con enoxaparina 60, pendiente de valoración por hematología para iniciar tratamiento con sintrom.
 Es derivada a consulta de cardiología donde se le programa eco-doppler de troncos supraaórticos.

Bibliografía

- *Amaurosis fugax (transient monocular or binocular visual loss)* Authors:Syndee Givre, MD, PhD-Gregory P Van Stavern, MDSection Editors:Paul W Brazis, MDJonathan Trobe, MDDeputy Editor:Janet L Wilterdink, MD.
- Fisher CM. 'Transient monocular blindness' versus 'amaurosis fugax'. *Neurology* 1989; 39:1622.

353/94. Doctora, el corazón me va a mil por hora.

Autores

M. Guirado Sánchez¹; P. García Acosta²; L. López Puerta².

Centro de Trabajo

¹Médico de Familia. Consultorio de Balanegra. Distrito Poniente. Almería.; ²Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Distrito Poniente. Almería.

Descripción del caso

Paciente de 40 años. Fumadora de 5 cigarrillos/día.
 AP: Síndrome de Gilbert, hipertransaminasemia, apendicectomía hace quince años.
 Gestante de 16 semanas citada para control de embarazo. Refiere que mientras esperaba en la sala de

espera, notó que el corazón le iba muy rápido y con palpitaciones intensas, sin dolor torácico ni cortejo vegetativo asociado.

Exploración y pruebas complementarias

TA: 100/75mmHg.

FC: 145lpm. Sat.O2: 99%.

ACR: tonos arrítmicos y rápidos, no auscultamos soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

TSH(en perfil 2º trimestre) de 2,019.

Electrocardiograma: fibrilación auricular con respuesta ventricular a 140 lpm.

Realizamos búsqueda bibliográfica en consulta y, al tratarse del primer episodio de FA en la paciente, y al no sospechar cardiopatía estructural, intentamos revertir a ritmo sinusal con flecainida 300mg, oral (se revisa en vademécum la no documentación de toxicidad en feto) y bajo monitorización, trasladamos a la paciente al hospital para estudio.

Juicio Clínico

Fibrilación auricular de novo en gestante de 16 semanas.

Diagnóstico diferencial

Hipertiroidismo en gestante.

Taquicardia supraventricular.

Comentario final

Según la revisión bibliográfica y las recomendaciones de las guías, en gestante con FA: 1. Control de frecuencia ventricular con digoxina, betabloqueantes o antagonistas del calcio (Nivel de evidencia C). 2. Cardioversión eléctrica en pacientes hemodinámicamente inestables. (Nivel de Evidencia C). 3. Terapia antitrombótica (anticoagulante o aspirina) en pacientes de alto riesgo. 4. Se puede realizar cardioversión farmacológica con antiarrítmicos IA, flecainida si la paciente no presenta cardiopatía estructural, bajo monitorización continua.

Bibliografía

- Blomström-Lundqvist C, Scheinman MM, Aliot EM, Alpert JS, Calkins H, Camm AJ, Campbell WB, Haines DE, Kuck KH, Lerman BB, Miller DD, Shaeffer CW Jr, Stevenson WG, Tomaselli GF, Antman EM, Smith SC Jr, Alpert JS, Faxon DP, Fuster V, Burgos

EF, Cowie M, Deckers JW, Garcia MA, American College of Cardiology, American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines.

353/95. Fiebre en paciente viajero, a propósito de un caso.

Autores

P. García Acosta¹; L. López Puerta¹; M. Guriado Sanchez².

Centro de Trabajo

¹Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Distrito Poniente. Almería.; ²Medico residente. balanegra. almería.

Descripción del caso

Varón de 40 años Natural de Nigeria, 10 años en España. Consulta en atención primaria por cuadro febril de hasta 39°C mialgias generalizadas y cefalea. Niega dolor de garganta, no dolor abdominal. No tos ni expectoración. No disnea ni dolor torácico. No alteración del hábito deposicional. No lesiones cutáneas. Ha regresado de su país hace una semana. Refiere no haber recibido profilaxis antipalúdica.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial: 130/70 mmHg. Frecuencia cardíaca: 100 lpm. Saturación oxígeno 98%. Temperatura 38.5 C. Buen estado general, consciente y orientado, normohidratado y normoperfundido. Eupneico en reposo y al habla. Auscultación cardiopulmonar: Tonos puros y rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen anodino. No adenopatías ni lesiones cutáneas.

Se deriva a urgencias hospitalarias donde se solicita analítica con hemograma, bioquímica y coagulación destacando leucocitosis con neutrofilia, PCR 17 mg/dL, discreta elevación de las transaminasas y eosinofilia. Radiografía de tórax y abdomen sin lesiones significativas. Test de diagnóstico rápido de malaria positivo para plasmodium falciparum. Parasitemia menor del uno por ciento. Hemocultivos y urocultivo negativos.

Juicio Clínico

Malaria importada

Diagnóstico diferencial

Infección bacteriana: neumonía, infección del tracto urinario, gastroenteritis, ...

Comentario final

Se debe sospechar malaria ante cualquier paciente que consulta por fiebre proveniente de zona endémica de malaria. El diagnóstico se establece con una clínica compatible (fiebre, malestar general, mialgia, artralgia, dolor de cabeza) y con una prueba de laboratorio positiva que identifique el parásito. Estas pueden ser: test de diagnóstico rápido, visualización del plasmodium en gota gruesa o frotis. Las técnicas moleculares para la detección de material genético se limitan a los entornos de investigación.

Bibliografía

- World Health Organization. Guidelines for the treatment of malaria, 3rd ed, WHO, Geneva 2015. <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241549127/en/> (Accessed on September 10, 2015).
- Bailey JW, Williams J, Bain BJ, et al. Guideline: the laboratory diagnosis of malaria. General Haematology Task Force of the British Committee for Standards in Haematology. Br J Haematol 2013; 163:573.
- Abanyie FA, Arguin PM, Gutman J. State of malaria diagnostic testing at clinical laboratories in the United States, 2010: a nationwide survey. Malar J 2011; 10:340.

353/96. Lesión axilar, ¿infección o sobreinfección?

Autores

P. García Acosta¹; M. Guirado Sánchez²; L. López Puerta¹.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Distrito Poniente. Almería.; ²Médico de Familia. Consultorio de Balanegra. Distrito Poniente. Almería.

Descripción del caso

Mujer de 20 años de edad, sin antecedentes personales de interés. Acude a la consulta por presentar lesión en axila pruriginosa de un mes de evolución a la cual no le ha hecho mucho caso pero desde hace 2 días además nota dolor intenso y aprecia crecimiento de ampolla supurativa. Refiere usar desodorantes en spray desde hace una semana. No se ha depilado desde hace tiempo. Sin más sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración se aprecia lesión circinada con bordes bien delimitados hipopigmentados con ampolla central supurativa de contenido seroso. No adenopatías axilares ni supraclaviculares. No presenta más lesiones en otras regiones.

Juicio Clínico

Candidiasis axilar impetiginizada.

Diagnóstico diferencial

Pénfigo. Quemadura por uso de desodorante.

Comentario final

El impétigo es una infección bacteriana superficial producida principalmente por *S. Aureus*. Se presenta como lesiones que van desde pápulas a vesículas, pústulas y costras. Es muy contagiosa, de ahí la importancia de la higiene de manos. El tratamiento de una región localizada se realiza con antibioterapia tópica con mupirocina. Por el contrario si afecta a una amplia zona cutánea es preferible antibioterapia oral con doxiciclina, clindamicina o trimetoprim-sulfametoxazol. Es frecuente que este patógeno asiente sobre piel previamente dañada o infectada.

En este caso se pautó tratamiento tópico con mupirocina durante 7 días, seguido de ketoconazol tópico durante 15 días. Se recomendó cambiar de desodorante, a poder ser no usar en spray y demorar la depilación hasta completar el tratamiento. La paciente presentó mejoría sintomática tras llevar a cabo el tratamiento pautado.

Bibliografía

- Bowen AC, Mahé A, Hay RJ, et al. *The Global Epidemiology of Impetigo: A Systematic Review of the Population Prevalence of Impetigo and Pyoderma*. *PLoS One* 2015; 10:e0136789.

- Romani L, Steer AC, Whitfeld MJ, Kaldor JM. *Prevalence of scabies and impetigo worldwide: a systematic review*. *Lancet Infect Dis* 2015; 15:960.

353/100. Mujer con alteración de pulsos en miembros superiores.**Autores**

J. León Domínguez¹; J. Zuleta Valencia²; O. López Peireiro³; L. Ballesteros Lechuga⁴.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén.; ²Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle-Inclán. Ourense.; ³Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Puente. Ourense.; ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Jaén.

Descripción del caso

Mujer de 55 años, tabaquismo, alcohol. HTA larga data, tratamiento: bisoprolol, cafinitrina y amlodipino. Estenosis Aórtica asociada a Insuficiencia Mitral a los 30 años y seguida en Cardiología. Había sufrido un IAMSEST asociado a fibrilación auricular. Se relacionó a un síndrome de hipercoagulabilidad, se anticoaguló con acenocumarol. Consultó a urgencias por dolor torácico tipo anginoso. Se diagnosticó con EKG y Troponinas un IAMCEST con buena evolución, egresando 1 semana después.

Acude a Atención Primaria para control, hallando pulsos débiles en MSD y carótida ipsilateral, asociados a disminución del volumen del mismo miembro comparado al contralateral y circulación colateral ipsilateral. Agregó que a los 20 años presentaba dolor en MSD con esfuerzos moderados y en ocasiones consultó por síncope, se deriva para estudios.

Exploración y pruebas complementarias

Colagenopatías y síndrome antifosfolípido: negativos. Ecocardiograma: Miocardiopatía hipertrófica obstructiva leve con Insuficiencia Mitral leve, Fracción de Eyección del 50%. Ecografía de abdomen normal. Biopsia de arteria temporal normal. Doppler de cuello: trombosis de la carótida común, subclavia y vertebral derechas.

Angiografía: ectasia de aorta ascendente y falta de opacificación del tronco braquiocefálico, subclavia derecha y carótida común derecha; había estenosis carotídea común izquierda a 1cm de su origen y dilatación de la subclavia izquierda, donde salía abundante circulación colateral hacia el lado derecho.

Resonancia Magnética: confirma Arteritis de Takayasu.

Paciente sin complicaciones y egresa con tratamiento de patologías de base y seguimiento en Consulta Externa.

Juicio Clínico

Enfermedad de Takayasu.

Diagnóstico diferencial

Aterosclerosis. Trombofilia. Otras vasculitis. Sífilis terciaria. Fármacos (cocaína).

Comentario final

Ante la asimetría de pulsos se deben estudiar causas de oclusión arterial, infecciosas (sífilis terciaria y endocarditis), medicamentosas (ergotamina, cocaína) y vasculares (ateroesclerosis, vasculitis, trombofilia). En este caso los hallazgos radiológicos eran localizados y muy severos. Cumplía con los 6 criterios de diagnóstico. Los estudios realizados para el diagnóstico diferencial eran negativos (serología, trombofilias, ecocardiograma), contaba además con factores de riesgo cardiovascular (aterosclerosis).

Las vasculitis pueden manifestarse como eventos trombóticos y oclusivos asociados con hipertensión. Es importante los controles en Atención Primaria y Reumatología para vigilar actividad de la enfermedad. Tratamiento: corticoides e inmunosupresores.

Bibliografía

- Braunwald, Kasper, Fauci, Longo, Jameson, Loscalzo. *Harrison Principios de Medicina Interna*. 17 Edición, 2010. Página: 2211

353/107. Dolor torácico tras evento estresante.

Autores

A. Roldán Montoya¹; E. Ballesteros Muñoz¹; E. Gutiérrez Reyes².

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Centro de Salud Colonia Santa Inés - Teatinos. Málaga.; ²Médico Residente. Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 60 años sin antecedentes personales de interés que acude al centro de salud por dolor torácico opresivo, no irradiado y sin cortejo vegetativo acompañado de disnea que apareció la tarde anterior tras ver como atropellaban a una vecina. Refiere que el día anterior se le hizo un electro que fue normal. En el centro de salud se realiza anamnesis y exploración completa de la paciente y se realiza nuevo electrocardiograma en el que se objetiva inversión de la T de V1 a V5 con supradesnivelación del ST en V2 y V3 por lo que se deriva a Urgencias hospitalarias ante la sospecha de síndrome coronario agudo

En Urgencias se solicitaron pruebas complementarias y fue valorada por Cardiología, que dadas las alteraciones en el electro y el aumento de enzimas de daño miocárdico, realizó a la paciente un ecocardiograma en el que se objetiva hipocinesia apical y leve disfunción ventricular izquierda e indicó realización de cateterismo, en el que no se evidenció enfermedad coronaria obstructiva, tras lo cual la paciente quedó ingresada en la planta de Cardiología.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, eupneica en reposo. Saturación basal de oxígeno 97%. TA 130/70

Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos, sin soplos, sin ruidos patológicos, murmullo vesicular conservado

Abdomen: anodino

Análítica de sangre: hemograma normal, discreta elevación de marcadores de daño miocárdico (pico de troponina 0.520), NT-proBNP 900, resto de parámetros en rango de normalidad

Radiografía tórax: sin alteraciones significativas

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 80 lpm, eje y PR normales, T negativa simétrica de V1 a V5 con supradesnivelación del ST en V2 y V3, QTc 0.55s

Ecocardiograma: FEVI 49%, hipocinesia apical del ventrículo izquierdo

Cateterismo: sin evidencia de enfermedad coronaria obstructiva

Juicio Clínico

Síndrome de Takotsubo

Diagnóstico diferencial

Síndrome coronario agudo

Síndrome de Wellens

Estenosis crítica de la descendente anterior

Comentario final

Resaltar la importancia de una buena anamnesis y exploración física y la utilidad del electrocardiograma en el diagnóstico diferencial del paciente con dolor torácico

Actualmente la paciente no ha tenido nuevos episodios de dolor y se han normalizado las alteraciones previas del electro y del ecocardiograma.

Bibliografía

- Qin D, Patel SM, Champion HC. "Happiness" and stress cardiomyopathy (apical ballooning syndrome/takotsubo syndrome). *Int J Cardiol* 2014;172:e182-e183
- Manual 12 Octubre
- Fistera

353/114. Doctor, no hago bien la digestión y me siento hinchada.

Autores

M. Rodríguez Borrego; A. Jiménez Ruiz; M. Arias Galera.

Centro de Trabajo

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 54 años, sin alergias medicamentosas conocidas, post menopáusica y que presenta como único antecedente personal de interés síndrome de túnel carpiano intervenido quirúrgicamente. Ex fumadora desde hace ocho años. Acude a consulta por una clínica de distensión y dolor abdominal, junto a sensación de saciedad precoz desde hace cuatro meses. La pa-

ciente atribuía sus síntomas a probables flatulencias, pero ya le preocupaba su persistencia. Como antecedentes familiares, la paciente nos indicó que su hermana y su abuela materna eran celiacas. Nos indicó que se despertaba sin distensión abdominal y ésta iba apareciendo a lo largo del día, principalmente, post pandrial. Había retirado los lácteos de su dieta sin notar mejoría. Mencionaba mayor sintomatología cuando ingería abundantes hidratos de carbono.

Exploración y pruebas complementarias

Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, doloroso a la palpación profunda epigástrica. Con ruidos hidroaéreos presentes. No signos de peritonismo. Murphy y blumberg negativos. Analítica sanguínea con marcadores de celiaquía: Anticuerpos anti transglutaminasa en rango patológico. Niveles de inmunoglobulina A en rango. Prueba de Helicobacter Pylori en heces negativa.

Juicio Clínico

Celiaquía sintomática.

Diagnóstico diferencial

Patología neoplásica ginecológica. Gastritis por Helicobacter pylori. Síndrome de intestino irritable.

Comentario final

Tras instauración de una dieta sin gluten, la paciente mejoró. Como conclusión, es fundamental cuestionar si se despierta con la distensión abdominal o si ésta aparece en el transcurso del día, pues de presentarla de forma permanente, deberíamos descartar una ascitis de causa ginecológica. A su vez, al solicitar los marcadores de la celiaquía desde Atención Primaria, es fundamental solicitar los niveles de Inmunoglobulina A, ya que los Anticuerpos Transglutaminasa son de tipo Ig A y, si hay un déficit de la misma, podemos obtener un Falso Negativo en la prueba. Es fundamental tener unas nociones básicas de la patología abdominal puesto que con ellas, se puede realizar un manejo correcto y orientar la patología que presente nuestro paciente de la forma más adecuada. A su vez, también resulta de relevancia el interrogar sobre antecedentes familiares, puesto que muchas enfermedades que provocan síntomas abdominales presentan agregación familiar.

Bibliografía

- Sardi J, Casellas F, Malagelada J R, De Torres I. *Clinical relevance of immunoglobulin A deficiency in celiac disease*, *Med Clin*. 2000; 115(18):687-689

353/116. Abordaje de un hombro doloroso desde Atención Primaria.

Autores

M. Rodríguez Borrego; M. Arias Galera; E. Malpica Bernier.

Centro de Trabajo

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 45 años, sin alergias conocidas ni hábitos tóxicos con antecedentes personales de cervicalgia crónica y síndrome ansioso depresivo, como tratamiento habitual toma fluoxetina 20 mg cada 24 horas y paracetamol 1 gramo de forma ocasional. Acude por presentar dolor en hombro derecho desde hace dos semanas que le imposibilita realizar su trabajo. Es cocinera.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración presenta limitación del arco de movimiento del hombro derecho junto con maniobras de "palm up"¹ y "yocum"² positivas, lo que nos orienta a una patología del espacio subacromial. El resto de maniobras exploratorias del hombro son negativas. Radiografía anteroposterior y oblicua lateral de hombro derecho con signos degenerativos, sin otros hallazgos de interés.

Juicio Clínico

Síndrome subacromial

Diagnóstico diferencial

Capsulitis adhesiva, tendinitis del manguito de los rotadores, hombro congelado.

Comentario final

Ante dicho caso, pautamos antiinflamatorios, relajantes musculares, calor seco local episódico, medidas higiénico posturales y reposo relativo. También aconsejamos deportes acuáticos y de estiramien-

tos. La paciente presentó una mejoría significativa inicialmente pero volvió a empeorar. Consideramos entonces realizar interconsulta a Medicina Física y Rehabilitadora para valorar tratamiento fisioterápico o intervencionista. En casos como el que nos concierne resulta de relevancia conocer la profesión del paciente, puesto que puede ser un factor de riesgo para la patología que sospechamos. Concluir con que una de las herramientas diagnósticas más valiosas de un médico de Atención Primaria son sus manos; la exploración física junto a una minuciosa anamnesis son claves para una correcta orientación diagnóstica. El abordaje de patologías osteomusculares de forma correcta en muchas ocasiones lleva a la curación de las mismas. Sin embargo, no debemos olvidar la importancia de la realización de interconsulta a otras especialidades cuando el paciente requiere medidas de las que en Atención Primaria no se dispone.

Bibliografía

- Beaudreuil J, Nizard R, Thomas T, Peyre M, Liotard J P, Boileau P et al. *Contribution of clinical tests to the diagnosis of rotator cuff disease: A systematic literature review*. *Rev Rhum*. 2009; 76 (1):16-21

353/118. Linfocitosis a estudio.

Autores

A. Allés Florit¹; N. Soto Ponce²; M. Serrano León¹.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Granada.; ²Médico Residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril Este. Granada.

Descripción del caso

Varón, 75 años, con antecedentes personales: Cardiopatía isquémica e HTA, consulta a su médico por cansancio progresivo. En tratamiento: clopidogrel, AAS, metoprolol, enalapril, ezetimibe, alopurinol. No síntomas B. En analítica: leucocitosis a expensas de linfocitosis y en la exploración esplenomegalia. Se deriva a Hematología para estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Estado general conservado. Afebril. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen blando, depresible,

no doloroso. Se palpa esplenomegalia (EMG). Analítica (evolutiva): RAL 6.500→9.200→11.580→14.530→15.870. Autoinmunidad negativa. Serología negativa. Coombs directo negativo. Proteinograma normal. No componente monoclonal. TAC abdominopélvico: esplenomegalia de 17 cm. Nódulo 13 mm riñón derecho; Quistes simples riñón izquierdo. TAC control a los 8 meses: EMG en progresión. Bazos supranumerarios aumentados de tamaño respecto a previo. Adenopatías retroperitoneales. Enfermedad en progresión.

Juicio Clínico

Linfoma Marginal de zona esplénica en progresión

Diagnóstico diferencial

Linfocitosis por fármacos. Autoinmunes. Infecciones. Sdr. Mononucleósico. Sdr. Linfoproliferativo (célula B, T y NK).

Comentario final

Las linfocitosis (recuento > 4x10⁹/L) se clasifican: agudas/crónicas, primarias/secundarias o reactivas según etiología, y policlonales/monoclonales según naturaleza. Ante una linfocitosis persistente, realizar historia clínica exhaustiva y revisión del frotis de sangre periférica, es fundamental, así como pruebas dirigidas a descartar etiología infecciosa. La presencia de linfocitosis monoclonal suele reflejar patología linfoproliferativa (leucemia linfática crónica, la más frecuente), requiriendo estudio de médula ósea. En adultos mayores suele deberse a cuadros linfoproliferativos y en jóvenes, a cuadros virales frecuentemente mononucleosis. Evolución: A los 9 meses, estando en abstención terapéutica hasta entonces, el paciente inicia pérdida de peso de 2 tallas, sudoración nocturna y disconfort abdominal con EMG de 4 traveses. Se decide iniciar QT, presentando citopenias post-tratamiento, eritema cutáneo compatible con intertrigo candidiásico (resuelto) y en 3r ciclo de QT sufre intolerancia a Rituximab con cuadro de hipotensión. Tras valoración, evolución y nuevo TAC (progresión enfermedad), se decide no poner pauta desensibilización Rituximab (alto riesgo de cardiopatía isquémica/ arritmia y gran reacción infusional), optando a Esplenectomía.

Bibliografía

- F. García, A. Melero, J. Gómez. *Protocolo diagnóstico de las linfocitosis agudas y crónicas. Medicine:*

Serie 11, Nº.21, 2012 Pg.1317-1320

- M.Gómez, Luz del Carmen Tarín, O. Cantú. *La leucemia linfocítica crónica no es la única causa de linfocitosis persistente. Medicina Universitaria 2008;10(41):212-5*

353/121. Doctora, la tristeza me desvanece.

Autores

M. Borge Hierro¹; C. Padial Rodríguez².

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril Centro. Granada.; ²Médico de Familia. Centro de Salud Motril Centro. Granada.

Descripción del caso

Hombre de 67 años. Como antecedentes personales es hipertenso de larga data. Su mujer falleció hace un año por proceso oncológico. Desde hace unos meses se nota más débil y con sensación de mareos, nunca ha consultado por ellos. Tanto él como los familiares lo achacaban a la pérdida de su esposa. El paciente consultó con un psiquiatra privado el cual pautó tratamiento antidepresivo y achacó los mareos como somatización de esa tristeza. Un día el paciente acude por un mareo de más larga duración junto con desvanecimiento.

Exploración y pruebas complementarias

A nuestra exploración el paciente se encuentra consciente y orientado, algo pálido, afebril. Buenas constantes excepto frecuencia cardiaca en torno a 45 lpm. Auscultación con tonos bradicardicos muy rítmicos y sin soplos. Resto de exploración sin hallazgos. Realizamos entre otras pruebas un electrocardiograma que muestra una bradicardia a 45 latidos por minuto. Rítmico. No muestra onda p. Ante ello se deriva a hospital por sospecha de enfermedad del seno, donde llega a ser atendido por UCI con posterior ingreso y colocación de marcapasos.

Juicio Clínico

Enfermedad del seno

Diagnóstico diferencial

Fibrilación auricular bloqueada Bradicardia sinusal Bloqueo AV Hipotensión

Comentario final

No toda sintomatología ante un cuadro depresivo es una somatización. Primero debemos descartar enfermedad orgánica. La necesidad de marcapasos ante esta situación es debida a la sintomatología de la enfermedad que puede llegar a ser muy sintomática con una pérdida de conocimiento consecuente a la bajada de frecuencia y deterioro de la funcionalidad del ritmo cardiaco.

Bibliografía

- *The Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology (ESC) European Heart Journal (2009) 30, 2631–2671 doi:10.1093/eurheartj/ehp298 6. Josephson, ME. Sinus Node Function. In: Clinical Cardiac Electrophysiology: Techniques and Interpretations, 4th, Lippincott, Williams, & Wilkins, Philadelphia 2008. p.69-92.*

353/123. Lo que se esconde tras la cefalea.

Autores

M. Abril¹; M. Laynez Gallego²; C. Valenzuela Núñez³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud el Olivillo. Cádiz.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto. Cádiz.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz.

Descripción del caso

No RAMC. No hábitos tóxicos. Sin antecedentes médicos de interés salvo esclerodermia en tratamiento y seguimiento por Dermatología. Realiza tratamiento únicamente con anticonceptivos orales.

Mujer de 39 años que acude al servicio de Urgencias del Centro de Salud por cefalea holocraneal de aparición subaguda desde hace 5-7 días que cede parcialmente con analgesia habitual. Tras realizar una historia clínica y exploración exhaustiva que resulta normal la paciente es dada de alta con aumento de analgesia. Tres días más tarde es traída por sus familiares por hipersomnolia y delirio, con lenguaje incongruente monosílabo desde hace una hora. La pacien-

te es derivada al Servicio de Urgencias Hospitalarias para valoración. Durante su estancia en dicho servicio, la paciente comienza con convulsión tónico-clónica generalizada autolimitada de un minuto de duración. Una vez estabilizada se realiza TC de cráneo, analítica completa, electrocardiograma y radiografía de tórax para iniciar estudio de la causa.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente normocoloreada y normohidratada. No se objetivan lesiones cutáneas. Afebril y eupneica en reposo. Glasgow 13. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen anodino. Extremidades bien perfundidas sin signos de trombosis venosa profunda, insuficiencia venosa crónica ni edema.

Analítica, electrocardiograma y radiografía de tórax sin hallazgos patológicos

TC cráneo: Hipodensidad de ambos tálamos, bilateral y simétrica, que afecta también a la cabeza de los caudados. Sin otros hallazgos valorables por esa técnica de imagen,

Juicio Clínico

Trombosis venosa cerebral

Diagnóstico diferencial

Hipertensión intracraneal idiopática/ Meningitis subaguda/Hemorragia subaracnoidea/Arteritis de la temporal.

Comentario final

El diagnóstico diferencial de una patología tan frecuente como la cefalea es muy amplio por lo que la sospecha de patologías poco frecuentes como la trombosis venosa intracraneal es susceptible de ser mal diagnosticada debido además a su gran variabilidad de presentación clínica. Por esta razón, es imprescindible dar importancia a los factores de riesgo en todos los pacientes y considerar tempranamente la realización de pruebas de imagen que descarten patologías agudas potencialmente graves.

Bibliografía

- *Boussier MG, Ferro JM. Cerebral venous thrombosis: an update. Lancet Neurol. 2007; 6:162-70.*
- *Puig J, Pedraza S, Blasco G, Serena J. Actualización en el diagnóstico radiológico de la trombosis venosa cerebral. Radiología 2009. 51 (4): 351-361.*

353/124. ¿Son evitables los tofos gotosos?

Autores

P. Hermoso Oballe¹; I. Estrada Arroyo²; M. Otero Garrido³; J. de Castro Simón².

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algarrobo. Málaga.; ²Médico Adjunto. Centro de Salud Algarrobo. Málaga.; ³Médico Residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algarrobo. Málaga.

Descripción del caso

Varón, 67 años, con antecedentes personales de hipertensión, hipertrigliceridemia e hiperuricemia con crisis gotosas previas.

Intervenciones quirúrgicas: fractura de radio y apófisis estiloides (2009), desprendimiento de vítreo (2011).

Fumador de 15 paquetes/año y bebedor de dos copas de vino al día.

Tratamiento habitual: carvedilol 6.25mg/12 horas, enalapril 20/hidroclorotiazida 12.5/12 horas, alopurinol 300 mg/24 horas.

Acude a nuestra consulta un paciente con los antecedentes descritos por dolor a nivel del pie izquierdo que le impide calzarse.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, destaca un nódulo de características inflamatorias (caliente, rojo y doloroso al tacto) a nivel de la articulación metatarsofalángica del quinto dedo del pie izquierdo.

Se realiza radiografía simple de pie izquierdo que muestra un aumento de densidad periarticular a nivel de la articulación metatarsofalángica del quinto dedo.

A su vez, también se realiza analítica con los siguientes resultados: hemograma con Hb 15.4, Hto 47, VCM 93, Leucocitos 7570, Plaquetas 201.000. Bioquímica: creatinina 1.19 con filtrado glomerular 61 y ácido úrico 6.7

Juicio Clínico

Tofo gotoso

Diagnóstico diferencial

Xantomas, calcinosis cutis, nódulos reumatoides, neuroma de morton

Comentario final

La gota es la enfermedad provocada por el depósito de cristales de urato monosódico (UMS) en regiones articulares, periarticulares o subcutáneas. Hablamos de un ataque de gota ante un episodio de inflamación articular aguda.

El diagnóstico definitivo se basa en la identificación de cristales de UMS en el líquido sinovial; la clínica y la hiperuricemia no confirman ni excluyen.

El tratamiento sólo debe hacerse cuando la hiperuricemia es sintomática, se inicia con AINEs y se deja el tratamiento hipouricemiante para cuando la fase aguda ya ha pasado.

Dada la relación entre la hiperuricemia y otras enfermedades con la ERC, el síndrome metabólico y otras enfermedades cardiovasculares, se aconseja la búsqueda activa de estas comorbilidades en los pacientes con gota.

Por todo esto es importante el diagnóstico, prevención y el tratamiento de la gota, incluso en aquellos pacientes en los que la hiperuricemia no es muy alta pero presentan clínica como es nuestro caso.

Bibliografía

- Hermosa J, Pascual R. Hiperuricemia y gota. *AMF*. 2017;13(9):523-528
- Pérez F, Loza E, García de Yébenes MJ. Guía de práctica clínica para el manejo de la gota. *Sociedad Española de Reumatología*. 2013. Disponible en: <http://www.ser.es/prac-ticaClinica/GuipeClinGot/>

353/126. Hinchazon abdominal y aumento de su perímetro

Autores

E. Calatrava López-Ronco¹; E. Sánchez Hernica²; E. Sicilia Barea³; M. Rojas Martínez⁴; I. Villalobos Millán²; E. Vázquez Mancilla¹.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Málaga.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teatinos. Málaga.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés Torcal. Málaga.; ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Tiro de Pichón. Málaga.

Descripción del caso

NAMC. Independiente ABVD

DM. HTA. Hipotiroidismo. Incontinencia urinaria.

TTO: Victoza, verapamilo, mirabegron, toujeo, pregabalina, AAS, amlodipino, eutirox, condrosan

Mujer 67 años acude a consulta por ligero aumento perímetro abdominal progresivo de dos semanas de evolución junto con dolor abdominal difuso sin relación con las deposiciones ni ingesta. Pérdida de peso y apetito en último mes. Afebril. No epigastralgia ni pirosis.

Abdomen: Distendido, indurado sin poder palpase masa ni visceromegalia.

Se solicita AS con perfil hepático, serología virus y se cursa derivación a digestivo.

A la semana vuelve a consulta por mayor aumento del perímetro abdominal y disnea de mínimos esfuerzos

Exploración y pruebas complementarias

BEG, Buena coloración de piel. Eupneica en reposo

ACR: Sin alteraciones

Abdomen: Distendidomatidez a la percusión, aumento de líquido, oleada ascítica positiva.

MMII: no edemas

Análítica: Hb 13, leucocitos 13000, creatinina 1.04, FG: 56, iones normales, perfil hepático normal, PCR 143

Serología: VHA, VHB, VHC, CMV, VEB y VIH negativa

Se deriva a urgencias para paracentesis diagnóstica y terapéutica

Líquido ascítico: Glucosa 140, albumina 1.6, PT 3.4, hematíes 2000(62% PMN). GAS-A0.5

ECO abdomen: Hígado difuso lesiones solidas en ambos LLHH, algunas con morfología "ojo de buey" sugestivas de metástasis. Se aprecia un área heterogénea, hipoecogénica de unos 5.8x3cm, en teorice lecho de la vesícula biliar, plantean la posibilidad de tumor primario de localización vesicular. Ascitis moderada

TAC Abdomen: en lecho vesicular se parecía masa mal definida de aspecto neoplásico de aproximadamente 8cm infiltrando pared región antropilórica y primera porción duodenal. A nivel hepático se observan lesiones nodulares. Ascitis.

Juicio Clínico

Neoplasia vesicular con metástasis hepáticas y carcinomatosis peritoneal.

Diagnóstico diferencial

Obesidad abdominal, quiste ovárico o mesentérico gigante, obstrucción intestinal. (Posterior diagnóstico diferencial de ascitis: hepatitis vírica, hepatopatía alcohólica, Insuficiencia cardiaca congestiva)

Comentario final

La ascitis es acumulación de líquido dentro de la cavidad peritoneal, la causa más común es la cirrosis en el 80% casos, pero existen otras causas para ello hay que hacer una buena anamnesis y diagnóstico. El diagnóstico de ascitis se establece con una combinación de exploración física e imagen abdominal (ecografía). Una vez diagnosticada de ascitis se busca la causa mediante paracentesis

Bibliografía

- <http://www.aasld.org/practiceguidelines/Documents/ascitesupdate2013.pdf>

353/128. Doctor, siga con dolor...**Autores**

P. Peinado Villén¹; E. Fernández-arroyo Naranjo¹; M. González Torres¹; M. Ruiz Torres²; F. Rubio Carballo¹; I. Ocete Segura¹.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Motril. Granada.; ²Médico de Familia. Centro de salud San Antonio. UGC Granada Sur. Granada.

Descripción del caso

Varón de 49 años que comienza en 2006 con poliartalgias diversas. Se diagnostica en Atención Primaria de epicondilitis y trocanteritis que no mejoran con analgesia de primer y segundo escalón. Posteriormente es derivado a consulta de Traumatología y tras realización de TC y RM se evidencia osteonecrosis de ambas cabezas femorales precisando de prótesis bilateral. Acude a consulta en diversas ocasiones por metatarsalgias, lumbociatalgia, síndrome de raynaud bilateral y mal control del dolor, por lo que es derivado a numerosos especialistas sin llegar éstos a una etiología común. Actualmente registra numerosas consultas en AP para ajustes en su tratamiento

con noloil, etorocoxib, zaldiar y palexia; a la espera de bloqueo epidural y posible cirugía de columna.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Dolor a la flexoextensión de columna y a la palpación de apófisis espinosas lumbares, contracción a nivel paravertebral lumbar izquierda. Dolor a la presión de cabeza de segundo metatarsiano derecho.

Analítica con función renal, hepática, iones y reactantes de fase aguda dentro de valores normales. Autoinmunidad negativa, proteinograma normal.

Rx columna: espondilolistesis leve con pinzamiento y artrosis interapofisaria L5-S1.

Rx pies: discreto aplanamiento cabezas segundo metatarsiano de ambos pies sugerentes de Freiberg.

Rx piernas: lesión condral en metáfisis distal de fémur derecho y secuela de Osgood-Schlatter en tibia izquierda.

También se ha realizado TAC de columna y cadera bilateral, RM dorso-lumbar, capilaroscopia, EMG y estudio genético (Heterocigoto para Factor 12).

Juicio Clínico

- Sd. Freiberg
- Sd. Raynaud.
- Prótesis de cadera bilateral por osteonecrosis avascular
- Espondiloartrosis con discopatía L5-S1 (Inestabilidad lumbar)
- Osteoporosis establecida (Acuñamientos vertebrales)

Diagnóstico diferencial

- Mieloma múltiple
- Espondilitis anquilosante
- Enfermedad de Gaucher tipo 1

Otras: Lupus, Artritis Reumatoide, esclerodermia, polimialgia reumática, enfermedad de Waldenström, hemoglobinopatías, abuso alcohol, corticoides...

Comentario final

Las poliartralgias son una causa muy frecuente de consulta en Atención Primaria. Las patologías causales son múltiples y gran parte de las veces no se llega a un diagnóstico definitivo. La historia y el examen físico son lo más importantes para el diagnóstico diferencial inicial, así como su control analgésico.

Bibliografía

- Manuel J. Mejías Estévez. *Guía práctica de manejo domiciliario del dolor y otros síntomas*. 2ª Edición: Octubre de 2016.
- *Diagnóstico y tratamiento médico: New Green book*. Madrid: Marbán, 2015.

353/130. Prurito generalizado.

Autores

G. Dually Ayach Hadra¹; V. Correa Gómez²; M. Gallardo Ramírez¹.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda Virgen de Gavellar. Jaén.;

²Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Jaén.

Descripción del caso

Mujer, 58 años de edad, acude a la consulta de atención primaria por prurito de varios días de evolución sin más clínica asociada. Vuelve a consultar por no mejoría con antihistamínicos y por presentar ictericia coluria y dolor abdominal.

Exploración y pruebas complementarias

Presenta lesiones de rascado, ictericia, coluria, dolor en epigastrio y ambos hipocondrios de tipo cólico. Abdomen con molestias a la palpación profunda en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. Resto de la exploración es normal.

Analítica: destaca una bilirrubina: 8.7 mg/dl, FA 270 U/L, GGT 76 U/L, Bilirrubina total 19.4 mg/dl (directa: 14.8 mg/dl, indirecta: 4.6 mg/dl), LDH 559 U/L, PCR 2.8 CA 19.9 424.

Eco- abdominal: Ictericia obstructiva distal. LOE única hepática y en RMN abdomen y Colangio-resonancia se aprecia lesión en la papila, aconsejándose una CPRE para descartar ampuloma.

Se realiza duodenopancreatectomía cefálica billroth I, y tratamiento con quimioterapia adyuvante de 6 ciclos de gemcitabina y radioterapia.

Ha precisado varios ingresos por vómitos incoercibles, y estómago de retención además de presentar, metástasis pulmonar y hepática con carcinomatosis peritoneal.

Juicio Clínico

Ampuloma estadio IV.

Diagnóstico diferencial

Dentro de las posibles etiologías del prurito está: toma de fármacos, viajes, ambiente rural (infestaciones), cambio de hábitos higiénicos, de productos de aseo/maquillaje, neuropático, enfermedades infectocontagiosas (virus de las hepatitis B y C, virus de la inmunodeficiencia humana, etc.) o sistémicas (Insuficiencia renal crónica, Insuficiencia hepática o biliar, Paraneoplásico).

Comentario final

Los tumores de la ampolla de Vater se pueden originar sobre cualquiera de los tres epitelios que delimitan la papila. El adenocarcinoma es el tumor más frecuente. La clínica habitual es la ictericia, pérdida de peso y dolor abdominal. En los pacientes con enfermedad irreseccable, la supervivencia media de 5-9 meses. Sin embargo, cuando puede efectuarse la resección, la supervivencia a los 5 años oscila entre el 25 y el 55%.

Bibliografía

- Maria Pellisé, A C. *Tumores de la vesícula y vías biliares. Servicio de Gastroenterología. Hospital Clínic de Barcelona. Asociación española de gastroenterología: aegastro.es.*
- Lorenzo-Zúñiga V, Moreno De Vega V, Eugeni Domènech, Boix J. *Diagnóstico y tratamiento de los tumores de la papila de Vater. Gastroenterología y Hepatología. 2009; 32: 101-8. <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia>.*

353/132. Doctor no puedo mover las piernas.

Autores

E. Calatrava López-Ronco¹; I. Villalobos Millán²; M. Rojas Martínez³; E. Sánchez Hernica²; E. Sicilia Bareda⁴; E. Vázquez Mancilla¹.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Málaga.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de

Salud Teatinos. Málaga.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Tiro de Pichón. Málaga.; ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés Torcal. Málaga.

Descripción del caso

Autónomo, salía a la calle y caminaba a diario HTA, EPOC

TTO: Foster, AAS, atorvastatina

Varón 82 años avisa al C.Salud para visita domiciliar por imposibilidad para mover ambos MMII, en domicilio hija nos comenta que hace dos días estuvo en urgencias tras una caída por debilidad de ambos miembros siendo incapaz de levantarse por si solo y fue valorado en circuito de traumatología descartándose lesiones óseas agudas en MMII. Desde la caída dificultad para deambulación hoy avisan por imposibilidad para movilización de ambos miembros inferiores e incontinencia vesical. Además estreñimiento de 3 días de evolución

Exploración y pruebas complementarias

BEG, consciente y orientado

ACR: normal

Abdomen: blando, sin defensa

Neurológica: PC normales, MOC, Reflejo glabellar inagotable, moviliza bien MMSS imposibilidad para movilización de ambos MMII presentando fasciculaciones, parestesia severa de MMII, REM rotulianos abolidos, aquileos muy hipoactivos, hipertoniá, disminuida sensibilidad superficial.

Se deriva a urgencias para valoración

Analítica: Hb 13.8, leucocitos 9900, Coagulación normal, glucosa 120, función renal y hepática normal, PCR normal, LDH 488

Radiografía lumbosacra y dorsal: signos degenerativos

TAC dorsolumbar: cambios óseos degenerativos. No se identifican líneas de fractura.

RMN: fractura -aplastamiento patológica D5, componente de masa de partes blandas a nivel para y prevertebral que invade espacio medular, con clara invasión del canal medular descompresiva medular TAC toracoabdominal: Torax, Vesícula, vía biliar, páncreas, bazo y suprarrenal derecha dentro de la normalidad. Riñón izquierdo lesión infiltrativa de densidad de partes blandas englobando a glándula suprarrenal

izquierda, No adenopatías retroperitoneales ni pélvicas. Fractura patológica de D5 con componente de masa invasión del canal medular. Lesión lítica hueso iliaco derecho. Biopsia ósea: metástasis de adenocarcinoma.

Juicio Clínico

Mielopatía compresiva secundaria a afectación metastásica vertebral, adenocarcinoma renal

Diagnóstico diferencial

Fractura vertebral, mielinitis transversa, absceso epidural, mielitis viral aguda, infarto medula espinal, neoplasia

Comentario final

Tanto los tumores benignos como los malignos pueden producir una mielopatía. El síndrome más común es el de la compresión extradural de la médula espinal, producida por metástasis en el espacio extradural. En el caso de nuestro paciente nos planteábamos como diagnóstico diferencial una fractura vertebral dada la caída en días previos y la poca sintomatología de síndrome constitucional.

Bibliografía

- Brinar VV, *El diagnóstico diferencial de la mielitis transversa aguda.*; 108: 278.

353/136. Encerrado en mi propio cuerpo.

Autores

I. Ocete Segura¹; E. Fernández-arroyo Naranjo¹; P. Prieto Moreno²; A. Cantero Campos³; M. González Torres¹; J. Ocón Hijano².

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Motril. Granada.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Granada.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez de Benaudalla. Granada.

Descripción del caso

Paciente de 62 años, actualmente dependiente para todas las ABVD. Exenolismo y exfumador de hace 15

años, hipertenso, diabético tipo 2 tratado con Metformina 850 mg y Gliclazida 60mg, con mal control y Hepatitis B crónica. Su única cuidadora es su mujer. Acude a su Centro de Salud en 2014, refiriendo decaimiento, deterioro cognitivo, lentitud del pensamiento, inestabilidad para la marcha e incontinencia urinaria. Tras realización de analítica y TAC cerebral, se derivó a Neurología para completar estudio. Actualmente, el paciente no mantiene ya la capacidad del habla. Vida cama-sillón.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, consciente, orientado, bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. A. Cardiopulmonar, abdominal y de miembros dentro de la normalidad.

Exploración neurológica: Paciente desconectado, mutismo acinético o síndrome de cautiverio, estado vegetativo, PINLA, MOEC. Atrofia muscular, hipertonia y rigidez a los movimientos pasivos, fuerza 0/5. ROT disminuidos, reflejos de liberación frontal: glabellar y chupeteo.

Analítica, Lúes y VIH negativos.

TAC y una RMN: atrofia vasculodegenerativa, lesiones isquémicas vasculares e infartos en ganglios basales. Además, imágenes aisladas en sustancia blanca de corona radiata centros semiovalares. Estudio neurofisiológico: polineuropatía sensitivo-motora simétrica, de predominio axonal y sensitivo, grado moderado.

- Fototest (2016): 6
- Índice de Barthel 15 (dependencia total)
- Test de Pfeiffer 11 (deterioro intelectual grave)

Juicio Clínico

Demencia mixta. Multifactorial.

Diagnóstico diferencial

- Demencia multifactorial
- Hidrocefalia normotensiva
- Síndrome de Korsakoff

Comentario final

A pesar de la rapidez con la que se actuó desde el momento en que el paciente consultó a su médico, era prácticamente inevitable el rápido deterioro del paciente, y es aquí donde realmente es importante la cercanía y continuidad de la atención primaria ya

que tanto su médico como su enfermero de referencia realizan un seguimiento más estrecho, pudiendo apreciar los pequeños cambios sufridos por el paciente y poder actuar en consecuencia.

Bibliografía

- *Diagnóstico y tratamiento médico (DTM)*. Ed Marbán
- <https://www.uptodate.com/home>

353/141. El nuevo Fonendoscopio del Médico de Familia.

Autores

M. García Martín¹; E. Gutiérrez Reyes²; P. Labrac Aranda¹.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; ²Médico Residente. Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 52 años, sin hábitos tóxicos y antecedentes de Hipotiroidismo Subclínico, que acude por presentar episodios de dolor abdominal generalizado con aumento progresivo del perímetro abdominal desde hace un mes y medio. Se acompaña de náuseas sin vómitos, astenia e hiporexia. Refiere pérdida de 3-4 Kg en el último mes. Hábito intestinal estreñido con deposiciones de consistencia normal sin productos patológicos. Niega síndrome miccional. No fiebre, ni otra semiología de interés. Está en espera de recibir cita para Ecografía abdominal solicitada hace dos semanas y en tratamiento con Enantyum, Metamizol y tramadol 50 con mal control del dolor, por lo que reacude a consultar.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida, palidez leve. Afebril. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos de interés. Abdomen distendido, blando, depresible y doloroso a la palpación de ambas fosas ilíacas de predominio izquierdo, palpándose induración en esa zona. No signos de irritación peritoneal. Oleada ascítica. Se le realiza en consulta Ecografía no reglada: Hígado de tamaño normal, sin lesiones ocupantes de espacio ni

dilatación de la vía biliar intrahepática. Vesícula con cálculo. Aorta de diámetro normal. Abundante líquido libre intraperitoneal. Pelvis no valorable por vejiga vacía. Se deriva a Servicio de Urgencias donde se realiza ecografía reglada hallando: Masa pélvica pétérea, poco móvil que ocupa hasta zona supraumbilical, que impronta Douglas y comprime recto sigma.

Juicio Clínico

Carcinoma seroso de origen Ovárico.

Diagnóstico diferencial

Ascitis neoplásica. Descompensación hidrópica. Ascitis biliar.

Comentario final

Las características de la ecografía, la aparición de nuevas indicaciones y la mayor presión demandante de pruebas complementarias, son responsables de un incremento de las listas de espera y el retraso en el diagnóstico de patologías potencialmente graves. Por lo que la utilización de la ecografía clínica en Atención Primaria supone una “ventana” al interior del cuerpo muy útil, tanto para la detección y seguimiento de numerosas entidades, como para la toma de decisiones en determinados contextos de nuestra práctica diaria por lo que la convertirá, en un futuro, en una herramienta tan habitual como lo es actualmente el fonendoscopio.

Bibliografía

- *Manual de diagnóstico y terapéutica médica*. 7ª edición. Hospital Universitario 122 de Octubre. 2012.

353/146. Esta vez observar la cara era imprescindible.

Autores

M. Rodríguez Ordóñez¹; M. Rodríguez González²; F. Pérez Lagos².

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Tiro de Pichón. Málaga.; ²Médico de Familia. UGC Tiro de Pichón. Málaga.

Descripción del caso

Varón, 58 años. Su odontólogo detecta crecimiento de maxilar inferior al estudiar maloclusión. Refiere

dolor de manos y pies, cefaleas, hipersudoración. Tiene antecedentes de Miocardiopatía Hipertrófica. Estudio genético negativo. Hipertrofia Benigna Próstata. SAHOS. Rinitis hipertrófica.

Tenosinovitis estenosante manos. Síndrome túnel carpiano. Hallux rigidus.

Exploración: Aumento partes acras, maloclusión y separación dental. Soplo sistólico en BEI

Se deriva a endocrino para estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Analítica:

Glucosa: 132mg/dl, Fosfatasa alcalina: 133U/L, ACTH: 67,1 pg/ml, testosterona: 2,56 ng/ml, Somatotropina GH: 8,98 ng/ml, Somatomedina C (IGF-I): 804 ng/ml

Secreción de GH tras sobrecarga con 75 gr de glucosa no se suprime.

RMN: nódulo en Silla Turca, de 15 x 15 x 11 cm compatibles con MACROADENOMA HIPOFISARIO.

Ecografía tiroides: Quistes Coloides.

COLONOSCOPIA: Adenoma Tubular con Displasia de Bajo Grado; Pólipo Hiperplásico.

Juicio Clínico

Acromegalia por macroadenoma hipofisario.

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico de acromegalia: elevación de IGF-I en ayunas, y de GH antes y después de la sobrecarga oral de glucosa (SOG) con 75g. La GH puede no suprimirse en enfermedad hepática, renal, diabetes mellitus mal controlada, malnutrición, anorexia, embarazo o tratamiento estrogénico, adolescencia tardía. Si no se suprime la GH tras la sobrecarga se realiza RMN hipofisaria. Si hay masa se confirma adenoma hipofisario productor de GH. Si la hipófisis es normal, pequeña o hiperplásica, mediremos GHRH y hacer TC toracoabdominal buscando tumores productores de GH extrahipofisarios (muy raros)

Comentario final

La acromegalia aumenta la morbilidad y la mortalidad hasta 2,5 veces y disminuye la calidad de vida.

Mantener un alto grado de sospecha ayudará a llegar a un diagnóstico que se retrasa muchos años con frecuencia.

Bibliografía

- *Cordido F., García Arnés J.A., Marazuela Aspiroz M., Torres Vela E.*
- *Practical guidelines for diagnosis and treatment of acromegaly... Endocrinol Nutr 2013;60:457.e1-457.e15 - DOI: 10.1016/j.endoen.2013.10.012.*
- *S. Melmed Acromegaly pathogenesis and treatment*
- *J Clin Invest, 119 (2009), pp. 3189-3202 <http://dx.doi.org/10.1172/JCI39375>.*
- *Medline*
- *G. Lugo, L. Pena, F. Cordido Clinical manifestations and diagnosis of acromegaly*
- *Int J Endocrinol, 2012 (2012), pp. 540398 <http://dx.doi.org/10.1155/2012/540398>.*
- *Medline*
- *Pereira Despaigne Olga Lidia, Palay Despaigne Maricela Silvia, Rodríguez Cascaret Argenis Acromegalia: diagnóstico y tratamiento.. MEDISAN [Internet]. 2015 Mar [citado 2018 Abr 22]; 19(3): 403-416. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51029-30192015000300013&lng=es.*

353/147. Fractura atraumática en persona joven.

Autores

J. Cuevas Gálvez; M. Medina Faña; S. Gallardo Navas.

Centro de Trabajo

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Antequera. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 28 años sin AP ni familiares patológicos de interés. Multípara (G2P2A0), no hábitos tóxicos, no RAMS conocidas. Consulta en AP por dolor en cadera izquierda de 3 semanas de evolución irradiado a rodilla, sin antecedente traumático previo. En la exploración se observa marcha antiálgica con dolor a la palpación y rotaciones de la cadera izquierda. Pulsos conservados. En la radiografía se aprecia posible fractura base cuello femoral izquierdo. Se deriva a servicio de Traumatología para estudio y tratamiento. En el servicio de traumatología se realiza RMN confirmando fractura en la base del cuello femoral izquierdo, quedando ingresada para cirugía.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, TA 110/78 mmHg, FC 83 lpm, Sat O₂ 98%. Auscultación cardiorrespiratoria: murmullo vesicular conservado, rítmico, no soplos. Exploración: dolor a la palpación y rotaciones de la cadera izquierda. Analítica Sangre: hemograma y bioquímica normal, parathormona, 25hidroxivitamina D normales. Analítica Orina: fosfaturia y calciuria normales. Rx AP pelvis: fractura base cuello femoral izquierdo. RNM: Hallazgo compatibles con línea de fractura en base del cuello femoral izquierdo con edema adyacente con pequeños focos de esclerosis en cortical medial.

Juicio Clínico

Fractura basicervical cadera izquierda atraumática.

Diagnóstico diferencial

Fractura por estrés, osteomalacia, osteoporosis transitoria de cadera.

Comentario final

La paciente es intervenida quirúrgicamente sin incidencias. No se ha encontrado la causa etiológica de esta fractura: no existiendo traumatismo previo, cambios en las actividades diarias recientes, los estudios analíticos descartan osteomalacia. Consideramos que podría ser causado por una osteoporosis transitoria de cadera en el postparto (su último parto fue hace 3 meses).

Bibliografía

- Gifre L, Peris P, Monegal A et al (2011) *Osteomalacia revisited. A report on 28 cases. Clin Rheumatol* 30:639-645.
- Vergara-Ferrer A, Cornet-Flores B y Sevillano-González L. *Osteoporosis transitoria del embarazo complicada con fractura subcapital de cadera: Caso clínico y revisión de la literatura Rev esp cir ortop traumatol.* 2011;55(3):215-219.

353/148. Caverna tuberculosa en paciente con tos.**Autores**

R. Cerezo Molina¹; E. Pérez Ortiz²; C. Sánchez Aranda³; C. Castillo Martín¹; M. Borge Hierro¹.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril Centro. Granada.; ²Médico de Familia. Centro de Salud Almuñecar. Granada.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñecar. Granada.

Descripción del caso

Varón de 32 años que acude a consulta de atención primaria refiriendo tos y expectoración blanquecina desde hace varios días, junto con sensación distérmica. Tras exploración física, se diagnóstica de infección respiratoria, pautándose tratamiento con antibioterapia empírica. Transcurridas 2-3 semanas, ante la persistencia y empeoramiento del cuadro el paciente vuelve a consultar, refiriendo en este momento dolor costal y retroesternal con los accesos de tos, junto con expectoración verdosa, fiebre termometrada de hasta 38°C y un vómito hemático. Dados los hallazgos en anamnesis y exploración física, se solicita radiografía de tórax y analítica. Finalmente, tras los resultados de las pruebas complementarias el paciente fue ingresado en el servicio de Medicina Interna.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: buen estado general, normohidratado, normoperfundido y normocoloreado. Auscultación cardiopulmonar: tonos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado con auscultación de crepitantes en base izquierda. Radiografía tórax: infiltrado en lóbulo superior derecho y caverna en lóbulo superior izquierdo. Baciloscopia: presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes. Cultivo de esputo: aislamiento de M. Tuberculosis.

Juicio Clínico

Tuberculosis pulmonar.

Diagnóstico diferencial

Bronquitis aguda, neumonía atípica primaria, fiebre de causa no determinadas, neumoconiosis, sarcoidosis, carcinoma de pulmón, abscesos pulmonares no tuberculosos.

Comentario final

La tuberculosis constituye un importante problema de salud a nivel mundial, siendo una de las enfermedades infecciosas con mayor morbimortalidad, sobre todo en países subdesarrollados. Aunque los datos en los últimos años indicaban un incremento de la incidencia en nuestro país, según los datos más recientes notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, la incidencia ha disminuido en España, pasando de 11,31/100000 a 10,59/100000 habitantes. Sin embargo, al tratarse de una enfermedad con alto riesgo de contagio, como médicos de atención primaria siempre deberemos incluir esta entidad en el diagnóstico diferencial de un paciente que acuda a nuestra consulta por tos y que no responde a tratamiento habituales.

Bibliografía

- Calvo Bonachero J, Bernal Rosique MS. *Tuberculosis. Diagnóstico y tratamiento. En: José Gregorio Soto Campos. Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología. 3ª ed. Madrid: ERGON, 2016:537-548.*
- Cano-Portero R et al. *Epidemiología de la tuberculosis en España. Resultados obtenidos por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en el año 2015. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2018 (36):179-186.*

353/149. Carcinoma folicular de tiroides. Utilidad de la ecografía en Atención Primaria.

Autores

I. Corrales Álvarez¹; J. Cañizares Romero¹; E. Peláez Galvez².

Centro de Trabajo

¹Médico Residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.;
²Médica de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 50 años, sin enfermedades previas ni alergias medicamentosas conocidas, que acude a consulta del centro de salud por odinofagia de un mes de evolución. Refiere que al inicio del cuadro presentó también otalgia derecha que trató por su cuenta con analgesia habitual, la cual mejoró persistiendo hasta el momento las molestias y sensación de "cosquilleo" al tragar. No otra clínica asociada.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente y orientada. Eupnéica en reposo.

Auscultación cardiopulmonar: Murmullo vesicular conservado. Tonos rítmicos sin soplos.

Faringe normal sin exudado amigdalario. No adenopatías patológicas submandibulares ni preauriculares.

Cuello: bocio y bultoma anterocervical derecho único de 3-4 cm de diámetro, duro y adherido a planos profundos.

Decidimos solicitar analítica sanguínea con perfil tiroideo y realizar ecografía de tiroides:

Analítica sanguínea: Hemograma y bioquímica normal incluyendo normofunción tiroidea

Ecografía lineal: Hemitiroides izquierdo normal sin alteraciones significativas, de características homogéneas y compartimento vascular adyacente normal. Istmo de características normales. Hemitiroides derecho con nódulo sólido, vascularizado en Eco-Doppler, bien delimitado y con contenido heterogéneo con medidas en plano transversal de 2.6x2.3cm y en plano longitudinal de 3.2cm

Derivamos de forma preferente a Endocrinología donde confirman presencia de nódulo y realizan PAAF con resultado sugestivo de proliferación de células foliculares (de tipo oncocítico)

Posteriormente a la paciente se le propuso cirugía mediante hemitiroidectomía derecha.

Juicio Clínico

Carcinoma folicular de tiroides variante oncocítica

Diagnóstico diferencial

Nódulo coloide. Tiroiditis de Hashimoto/subaguda. Quiste simple/hemorrágico. Adenoma folicular. Otras variantes de carcinomas tiroideos

Comentario final

Recalcar la utilidad de disponer de ecografía en atención primaria para poder orientar diagnósticos sugestivos de malignidad y consecuentemente derivar a especialista con mayor premura.

Bibliografía

- F. Pacini, M.G. Castagna. *Approach to and treatment of differentiated thyroid carcinoma. Med Clin North Am, 96 (2012), pp. 369-383*

- Ríos, J.M. Rodríguez, M. Canteras, P.J. Galindo, M.D. Balsalobre, P. Parrilla. Risk factors for malignancy in multinodular goiters. *Eur J Surg Oncol*, 30 (2004), pp. 58-62
- A. Rios, J. Rodríguez, B. Ferri, E. Martínez-Barba, B. Febrero, P. Parrilla. Are prognostic scoring systems of value in patients with follicular thyroid carcinoma? *Eur J Endocrinol*, 169 (2013), pp. 821-827

353/150. ¿Picadura de avispa o perdigón? La importancia de la anamnesis.

Autores

I. Cavallaro¹; M. Bermejo Vélez²; M. Delgado Moya¹.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Gibraleón. Huelva.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva.

Descripción del caso

Agricultor de 54 años que acude por una picadura de avispa de una hora de evolución.

No refiere alergias medicamentosas conocidas; comenta fumar 20 cigarrillos diarios y tener antecedentes médicos de EPOC sin realizar tratamiento habitual.

El paciente acude para cura de la herida de la frente, sitio del inóculo de la avispa.

Durante la anamnesis dirigida el paciente niega tener dolor, picor o ardor en la zona afectada, refiere sólo una sensación de aturdimiento y "molestias al masticar". Niega síncope o clínica neurológica asociada.

Exploración y pruebas complementarias

- Buen estado general, consciente orientado y colaborador, normocoloreado, hemodinámicamente estable.
- Herida incisa de bordes regulares y forma circular de 0.5 cm de diámetro a nivel temporal derecho.
- No se aprecia focalidad neurológica.
- Rx craneal: cuerpo extraño en hueso parietal derecho con esquirlas óseas.
- Tac craneal: fragmento metálico de 9mm en tercio caudal de hueso parietal derecho con colección hemática subaracnoidea.

Juicio Clínico

Proyectil metálico en espacio subaracnoideo parietal derecho.

Diagnóstico diferencial

Picadura de insecto.

Cuerpo extraño intracraneal.

Comentario final

Es fundamental dirigir una buena anamnesis y captar todos los detalles acordes o no al motivo de consulta por lo cual acuden los pacientes, porque en un errático motivo de consulta se puede esconder una hemorragia subaracnoidea por una herida por arma de fuego. En este caso el indicio que nos llevó a la realización de una prueba complementaria "innecesaria para una picadura de avispa" fué el dolor al masticar, la total ausencia de clínica irritativa y la zona de inóculo algo más grande que una normal picadura.

Bibliografía

- Luque S. JE. Heridas penetrantes por arma de fuego en el SNC. *Revista Med*, vol. 15, núm 1, enero 2007. 134-138.

353/154. Semiología infrecuente de la neumonía adquirida en la comunidad.

Autores

A. Roldán Montoya¹; M. Pedrosa del Pino²; M. Serrano Baena³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Centro de Salud Colonia Santa Inés - Teatinos. Málaga.; ²Médico de Familia. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.; ³Médico de Familia. Hospital Valle del Guadalhorce. Málaga.

Descripción del caso

Paciente mujer de 35 años, con antecedentes personales a destacar de rinitis alérgica y asma sin tratamiento en la actualidad, no fumadora, que acude al Centro de Salud por presentar fiebre termometrada de hasta 39 °C desde hace 4 días. La clínica se ha acompañado de dolor abdominal localizado en hemiabdomen derecho de 3 días de evolución, sin nau-

seas ni vómitos ni alteración del hábito intestinal, y de disuria y polaquiuria sin hematuria. Niega aumento de tos o expectoración habitual. Dada la sintomatología de la paciente se deriva al Servicio de Urgencias para la realización de pruebas complementarias que nos ayuden a filiar el origen de la fiebre y descartar patología abdominal urgente.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. TA 110/60 mmHg. FC 95 lpm. Tª 38,2°C. Saturación de Oxígeno basal 99%. Auscultación cardíaca: Tonos rítmicos sin soplos ni rones. Auscultación respiratoria: Murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación de hipocondrio derecho acentuándose a la palpación de hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal. No se palpan masas ni megalias. Analítica de sangre: A destacar una PCR de 170 sin otras alteraciones en hemograma, coagulación y bioquímica. Analítica de orina: Sin alteraciones. Radiografías de tórax: Se aprecia un infiltrado alveolo-intersticial localizado en el lóbulo inferior derecho.

Juicio Clínico

Neumonía adquirida en la comunidad en lóbulo inferior derecho.

Diagnóstico diferencial

Cólico biliar.
Apendicitis.

Comentario final

Este caso nos pone de manifiesto la importancia de realizar un diagnóstico diferencial correcto ante la clínica que se nos presente en una consulta habitual de Atención Primaria para poder tomar la decisión de remitir al paciente a un Servicio de Urgencias en el que se le puedan realizar todas las pruebas complementarias necesarias para filiar el origen de la semiología, no centrándonos únicamente en las etiologías más frecuentes.

Bibliografía

- *Fisterra de Octubre. Jimenez-Murillo*

353/155. ETV en paciente con sd. constitucional.

Autores

R. Fiñana Sánchez; I. Espejo Jiménez; R. Medina de la Casa.

Centro de Trabajo

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Bulevar. Jaén.

Descripción del caso

Varón de 45 años con AP de hábitos tóxicos (fumador y bebedor) que acude a Urgencias por dolor en gemelo derecho de 3 días de evolución sobre todo a la dorsiflexión del pie. No recuerda esfuerzo físico, sí encamamiento y reposo debido a un cuadro de náuseas que le produce astenia y que está tratando con suero oral y metoclopramida. Además, el paciente tiene pendiente cita en consulta de MI por cuadro constitucional de 2 meses de evolución. La exploración física con escala Wells 2, Dímero D 61.855 y Eco-Doppler confirman la sospecha y se pauta HBPM a dosis terapéutica, reposo con miembro elevado y analgesia. Igualmente, por los antecedentes descritos, se decide efectuar ingreso en Medicina Interna para agilizar el estudio por sospecha de enfermedad oncológica que finalmente es confirmada mediante gastroscopia y biopsia.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, CyO, Normoperfundido y normocoloreado. Eupneico en reposo.

Sat 97%, TA 120/70, Fc 80,

Empastamiento en cara interna de gemelo derecho, doloroso a la palpación. No aumento de temperatura ni eritema. Signo de Homans positivo.

ACR: anodina

Hemograma: anemia microcítica (Hb 11). Coagulación: TP 70%. Dímero D: 61.855. Resto hemograma y bioquímica normal.

ECO Doppler: Trombosis vena tibioperonea derecha con movilidad del mismo y flujo periférico. Trombosis de vena safena mayor derecha en tercio medio, respeta proximalmente el resto.

Endoscopia: mucosa de fundus y cuerpo alto con pliegues muy engrosados con aspecto en empedrado rígidos a la toma de biopsia sugerente de infiltra-

ción. Incisura y antro normal. Píloro centrado y permeable. Resto normal.

Biopsia gástrica: Mucosa gástrica con signos de destrucción y distorsión glandular con displasia intraepitelial de alto grado sugerente de adenocarcinoma de tipo difuso.

Juicio Clínico

TVP oclusivo subagudo.

Adenocarcinoma difuso de estómago.

Diagnóstico diferencial

Distonía por metoclopramida.

Celulitis.

Comentario final

En ocasiones una neoplasia pueden debutar mediante un episodio de trombosis. Aunque no es conveniente el despistaje de cáncer en todo episodio de TVP, sí es recomendable estar en alerta ante ciertos signos de alarma sobre todo si existen factores de riesgo oncológicos.

Bibliografía

- Jimenez Murillo, "Medicina de Urgencias y Emergencias", Ed. Elsevier.
- JL Rodriguez García, "DTM New Geen Book", Ed. Marban.

353/158. Hepatitis fulminante /consumo de bebidas energéticas.

Autores

M. Otero Garrido¹; I. Estrada Arroyo²; P. Hermoso Oballe³; J. de Castro Simón².

Centro de Trabajo

¹Médico Residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algarrobo. Málaga.; ²Médico Adjunto. Centro de Salud Algarrobo. Málaga.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algarrobo. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 37 años. Alérgica a ácido acetilsalicílico, fumadora de 5 cigarrillos al día. No bebedora. No otros antecedentes de interés. Comienza con epigastralgia, malestar general, astenia y tinte icterico de 4 días

evolución. Estreñimiento de 1 semana . No coluria ni acolia. No relaciones sexuales de riesgo ni UDVP. Refiere abuso de bebidas energéticas en los 3 últimos meses por estar preparando oposiciones.

Acude a consulta y derivamos al hospital de referencia.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, ictericia de piel y mucosas. Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin signos de peritonismo, sin masas ni megalias. No flapping. Afebril. Analítica al ingreso: Hemoglobina 12,4, leucocitos 10170, 520 monocitos . Plaquetas 317000. Bilirrubina total 11.03, bilirrubina conjugada 9,10. ALT 1519, AST 1328, GGT 125, FA 200, LDH 676. Iones normales. Coagulación : ATP 47 %, INR 1,44, TTPA 46,5 s. Serología VIH, VHC, VHA Ig M, CMV Ig M negativas. Radiografía tórax normal. Ecografía abdomen con hígado de morfología y ecogenicidad normales, resto normal. No presencia de LOES. Ante empeoramiento analítico se traslada a hospital general de referencia. Durante este ingreso presenta deterioro clínico analítico progresivo ingresando en UCI con aplicación de terapia MARS. Ante la falta de respuesta se incluye en Código 0 para trasplante hepático que se realiza con éxito.

Juicio Clínico

Hepatitis fulminante.

Diagnóstico diferencial

Hepatitis vírica, autoinmune, farmacológica o por tóxicos.

Comentario final

Presentaciones no muy sintomáticas en pacientes jóvenes sin antecedentes previos no permiten excluir evoluciones desfavorables. En la etiología de la hepatitis aguda pensamos a priori en causa vírica dada su prevalencia, buscando conductas de riesgo, en segundo lugar en consumo de fármacos /tóxicos y causas autoinmunes. Descartadas estas causas en la anamnesis indagamos en consumo de otras sustancias que a priori el paciente puede no poner de manifiesto, como en este caso las bebidas energéticas ricas en taurina y niacina.

Bibliografía

- *Acute liver failure secondary to niacin toxicity. Ellsworth MA.. Case Rep Pediatr. 2014;2014:692530*

- *Fulminant hepatic failure following low-dose sustained-release niacin therapy in hospital.* Fischer DJ. *West J Med.* 1991 Oct;155(4):410-2.
- *Acute Hepatic Failure Associated With the Use of Low-Dose Sustained-Release Niacin.* Howard N. Hodis. *JAMA.* 1990;264(2):181

353/160. Infección por virus de Epstein-Barr. Más allá de la mononucleosis.

Autores

F. Rubio Carballo¹; J. Ocón Hijano²; A. Cantero Campos¹; P. Peinado Villén¹; I. Ocete Segura¹; P. Prieto Moreno².

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Motril. Granada.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñecar. Granada.

Descripción del caso

Varón de 24 años que acude a Atención Primaria por fiebre, astenia, artromialgias, odinofagia, adenopatía cervical desde hace dos días y progresiva disminución de fuerza de miembros inferiores la última semana. Se realiza analítica y serología. Es derivado a Neurología que realiza RMN (1) con diagnóstico de mielitis longitudinal extensa parainfecciosa secundaria a infección activa por virus de Epstein Barr (VEB). En meses posteriores progresan las paresias hasta cintura sin respuesta a tratamiento médico y es derivado a Neurocirugía con nueva RMN (2) que objetiva LOE intramedular C2-D2. Se realiza biopsia abierta con resultado anatomopatológico de ependimoma grado II, que posteriormente se interviene quirúrgicamente.

Exploración y pruebas complementarias

Cabeza y cuello: orofaringe normal. Adenopatía laterocervical izquierda.

ACR: Tonos rítmicos sin soplos. MVC.

Abdomen sin hallazgos patológicos.

Analítica: GPT 247, GGT 195, LDH 544, leucocitosis 15320 (9100 linfocitos, 59,4%), PCR 6,1.

Serología: IgM e IgG VEB positivo, IgG CMV positivo, VHB, VHS y VIH negativo.

RMN (1): lesión intramedular hiperintensa con realce contrastado en C2-D4 y colapso de espacio subaracnoideo en D2-D3. Hiperintensidad en T2 con arrosamiento muy sugestivo de siringomielia que podría alcanzar hasta cono medular.

RMN (2): lesión expansiva intramedular difusa hiperintensa en C2-D4 sugerente de astrocitoma medular.

Juicio Clínico

Mielitis longitudinal extensa parainfecciosa secundaria a infección por VEB.

Ependimoma grado II.

Diagnóstico diferencial

Infección por Citomegalovirus

Síndrome de Guillain-Barré

Esclerosis múltiple

Astrocitoma

Comentario final

Estamos ante un claro ejemplo de cómo el buen hacer de un Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, en virtud de una anamnesis y exploración física inespecíficas, posibilita llegar a un diagnóstico complejo gracias a su alto grado de implicación en el caso y apoyándose en otras especialidades y pruebas complementarias.

Asimismo, resulta crucial el papel del Médico de Familia en el seguimiento estrecho posterior del paciente en cuanto a que lleva a cabo un correcto control de síntomas y se mantiene siempre alerta ante posibles nuevos contratiempos.

Bibliografía

- *Luzuriaga K, Sullivan JL. Infectious mononucleosis.* *N Engl J Med* 2010; 362: 1993.

353/161. Neutropenia febril: manejo ambulatorio de pacientes oncológicos.

Autores

F. Rubio Carballo¹; J. Benítez Montañez²; P. Peinado Villén¹.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Motril.

Granada.; ²Mir 4 de oncología médica. hospital universitario mútua terrassa. terrassa. barcelona.

Descripción del caso

Mujer de 58 años, sin antecedentes de interés. Historia familiar de cáncer de mama en rama materna. En mamografía de cribado se detecta nódulo retroareolar en mama izquierda con microcalcificaciones. Se completa el estudio con BAG y RM que revela malignidad.

Tras mastectomía simple con BSGC, inicia quimioterapia adyuvante. 12 días después acude a Urgencias por diarrea y fiebre de hasta 38,5°C. Además, presenta mucositis orofaríngea grado II e intestinal grado I. El hemograma revela leucopenia severa, con recuento absoluto de neutrófilos de 80.

Se orienta como una Neutropenia febril profunda secundaria a mucositis orofaríngea e intestinal. Se inicia antibioterapia con piperacilina/tazobactam y amikacina, así como G-CSF. 24 horas más tarde, presenta mejoría del recuento de neutrófilos. Dado que presentaba una puntuación inferior a 21 en la escala MASCC, se continúa el manejo de forma ambulatoria con G-CSF y antibioterapia con cefuroxima y ciprofloxacino, y seguimiento estrecho por su médico de Familia, que realiza control a las 48 horas y objetiva normalización de la serie blanca, por lo que indica completar pauta antibiótica con cefuroxima y ciprofloxacino.

Exploración y pruebas complementarias

ORL: mucositis orofaríngea grado 2 de la CTCAE.

Mamografía: nódulo retroareolar izquierdo con microcalcificaciones.

BAG: Carcinoma invasivo tipo no especial. Grado nuclear 3. HER2neu positivo:3+, Ki67: 20%. pT2pN0i-. Estadío IIA.

RM mama: Lesión nodular espiculada de 24mm en íntima relación con areola-pezones.

Juicio Clínico

Neutropenia febril profunda en paciente oncológica secundaria a mucositis orofaríngea e intestinal.

Diagnóstico diferencial

Otras causas infecciosas e inmunodeficiencias, descartadas en base a ausencia de alteraciones en pruebas complementarias.

Comentario final

Pese a haber presentado neutropenia profunda y requerir ingreso hospitalario, el conocimiento del manejo de esta complicación ha permitido reducir la estancia hospitalaria y continuar el manejo de forma ambulatoria, jugando el médico de Familia en este punto un importante papel. La publicación de este tipo de casos mejora la eficacia del manejo de pacientes complejos minimizando el coste y las posibles complicaciones.

Bibliografía

- *Klastersky J. et al. Management of febrile neutropenia: ESMO Clinical Practice Guidelines. Annals of Oncology 27 (Supplement 5): v111-v118, 2016*

353/165. Doctor, mi cara ha cambiado.

Autores

M. Martínez Ibáñez¹; A. Cordero Moreno²; J. Cañizares Romero¹.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.;

²Médico Residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 62 años, natural de Inglaterra. Antecedentes personales: Hipertensión arterial, dislipemia, accidente cerebro vascular isquémico en arteria cerebral media izquierda. Acude a nuestra consulta de Atención Primaria por aumento de tamaño de ángulo mandibular derecho de nueve meses de evolución. Ha estado en seguimiento en su país de origen por molestias en parótida derecha catalogadas de sialoadenitis sin complicaciones. Niega otra sintomatología asociada.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Afebril. Auscultación cardiopulmonar y abdomen normal. Se aprecia lesión indurada en cola de parótida derecha, no móvil de aproximadamente 3 centímetros de diámetro mayor sin palpar adenopatías cervicales. Intraoral no se observan alteraciones significativas.

Se realiza ecografía no reglada donde se observa en la parte lateral de la parótida derecha lesión de

unos 25mm altamente vascularizada que plantea la disyuntiva de adenopatía patológica vesus primario. Se decide ante estos hallazgos derivar a cirugía oral y maxilofacial de forma preferente donde se solicita resonancia magnética nuclear informada como lesión redondeada bien definida en cola de parótida derecha, de aspecto sólido-quístico 2x2,2x2,8 cm. Presenta realce tras administración de contraste intravenoso, sugiriendo como primera posibilidad que se trate de un tumor de Whartin. Adenopatías en nivel II bilaterales de 1 centímetro. Con la punción aspiración de aguja fina se informa de frotis hemático acelular.

Intervenida con éxito aportando informe de anatomía patológica: Tumor de Whartin de 1,7 cm de dimensión máxima con bordes libres de enfermedad. Sialoadenitis crónica asociada.

Juicio Clínico

Tumor de Whartin

Diagnóstico diferencial

Adenoma Pleomorfo, mioepitelioma, adenoma canalicular, A. células Basales, cistoadenoma

Comentario final

Es la segunda neoplasia benigna más frecuente de las glándulas salivares. Se localiza sobre todo en la glándula parótida, constituyendo el 6-10% de los tumores parotídeos. Se presenta en hombres mayores, pero la incidencia en mujeres ha ido en aumento, probablemente con el aumento del tabaquismo en este grupo. Se presenta generalmente como una masa de crecimiento lento en la cola de la parótida. La transformación maligna es excepcional, y la recidiva es del 5%

Bibliografía

- Soler Presas F, Barrios Robredo JM, Borja Morant A. Neoplasias benignas de las glándulas salivales. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Tomo II. Arán Ediciones, 2004. Capítulo 56. p. 935-943

353/166. Desconocido .,30117.

Autores

M. Exposito Diaz- Alvarez¹; G. Oualy Ayach Hadra¹; V. Correa Gómez²; M. Gallardo Ramírez¹; L. Ballesteros Lechuga³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda Virgen de Gavellar. Jaén.; ²Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Jaén.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Jaén.

Descripción del caso

Anamnesis: Varón subsahariano de unos 30-40 años de edad aprox. que es encontrado por DCCU en vía pública, inconsciente. Se desconocen antecedentes personales y si toma algún tratamiento. No acompañantes. A su llegada, se avisa a UCI que tras la administración de 100 mg. propofol procede a intubación orotraqueal.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración : Glasgow 3. Regular estado general, signos de hipotermia. Pupilas mióticas poco reactivas. AC: tonos rítmicos sin soplos. AR: murmullo vesicular conservado, leves roncus bibasales. Abdomen blando, depresible, no signos de peritonismo. MMII: no edemas, no signos de TVP. TA: 263/163. Se administra una ampolla urapidil, una ampolla de labetalol por orden intensivista.

Pruebas complementarias: Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación normales. Tóxicos en orina: negativo. Rx. Tórax : sin hallazgos patológicos. ECG: RS a 100 lpm. No signos de isquemia aguda. TAC craneal sin contraste: Hematoma agudo intraaxial centrado en ganglios basales izquierdos con apertura al sistema ventricular e impregnación subaracnoidea peribulbar. Signos de herniación subfacial y transtentorial unilateral.

Juicio Clínico

Hematoma agudo intraaxial de probable etiología hipertensiva.

Diagnóstico diferencial

Hemorragia intraparenquimatosa traumática, secundaria a malformaciones vasculares, secundaria a tumores, secundaria a vasculitis, hemofilia, tratamiento anticoagulante o antiagregante, drogas (cocaína, anfetaminas), transformación hemorrágica de infarto.

Comentario final

La hemorragia hipertensiva es la causa más frecuente de hemorragia intracraneal no traumática en pacientes entre 45-70 años. Es resultado de la ruptura de pequeñas arterias perforantes consecuencia de los cambios degenerativos de las arterias inducidos por la hipertensión.

Bibliografía

- SERAM, *Sociedad Española de Radiología Médica. Hemorragias intraaxiales. 30º Congreso Nacional. A Coruña. España. 2010.*
- Luis Jiménez Murillo, F. Javier Montero Pérez. *Medicina de Urgencias y Emergencias, 5ª Ed. Madrid. Elsevier España S. L. 2015.*

353/167. Manejo del paciente crónico entre Atención Primaria y Medicina Interna ¿Nuevas perspectivas de futuro?.

Autores

N. Soto Ponce¹; A. Allés Florit²; A. López Vaquero³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril Este. Granada.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Granada.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril Este. Granada.

Descripción del caso

Mujer de 88 años sin alergias medicamentosas conocidas con intolerancia a tramadol, dependiente para las ABVD, que acude a Urgencias por descompensación de su insuficiencia cardíaca grado IV. Presenta aumento de su disnea habitual de varias horas de evolución, taquipnea, dolor torácico y sudoración, objetivándose disminución de cifras de Hb con necesidad de hemoderivados que rechaza por motivos religiosos. Ante esta situación, se opta por hierro intravenoso que acepta y solicita alta voluntaria. Tras ello, valoramos a paciente en domicilio realizando planificación anticipada de decisiones y valoración conjunta con Medicina Interna para nuevo tratamiento con hierro intravenoso con ingreso programado en Hospital de Día.

Exploración y pruebas complementarias

REG. TA 150/90. SatO2 95%. Afebril. Taquipneica con tiraje supraclavicular. Obesidad mórbida. Palidez cutáneo mucosa. Buena hidratación y perfusión. Auscultación cardíaca normal. Auscultación pulmonar con hipoventilación de forma generalizada y crepitanes bibasales. Abdomen anodino. Miembros inferiores: edemas con fóvea +++ hasta zona infrarrotuliana, con alteraciones tróficas por insuficiencia venosa crónica, no signos de TVP, pulsos distales presentes y simétricos. En analítica destaca Hb de 7.9, creatinina 2.03 y BNP 600, con troponina normal. ECG: FA con respuesta ventricular controlada. Radiografía de tórax: cardiomegalia, redistribución bronquioalveolar.

Juicio Clínico

ICC DESCOMPENSADA POR ANEMIA SEVERA

Diagnóstico diferencial

TEP. Neumonía. Asma. Edema pulmonar no cardiogénico. Taponamiento pericárdico.

Comentario final

La planificación anticipada de decisiones es un proceso que ayuda a comprender y compartir los valores personales, objetivos de la vida y preferencias de la persona capaz con respecto a la atención médica futura. Así mismo, seguimos una nueva línea muy prometedora realizando una valoración conjunta con Medicina Interna de pacientes complejos con ingresos de corta estancia en Hospital de Día para tratamientos de descompensación aguda de determinadas patologías crónicas de Atención Primaria. ¿Nuevas perspectivas de futuro?

Bibliografía

- *Escuela Andaluza de Salud Pública-Estrategia de Bioética del SSPA. Planificación Anticipada de las Decisiones. Guía de Apoyo para Profesionales. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía 2013 [documento electrónico] Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion General/c 2 c 8 voluntad vital anticipada/planificacion anticipada de decisiones SSPA.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion%20General/c%208%20voluntad%20vital%20anticipada/planificacion%20anticipada%20de%20decisiones%20SSPA.pdf).*
- *Crookston KP. El acercamiento al paciente que rechaza la transfusión de sangre. In: UpToDate, Rose, BD (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2016.*

353/170. Rentabilidad de una buena exploración física.

Autores

S. Gallardo Navas¹; M. Medina Faña²; J. Cuevas Gálvez¹.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Antequera. Málaga.; ²Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Antequera. Málaga.

Descripción del caso

Niña de 12 años que acude a urgencias por cuadro de 48 horas de evolución de cansancio, que incrementa con la actividad física. Refiere tos escasa de 2 semanas de evolución. No otra sintomatología acompañante. Como antecedentes personales: embarazo, parto y periodo neonatal sin incidencias, correcta vacunación, sin enfermedades previas, ni ingresos hospitalarios, ni intervenciones quirúrgicas. Acude a conservatorio de música donde toca la flauta. No toma medicación de manera habitual.

Exploración y pruebas complementarias

Peso 43 kg TA 120/60 Sat 91-92% Afebril. Buen estado general, buena coloración e hidratación de mucosas, sensación leve de enfermedad, signos meníngeos (-), pulsos arteriales simétricos y sincronicos, relleno capilar y perfusión adecuada. A la percusión: Timpanismo en hemitórax izquierdo. FR 20 resp/min sin signos de distress respiratorio. AC: Rítmica sin soplos, no presenta desplazamiento de tonos cardiacos. AP: Hemitorax izquierdo con hipofonesis y disminución de transmisión vocal. Abdomen blando y depresible. En la radiografía solicitada tras la exploración física se aprecia hiperclaridad en hemitórax izquierdo por neumotórax de gran tamaño total que colapsa pulmón de dicho lado completamente, sin desplazamiento de línea mediastínica y con descenso de hemidiafragma ipsilateral.

Juicio Clínico

Neumotórax espontáneo primario izquierdo

Diagnóstico diferencial

Derrame pleural Vs Atelectasia Vs Hernia diafragmática diferida (Bochdalek) Vs Condensación neumónica

Comentario final

Tras colocación de tubo de drenaje conectado a aspiración continua se reexpandió completamente el pulmón. Tras el octavo día de ingreso se le realizó TC torácico donde se evidenció lesión quística de 22x18 mm en ápex pulmonar izquierdo periférica con un grosor de pared de 1 mm por lo que derivó a la paciente a cirugía pediátrica para su posible resección y pleurodesis. Con una buena exploración en este caso se llega a un buen diagnóstico definitivo, confirmándose con una radiografía de tórax. La hipofonesis nos puede hacer pensar en varios diagnósticos pero si sumamos el timpanismo y la disminución de las vibraciones vocales se llega al diagnóstico, aunque en ocasiones es muy difícil diferenciarlo de un derrame masivo, neumonía o atelectasia.

Bibliografía

- Guerrero-Fdez J, Cartón Sánchez A, Barreda Bonis A et al. Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. 6ª ed. Madrid: Panamericana; 2017.

353/171. ¡Es un embarazo ectópico!, la importancia de la ecografía en atención primaria.

Autores

M. Martínez Ibáñez¹; A. Cordero Moreno²; J. Cañizares Romero¹.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; ²Médico Residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 35 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a nuestra consulta de planificación familiar por sangrado vaginal de dos semanas de evolución. Asocia dolor en hipogastrio y fosa iliaca derecha de 24 horas de evolución que le ha despertado por la noche. Sufre dos episodios presincopales en la sala de espera. Valorada por ginecología de urgencias hace 12 horas con exploración y ecografía vaginal normal. Fecha de última regla el 11 de febrero de 2018, con fórmula menstrual regular y utilizando

anticonceptivos orales hasta diciembre para posteriormente utilizar preservativo masculino.
Fórmula obstétrica: G2P2A0.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y eupenica. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, doloroso a la palpación en hipogastrio sin masas ni megalias. Blumberg negativo. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Genitales externos normales.

Tacto vaginal bimanual con movilización cervical dolorosa y dolor a la palpación en fosa iliaca izquierda con defensa voluntaria. Especuloscopia cérvix bien epitelizado macroscópicamente normal. Mínimos restos hemáticos en vagina, flujo marronáceo sin sangrado activo.

Ecografía transvaginal: útero en anterversión, con endometrio de aspecto hiperplásico de unos 17 mm. Se observa en Douglas izquierdo imagen heterogénea de 80x30 mm que podría corresponder a coágulo organizado, adyacente a este presenta imagen econegativa de unos 10mm que impresiona depender de anejo derecho. Ante los hallazgos clínicos se deriva a urgencias de ginecología con ambulancia medicalizada. A su llegada se realiza test de gestación (positivo) y se solicita preoperatorio ante la sospecha de embarazo ectópico.

Juicio Clínico

Embarazo ectópico derecho

Diagnóstico diferencial

Aborto intrauterino, mola hidatiforme, abdomen agudo.

Comentario final

El embarazo ectópico se observa en el 0,6-2% de todos los embarazos. La frecuencia ha aumentado en los últimos años por el uso de antibióticos en la enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía correctora, técnicas de reproducción asistida y métodos anticonceptivos como DIU. La más frecuente la tubárica (98%) y, dentro de estos, ampular(60%), ístmica (35%), intersticial (3%)

Bibliografía

- Cabero Roura, Ll y cols. *Protocolos de Medicina Materno-fetal (Perinatología)*, 2a edición. Ed. Ergon, S.A. Madrid. 2000. 120-122.

353/175. Ingesta de cuerpo extraño. A propósito de un caso.

Autores

C. Valenzuela Núñez¹; M. Laynez Gallego²; M. Jara Abril³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto. Cádiz.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.

Descripción del caso

Varón 58a, con único AP de HTA en tratamiento con enalapril. Acude al servicio de Urgencias Hospitalarias por aumento de su disnea habitual, odinofagia, cervicalgia y sensación distérmica no termometrada de 2h de evolución. Dos días antes el paciente acudía a mismo servicio refiriendo sensación de cuerpo extraño tras ingesta de pollo, realizándose radiografía cervical donde se descartó la presencia del mismo a nivel faríngeo, siendo más tarde necesaria la extracción endoscópica de un hueso de pollo al estar enclavado en tercio superior del esófago. Ese mismo día el paciente se fue de alta, juzgándose innecesaria la profilaxis antibiótica.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración regular EG. Consciente, orientado, colaborador y fiebre de 38.5°C. Presenta trismus con dificultad para el habla, faringe hiperémica sin exudado, disnea en reposo no tolerando el decúbito y tumefacción dolorosa laterocervical extensa y mal definida.

En el control analítico destaca aumento de RFA: 19.800 leucocitos (con 82% de neutrófilos), PCR 101 y fibrinógeno 770. Resto de parámetros en bioquímica, hemograma y coagulación sin alteraciones significativas.

Se realiza nueva radiografía de cuello donde se aprecia aumento significativo de partes blandas retrofaríngeas con presencia de gas a nivel inferior.

Se solicita TAC cervico-torácico con abundante gas extraluminal en espacio retrofaríngeo asociado a masa de partes blandas que se extiende de orofarínge hacia la izquierda por detrás de la glándula tiroi-

des; engrosamiento cutáneo y sin datos de afectación mediastínica.

El paciente ingresa en ORL, donde se inicia antibioterapia empírica tras aislarse en los hemocultivos *Staphylococo coagulasa-*. A las 48h, el paciente continúa con empeoramiento de insuficiencia respiratoria por lo que se decide traqueotomía y cervicotomía para drenaje del absceso. Se mantiene antibioterapia 3 días más, con buena evolución y cursando su alta tras 14 días de hospitalización.

Juicio Clínico

Absceso retrofaríngeo tras ingesta de cuerpo extraño.

Diagnóstico diferencial

Angina Ludwig/Mediastinitis/Enfermedad de Lemierre/Patología tumoral.

Comentario final

Lo esencial de este caso radica en la importancia de la realización de una buena anamnesis, exploración física y un correcto diagnóstico diferencial de las diferentes patologías. Así como la revisión desde AP de nuestros pacientes al alta para reajuste de tratamiento.

Bibliografía

- Boucher C, Dorion D. *Retropharyngeal abscesses: a clinical and radiologic correlation*. 1999; 28: 134-7

353/176. Hipotensión refractaria

Autores

P. Agüera Moreno¹; E. Paños Maturana²; J. Ignacio Expósito³; J. Benítez Rivero⁴.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; ³Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; ⁴Médico de Familia. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.

Descripción del caso

Mujer de 84 años con antecedentes de cáncer de mama intervenido y cirrosis hepática secundaria a cirrosis biliar primaria con datos de hipertensión por-

tal que consulta por presentar varios episodios presincopales y molestias abdominales difusas de una semana de evolución. Buen control de la enfermedad sin descompensaciones ascíticas ni exteriorización de sangrado desde el diagnóstico hace más de 20 años.

Exploración y pruebas complementarias

TA 80/50mmHg, FC 100lpm, Saturación O₂ 95%, palidez mucocutánea y eupneica en reposo. Auscultación cardiopulmonar con disminución del murmullo vesicular en base derecha. Abdomen blando, depresible con molestias a la palpación profunda de forma generalizada, hepatomegalia con leve ascitis sin signos de irritación peritoneal. Tacto rectal sin evidencia de melenas. Miembros inferiores sin edemas ni signos de TVP. Hemograma: Hb 7.2g/dL; coagulación: INR 1.32, AP 66%; bioquímica: iones, función renal y hepática sin alteraciones. Ecografía abdominal: hepatopatía crónica con signos de HTP, imagen hipoecogénica sospechosa de malignidad y moderada cantidad de líquido ascítico. Radiografía tórax: derrame pleural derecho. Paracentesis diagnóstica: líquido ascítico hemático. TC abdominal: Lesión compatible con carcinoma hepatocelular de 6x5cm en lóbulo hepático izquierdo con hematoma perilesional y hemoperitoneo secundario a ruptura de este.

Juicio Clínico

Hemoperitoneo secundario a rotura de carcinoma hepatocelular.

Diagnóstico diferencial

Hemoperitoneo de origen traumático, rotura de varices intraperitoneales, rotura de aneurisma abdominal, lesiones vasculares tras paracentesis, rotura de embarazo ectópico.

Comentario final

Se deriva a urgencias hospitalarias para estabilización hemodinámica y continuar estudio quedando ingresada a cargo de digestivo. Durante el mismo se realiza embolización transarterial, transfusión de hemoderivados y toracocentesis con colocación de tubo de drenaje pleural consiguiéndose la estabilización de la paciente. Destacar la importancia de disponer de un ecógrafo en atención primaria y tener nociones básicas de Ecofast para la detección de líquido libre que requiera una intervención urgente.

Bibliografía

- Ayala-Haro N, Sandoval-Illescas MC, Martínez-Navarro LJ, et al. Hemoperitoneo en pacientes con cirrosis hepática. *Evid Med Invest Salud* 2015; 8 (3): 128-131.
- Moore C, van Thiel DH. Cirrhotic ascites review: pathophysiology, diagnosis and management. *World J Hepatol.* 2013; 5 (5): 251- 263.
- Ma YJ, Chen EQ, Lu JJ, Tan MZ, Tang H. Hemoperitoneum in cirrhotic patients without abdominal trauma or tumor. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2011; 10: 644-648.

353/177. Hiponatremia aguda grave en paciente psiquiátrico.

Autores

L. González Díaz¹; L. Morato Lorenzo²; M. Jara Abril³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.

Descripción del caso

Mujer de 53 años. Antecedentes personales: DM, HTA, obesidad mórbida. Insuficiencia cardiaca por disfunción diastólica. SAOS grave con CPAP nocturna. Trastorno de la personalidad. En tratamiento con: Gabapentina, Clorazepato Dipotásico, Levomepromazina, Alprazolam, Tapentadol, Clotiapina, Metformina, Furosemida.

Acude por presentar somnolencia progresiva, astenia y cierta desorientación desde hace 6 días. Refiere desde hace algunas semanas aumento de ingesta hídrica así como toma de furosemida 1 comprimido diario en los últimos 15 días.

Exploración y pruebas complementarias

TA 120/80, FC 80 lpm. Temperatura 36 °C. Aceptable estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Bradipsíquica con tendencia al sueño. Eupneica en reposo. Afebril. Resto de la exploración física normal. Analítica: Hb 11,3 Leucos 17160, Plaquetas 248000, CR 0,6 Na +100. GPT 34, GOT 59. PCR 30. Gasometría

venosa: PH 7.5 HCO₃⁻ 34.8 PCO₂ 45. Rx tórax: cardiomegalia sin infiltrados ni condensaciones.

Juicio Clínico

Hiponatremia severa sintomática relacionada con polidipsia psicógena y agravada por la toma de diuréticos.

Diagnóstico diferencial

Síndrome neuroléptico maligno. Organicidad cerebral (encefalitis, tumores SNC etc).

Comentario final

Tras tratamiento corrector se recuperaron progresivamente las cifras normales de sodio mejorando ostensiblemente la clínica de bradipsiquia. No presentó complicaciones posteriores.

El cuadro de polidipsia psicógena y su secuela de encefalopatía hiponatrémica deben considerarse en el diagnóstico diferencial de cualquier paciente- sobre todo psiquiátrico- con alteración del nivel de conciencia.

Bibliografía

- Illowsky BP, Kirch DG. Polydipsia and hyponatremia in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 675-683.
- Mercier-Guidez E, Loas G. Polydipsia and water intoxication in 353 psychiatric inpatients: an epidemiological study. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 306- 11.

353/178. Diferentes patologías, una misma paciente.

Autores

M. Laynez Gallego¹; C. Valenzuela Núñez²; L. González Díaz².

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto. Cádiz.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz.

Descripción del caso

Paciente de 46 años con los siguientes AP: Alérgica a Akineton, no FRCV, no hábitos tóxicos. Síndrome depresivo en tratamiento con alprazolam y sertralina. Acude a URG por MEG de varios días de evolución. Refiere edema en cara y párpados, junto con aumento

de la diuresis con orina clara “espumosa” y dolor en MMII. En estudio por dolor en hombro derecho de un mes de evolución que no cede con AINEs ni infiltraciones (pendiente de RMN). Cuenta febrícula vespertina y nocturna a diario. También ha presentado varios episodios de epistaxis asociados a crisis de HTA. En analítica previa (de menos de un mes) se encuentra Crp 5mg/dl (pendiente de Nefrología). Náuseas con vómitos, tos con expectoración verdosa. No disnea. No dolor abdominal, heces de consistencia normal pero de coloración amarillenta. Diuresis adecuada (unos 2l/d).

En los AF: madre con GMN membranoproliferativa a los 35 años, primo con Ca renal y hermana con linfoma en remisión.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: BEG, COC, BHyP. Normocoloreada. Eupneica en reposo. Estable hemodinámicamente. TA 170/100. FC 100lpm.

ACR: rítmica sin soplos audibles. MVC sin ruidos sobreañadidos.

Analítica: Crp 10.3mg/dl, urea 170, Na 131, PCR 29, Calcio 15.6. No acidosis metabólica. Hb 10.1g/l. Leucocitos 34000. SO: prot 25mg/dl y hties 50.

Rx torax: Condensación en LSD.

PET-TAC: Lesión lítica e hipermetabólica en extremo proximal de húmero drcho. Hipermetabolismo homogéneo en esqueleto axial, ambos fémures y húmero izq. Procesos infecciosos en ambos parénquimas pulmonares

Mapa óseo: Afectación ósea por mieloma en calota, tercio proximal húmero drcho, tercio proximal ambos fémures y ambas tuberosidades isquiáticas

Ingresó en Hematología donde se trató el Mieloma con Dexametasona, Bortezomib y Lenalidomida. Para la neumonía se pautó Levofloxacino y para el IRA se realizó Hemodiálisis.

Juicio Clínico

Mieloma múltiple B-J Kappa

IRenal Aguda

Neumonía LSD

Diagnóstico diferencial

GMSI, Plasmocitoma, Amiloidosis, Enfermedades de las cadenas pesadas, Enf de Waldeström.

Comentario final

Como comprobamos en este caso, pueden darse varias patologías agudas simultáneamente, por lo que es importante realizar una anamnesis en profundidad, y no sólo prestar atención a los síntomas más iniciales y llamativos.

Bibliografía

- *Harrison., Longo D. Principios de medicina interna. McGraw-Hill; 2012.*
- *Jiménez Murillo L, Montero Pérez F. Medicina de urgencias y emergencias. Barcelona: Elsevier; 2015.*

353/179. Los fantasmas se esconden en el armario.

Autores

M. Rodríguez Ordóñez¹; M. Rodríguez González²; M. Rojas Martínez¹.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Tiro de Pichón. Málaga.; ²Médico de Familia. UGC Tiro de Pichón. Málaga.

Descripción del caso

Varón 35 años sin alergias medicamentosas conocidas. No antecedentes personales de interés.

Acude a consulta de primaria para comentarnos que desde hace años está teniendo alucinaciones visuales. Refiere que al principio era de forma ocasional, pero últimamente la frecuencia esta aumentando. Niega que le den órdenes, solo los visualiza sin reconocerlos. En consulta nos comenta que su hermano también tiene el mismo problema y que está recibiendo ayuda psicológica. Niega consumo de tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial:120/70 mmHg. FC: 90 lpm.

En consulta se muestra aterrorizado, sin parar de mirar hacia los lados. Exploración neurológica: sin alteraciones. ACR: anodino, así como la exploración de abdomen y sin bocio. Analítica: Hemograma, coagulación y bioquímica: sin alteraciones.TAC Cráneo: anodino.

Dado la gravedad de la situación le comentamos el caso a psiquiatría para proceder a una derivación

preferente. La psiquiatra prefirió ver al paciente en nuestro centro de salud. Tras más de una hora de entrevista clínica, el paciente comentó que las visiones empezaron a aparecer en el mismo tiempo en el que él dejó a su pareja de larga duración, a raíz de iniciarse sus dudas sobre su orientación sexual, situación estresante y dubitativa que todavía mantiene.

Juicio Clínico

Alucinaciones visuales por estrés.

Diagnóstico diferencial

- Trastornos oftalmológicos o lesiones oculares.
- Esquizofrenia.
- Demencia, epilepsia.
- Tumores cerebrales o infartos cerebrales que afecten a las áreas visuales.
- Abuso de sustancias, intoxicación por drogas o síndrome de abstinencia.
- Falta de sueño.
- Efectos secundarios de medicamentos.
- Insuficiencia renal o hepática.
- Estrés intenso o aislamiento prolongado.

Comentario final

Las alucinaciones visuales son alteraciones sensorio-perceptivas de modalidad visual que se presentan sin la existencia del objeto alucinado, trascienden por el convencimiento de la absoluta realidad. Sus causas son muy diversas, y se asocian comúnmente a la esquizofrenia o al uso de ciertas drogas, aunque tampoco hay que olvidar que pueden aparecer también por estrés produciendo cuadros breves de alucinaciones visuales o a veces no tan breves.

Bibliografía

- Romero- Vargas, S.; Ruiz-Sandoval, J. L.; García -Navarro, V. (2004) Alucinaciones visuales. *Semiología y fisiopatología. Rev Mex Neuroci*; 5(5):488-494.
- Teeple, R. C., Caplan, J. P. & Stern, T. A. (2009). *Visual Hallucinations: Differential Diagnosis and Treatment. Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 11(1), 26–32.

353/181. Shock séptico secundario a bacteriemia por neumococo en paciente EPOC.

Autores

L. González Díaz¹; C. Valenzuela Núñez¹; M. Laynez Gallago².

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto. Cádiz.

Descripción del caso

Varón de 78 años. Como antecedentes personales destacan SAHS grave, Bronquitis crónica, Lipomatosis de Madelung, obesidad, FA crónica. En tratamiento con CPAP nocturna, omeprazol, furosemida, ramipril, bisoprolol, apixavan, tamsulosina, beclometasona/formoterol, bromuro de tiotropio, bromuro de ipratropio. Acude por empeoramiento de su disnea habitual hasta hacerse de pequeños esfuerzos junto con edematización de MMII y oliguria de una semana de evolución. A las pocas horas comienza con cuadro de hipotensión y desaturación además de FA rápida con oliguria e hipoperfusión. Requirió VMNI, drogas vasoactivas, antibióticos y perfusión de amiodarona. Tras 14 días de tratamiento antibiotico iv se negativizan los hemocultivos y se normaliza la PCR.

Exploración y pruebas complementarias

TA: 90/40 mmHg. Fc 123 lpm. Regular estado general. Buena coloración de piel y mucosas. Taquidisneico (FR 25-30 rpm). Afebril. Sat 82%. En la analítica destaca: leucocitos 22.600/μL con desviación izquierda. Procalcitonina 17.8 ng/mL, PCR 356.

AP: MVC con abundantes ruidos de secreciones y crepitantes.

AC: tonos cardiacos arrítmicos a 116 lpm con BRD.

Rx tórax: cardiomegalia .Derrame pleural bilateral de predominio derecho.

Ecocardio: FE conservada. Sin cambios con respecto a previas.

Hemocultivos y cultivos de esputo: Streptococcus pneumoniae.

Juicio Clínico

Shock séptico en relación a bacteriemia por neumococo

Diagnóstico diferencial

Descompensación IC.

Comentario final

Streptococcus pneumoniae es responsable de una gran variedad de síndromes infecciosos. Los más graves se incluyen dentro del grupo denominado enfermedad neumocócica invasiva (ENI), constituido por bacteriemias (asociadas o no a neumonía), además de otras complicaciones como meningitis y pericarditis, y cuya mortalidad en España es de un 20%. Dicho microorganismo es una de las causas de muerte prevenible por vacunación. La EPOC es una de las enfermedades en las que se recomienda la vacunación del neumococo ya que es una población susceptible de padecer esta entidad, tiene un buen perfil de seguridad y reduce la morbilidad y mortalidad en estos pacientes.

Bibliografía

- A. Ortqvist, J. Hedlund, M. Kalin.
- *Streptococcus pneumoniae: Epidemiology, risk factors, and clinical features.*
- *Semin Respir Crit Care Med*, 26 (2005), pp. 563-574.
- J.P. Lynch, G.G. Zhanel.
- *Streptococcus pneumoniae: Epidemiology and risk factors, evolution of antimicrobial resistance, and impact of vaccines.*
- *Curr Opin Pulm Med.*, 16 (2010), pp. 217-225.

353/183. ¡Doctora, mi pierna está llena de manchas!**Autores**

M. Bermejo Vélez¹; I. Cavallaro²; M. Delgado Moya².

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva.;

²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Gibraleón. Huelva.

Descripción del caso

Mujer de 63 años sin alergias conocidas, no hábitos tóxicos, no historia de abortos ni trombofilias y antecedentes personales de diabetes tipo 2 y fibromialgia. Reali-

za tratamiento habitual con metformina 850 mg cada 8 horas. Acude a consulta de atención primaria por la aparición progresiva desde hace unas 24 horas de manchas violáceas acompañadas de leve dolor en miembro inferior izquierdo. La paciente no refiere otros síntomas. Es derivada para valoración al servicio de urgencias del hospital de referencia con diagnóstico de púrpura.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientada, eupneica en reposo. FC 128 lpm, SaO₂ 98%, TA 100/68 mmHg, T^a axilar 36.2°C. ACP: Corazón rítmico a 120 lpm sin soplos. Buen murmullo vesicular sin ruidos añadidos. Abdomen normal. Miembro inferior derecho normal. Miembro inferior izquierdo: se observa edematización de todo el miembro y abundantes máculas violáceas que se unen formando extensas placas que no desaparecen con la digitopresión. No se aprecia cambio de temperatura. Pulsos conservados. ECG normal. Radiografía de tórax normal. Hemograma con neutrofilia, anemia normocítica y normocrómica y plaquetas normales. Coagulación normal con dímeros D elevados. Bioquímica normal. Eco-doppler donde se objetivan datos de trombosis venosa profunda (TVP) extensa. Se ingresa a la paciente para estudio y tratamiento. Se realizan diversas pruebas de imagen y análisis para descartar posible neoplasia o infección así como estudios de inmunidad y hemostasia, siendo todos ellos negativos.

Juicio Clínico

Trombosis venosa profunda extensa en miembro inferior izquierdo.

Púrpura limitada a miembro inferior izquierdo en el contexto de una TVP.

Diagnóstico diferencial

Diferenciar una lesión púrpurica de otras lesiones dérmicas.

Filiar el origen de la púrpura.

Comentario final

Ante una púrpura SIEMPRE debemos descartar una causa sistémica, ya que en muchas ocasiones es el primer síntoma en aparecer. En este caso, por ejemplo, eran mucho más llamativas las lesiones dérmicas que otro tipo de síntomas que nos hicieran sospechar una TVP.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez F. Trombosis venosa profunda. *Medicina de urgencias y emergencias*. 5th ed. Barcelona: Elsevier; 2015.p.228-230.
- *Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [sede Web]. La Coruña: Fisterra.com; 1990-[actualizada el 14 de noviembre de 2014; acceso 23 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>*

353/184. No todo es lo que parece.

Autores

V. Yañe Bermejo¹; S. Granados Gutiérrez²; G. Agüera León³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga.; ²Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Tiro de Pichón. Málaga.; ³Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.

Descripción del caso

Varón, 87 años. NAMC. Niega antecedentes de interés. No tratamiento habitual. Vive con su esposa. Independiente para ABVD. Fumador de 2 cigarrillos/día. Acude a consulta de atención primaria por dolor en hipocondrio derecho irradiado a abdomen de forma generalizada, desde hace tres días con empeoramiento en las últimas 24 horas. Acompañado de náuseas sin vómitos. Tos escasa, esputo blanquecino, algo más abundante los últimos días, en ocasiones purulento. Orina con tinte hematórico aunque negando molestias miccionales. Fiebre de 38 ° desde ese mismo día. A la exploración destacaba hipoventilación generalizada y dolor en hipocondrio derecho a la palpación, con murphy negativo. Se deriva a urgencias para realización de pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias

EXPLORACIÓN: Buen estado general. TA: 118/86. FC 83 lpm. Tra 37.6°C. Sat O2 basal 95%. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo y normocoloreado. ACR: rítmico y regular sin soplos audibles. Hipofonosis generalizada con algún roncus disperso. Abdomen: blando y depresible, sin masas

ni megalias. No signos de peritonismo. Dolor a palpación en hipocondrio derecho. Murphy negativo. EELL: No edemas, no signos de isquemia aguda ni trombosis. Pulsos pedios bilaterales y simétricos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Rx tórax: Imagen de condensación a nivel de lóbulo inferior derecho con mínimo pinzamiento de seno costofrénico ipsilateral. No otras imágenes de alteración a nivel de parénquima pulmonar. ICT dentro de límites normales. Rx abdomen anodina. Analítica de sangre donde destacaba leucocitos 10900 (PMN 83.8%), neutrófilos 9100. Coagulación sin alteraciones. Bioquímica: amilasa, CK, AST, BiT dentro de los límites de la normalidad. PCR 136.1. Procalcitonina 0.20. Gasometría venosa sin alteraciones.

Juicio Clínico

Neumonía lóbulo inferior derecho

Diagnóstico diferencial

Colecistitis aguda, infección tracto urinario, neumonía adquirida en la comunidad.

Comentario final

El paciente se mantuvo en observación durante menos de 24 horas donde se administró antibioterapia intravenosa con Levofloxacin 500 mg y antitérmicos. Presentaba escala FINE clase III (riesgo medio) debido a la edad. Ante la buena evolución clínica se decidió alta a domicilio con tratamiento y seguimiento por su médico de atención primaria.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstico y protocolos de actuación*. 5º ed. Barcelona: Elsevier; 2015

353/186. El paradigma del prurito neuropático crónico.

Autores

C. Valenzuela Núñez¹; L. Morato Lorenzo²; L. González Díaz¹.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz.

Descripción del caso

Mujer de 42 años con único AP de dislipemia en tratamiento con simvastatina. Acude a la consulta de Atención Primaria por presentar prurito, dolor y parestesias en zona escapular izquierda, acompañado de una mayor sensibilidad al roce de la ropa, de más de un año de evolución. Además, comenta que poco tiempo después de comenzar con estos síntomas observó la aparición de una nueva mancha hiperpigmentada en la espalda, en la zona dorsal media que no coincidía con la zona pruriginosa. La paciente niega fiebre durante todo el proceso y no presenta ninguna otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo, estable hemodinámicamente y afebril.

Se objetiva una zona de hiperestesia cutánea y dinámica en región escapular izquierda junto con una mancha hiperpigmentada y bien delimitada que no correspondía con la misma zona en la que se aumentaba la sensibilidad.

Se solicita control analítico, resultando sin alteraciones a nivel de bioquímica, hemograma y coagulación. Se decide interconsulta con Dermatología. Dicho servicio solicita RMN y biopsia de la lesión.

En la RMN de columna cervical y dorsal se objetivan profusiones discales en la zona de C5-C6, sin afectación radicular, sin compromiso medular y con un estudio neurofisiológico normal.

La biopsia de la lesión hiperpigmentada muestra diagnóstico de notalgia parestésica.

Se remite de nuevo a la paciente para control de los síntomas por su MAP, en tratamiento domiciliario con ebastina, pregabalina y capsaicina en parche al 8%.

Tras varios meses de tratamiento, se observó mejoría y eficacia sobre los síntomas descritos.

Juicio Clínico

Notalgia parestésica.

Diagnóstico diferencial

Compresión medular/Dermatosis subyacente/Diabetes mellitus/Uremia/MEN tipo II

Comentario final

La sospecha de una patología tan poco frecuente en AP como la notalgia parestésica la hace susceptible de ser infradiagnosticada.

Aunque la etiología no se ha establecido con certeza se explica por un cuadro de atrapamiento periférico. Tampoco se dispone de un tratamiento estandarizado, se trata como cualquier otro proceso que presente dolor o prurito neuropático.

Bibliografía

- PA, Wayne ME. *Notalgia paresthetica*. *Neurology*. 1978;28:1310-1312
- Springall DR, Karanth SS, Kirkham N. *Symptoms of notalgia paresthetica may be explained by increased dermal innervation*. *J Invest Dermatol*. Sep 1991;97(3):555-61

353/187. Imagen de una acidosis metabólica.

Autores

M. Laynez Gallego¹; M. Jara Abril²; L. Morato Lorenzo³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto. Cádiz.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz.

Descripción del caso

Paciente de 24 años que acude a URG, en repetidas ocasiones por vómitos y diarreas asociados a dolor abdominal de dos semanas de evolución. Sus AP son: No RAMc, no hábitos tóxicos. Síndrome ansioso depresivo sin tratamiento. Se derivó en 2013 a CCEE de Endocrinología por IMC 15.65kg/m² y no acudió. Disminución de ingesta de alimentos y líquidos. Afebril. Vómitos y deposiciones líquidas normales. Frecuentemente presenta analíticas con pH en torno a 7.2 junto con pCO₂ 30-35 y HCO₃ de 12-15, que se tratan con bicarbonato, y posterior tratamiento sintomático de la GEA.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: BEG, COC, BHYP. Normocoloreada. Eupneica en reposo. Estable hemodinámicamente. TA 110/60. FC 78.

ACR: rítmica sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso. No masas no megalias. No irritación peritoneal.

Rx abdomen: anodina

Analítica: Hemograma y Coagulación sin alteraciones. Glucosa 154. PCR 5. Gasometría venosa: pH 7.2, pCO₂ 31 y HCO₃ 12.4. SO: CC 150, leucocitos 25, hties 25, nitritos negativos. Test gestación negativo.

Tras presentar nuevamente analítica similar y SO con CC elevados sin ser diabética, se revisan analíticas y SO anteriores, y se realiza anamnesis dirigida donde refiere: ser delgada desde siempre. No selecciona alimentos, pero sí omite comidas. Poca ingesta de alimento en las comidas principales. No comportamientos anómalos con la comida. Presentó inapetencia por la comida durante varios años. No trastornos menstruales. No caída del pelo. Se entrevista a los padres que reconocen escasa ingesta desde siempre, con empeoramiento en los últimos meses. Selecciona alimentos y omite ingestas.

La paciente ingresó en Endocrinología para fluidoterapia y comenzar dieta adecuada a sus necesidades. Se realizó interconsulta con Salud Mental por sospecha de TCA

Juicio Clínico

Acidosis metabólica por bajo peso en posible TCA

Diagnóstico diferencial

GEA, Embarazo, Enfermedad inflamatoria intestinal, DM

Comentario final

Es fundamental pensar en varios diagnósticos diferenciales, y no caer en el error de diagnosticar lo más evidente. Hay que valorar el paciente en su conjunto, haciendo hincapié en la anamnesis y la exploración.

Bibliografía

- Harrison., Longo D. *Principios de medicina interna*. McGraw-Hill; 2012.
- Jiménez Murillo L, Montero Pérez F. *Medicina de urgencias y emergencias*. Barcelona: Elsevier; 2015.

353/188. Acúfenos, a propósito de un caso.**Autores**

P. Ortiz Suárez¹; C. Gómez Palomo¹; A. Cordero Moreno².

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.; ²Médico Residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 58 años que acude a nuestra consulta por presentar un “zumbido” en oído izquierdo de unas 3 semanas de evolución. Acude preocupado solicitando una derivación a Otorrinolaringología (ORL) porque ese ruido “va a volverle loco”. No había acudido a nuestra consulta previamente y refiere estar sano. No presenta otra sintomatología acompañante y no tiene antecedentes de interés. Indagamos acerca de su situación observando que tiene repercusión en su calidad de vida, produciendo insomnio y estrés. Realizamos una adecuada anamnesis, detallando la esfera ORL y descartando fármacos ototóxicos. Derivamos a ORL para continuar estudio y valorar tratamientos específicos. Sin embargo, le explicamos al paciente que en muchos casos existen condiciones asociadas que pueden causar esta patología y que es importante descartarlas. Tras unos meses de seguimiento, mejorando la calidad del sueño y controlando la HTA y la hipercolesterolemia detectadas tras su consulta, el paciente refiere mejoría.

Exploración y pruebas complementarias

Otoscopia y exploración neurológica sin alteraciones aparentes.

Tensión Arterial: 160/110.

Analítica de sangre: destaca Colesterol 220 mg/dL.

Juicio Clínico

Acúfenos

Diagnóstico diferencial

Acúfeno secundario a enfermedades vasculares, endocrino-metabólicas, hematológicas, neurológicas o psiquiátricas.

Comentario final

Los acúfenos son un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria y se produce en su mayor parte por patología no ORL. Es frecuente que afecte considerablemente la calidad de vida y que sea concomitante a patologías cardiovasculares como la HTA y la hiperlipemia, así como con insuficiencia renal y el síndrome ansioso-depresivo.

El tratamiento actualmente se basa en controlar las comorbilidades y en algunos casos existen nuevos fármacos que ayudan en su manejo, pero es importante realizar un abordaje biopsicosocial. Existen técnicas para abordar el acúfeno, ofreciendo consejos que facilitan su tratamiento: estrategias distractivas, disminuir el estrés, protección frente a ruidos intensos, no transmitir que es incurable dado que aumenta el grado de estrés..

Bibliografía

- Baguley D, McFerran D. Tinnitus. *Lancet* 2013; 382:1600.
- Shargorodsky J, Curhan GC. Prevalence and characteristics of tinnitus among US adults. *Am J Med* 2010; 123:711.
- Ahmad N, Seidman M. Tinnitus in the older adult: epidemiology, pathophysiology and treatment options. *Drugs Aging* 2004; 21:297.
- Folmer RL, Griest, Tinnitus and insomnia. *Am J Otolaryngol.* 2000;21(5):287.
- Elizabeth A Dinces, *Treatment of tinnitus, UpToDate [Internet].*

353/189. La depresión no siempre es la solución.**Autores**

M. García Martín¹; E. Reyes Díaz²; C. Bordon Poderoso².

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; ²Médico Residente 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 54 años, sin enfermedades crónicas ni antecedentes psiquiátrico, que acude a consulta por

cuadro de mes y medio de evolución de depresión y deterioro cognitivo sin accidente traumático desencadenante. Acude con su madre que refiere que comenzó con desesperanza y apatía, pero ha ido aumentando progresivamente hasta el punto de aislarse tanto de sus relaciones sociales como de su familia. Ha perdido las ganas de vivir, pasa el día durmiendo y hace meses que desatiende su higiene corporal. Recientemente se ha negado incluso a comer y beber (lo hace forzado por su madre) y se orina encima. No se refieren consumo de tóxicos, periodos febriles recientes, convulsiones ni traumatismos craneales recientes. Está en espera de ser valorado por Salud Mental. Se deriva a urgencias para valoración de posible origen orgánico del cuadro.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, aspecto descuidado. Consciente. Desorientado en las tres esferas. Deshidratación cutánea y caquexia. Afebril. Poco colaborador pero alerta, con lenguaje escaso e incoherente y tendencia al mutismo, apertura ocular a la llamada, no obedece órdenes, pero no presenta déficit motor. Pupilas isocóricas y normorreactivas. No alteración de pares craneales. TC craneal que muestra LOE frontal derecha de 66 x 55 x 50 mm, heterogénea, extendiéndose a través de la línea media con afectación de la rodilla y el esplenio del cuerpo calloso hacia ambos lóbulos frontales y regiones frontobasales. Importante edema perilesional. Se acompaña de importante efecto de masa, con herniación subfalcina hacia la izquierda de aproximadamente 18 mm.

Juicio Clínico

LOE cerebra compatible con Glioblastoma Multiforme.

Diagnóstico diferencial

Depresión mayor. Hipotiroidismo. Tumor intracranial. Hiper/Hipoparatiroidismo. Feocromocitoma

Comentario final

La depresión es la principal causa de discapacidad en todo el mundo y supone uno de los principales motivos de consulta en Atención primaria. Constituye un reto para la salud pública e igual que muchas patologías psiquiátricas se manifiestan con síntomas somáticos, muchas enfermedades orgánicas debutan con

síntomas depresivos, por lo que es importante desde nuestra consulta conocer los síntomas de alarma para poder descartar la organicidad del cuadro.

Bibliografía

- *Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 7ª edición. Hospital Universitario 122 de Octubre. 2012.*

353/190. Varón joven con fiebre y exantema ¿es un simple cuadro viral?

Autores

C. Gómez Palomo¹; P. Ortiz Suárez¹; A. Cordero Moreno².

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.; ²Médico Residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 32 años. Antecedentes personales: alergia a Sulfamidas, fumador de 15 paquetes/año, rinitis alérgica en tratamiento con furoato de fluticasona en pulverización nasal. Acude a nuestra consulta no demorable del centro de salud por cuadro de cuatro días de evolución de odinofagia, artralgias y fiebre de hasta 38.5°C, acompañado además de varias deposiciones diarreica. Ha realizado tratamiento con anti-térmicos y antiinflamatorios sin mejoría del cuadro.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, cociente y orientado, hemodinámicamente estable, eupneico en reposo, Tª 38.2°C, TA 115/75, FC 112lpm.

Faringe hiperémica, sin exudados ni placas infecciosas, adenopatías submandibulares subcentimétricas bilaterales. Auscultación normal. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, ni masa ni megalias palpables. Descubrimos erupción maculopapulosa en región dorsal, no pruriginosa ni dolorosa.

Tras descubrir la erupción se decide completar la anamnesis poniendo de manifiesto una práctica sexual de riesgo dos semanas atrás. Se solicita analítica de sangre completa y serología viral, incluyendo carga viral de VIH.

El servicio de infecciosos de nuestro hospital de referencia cita directamente al paciente en sus consultas, tras recibir datos de laboratorio de carga viral de 25.000 copias, con anticuerpos negativos, signo de infección aguda por VIH.

Juicio Clínico

Infección aguda por VIH

Diagnóstico diferencial

Mononucleosis infecciosa. Gripe. Hepatitis viral. Sarampión. Rubéola. Virus herpes simple. Citomegalovirus. Sífilis.

Comentario final

Es de gran importancia realizar siempre una exploración física completa. En este caso, al descubrir la erupción cutánea, ampliamos nuestro diagnóstico diferencial, llegando así a, un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado, en este caso de forma precoz, con los beneficios que eso supone para la evolución de esta patología.

Bibliografía

- *Hecht FM, Busch MP, Rawal B et al. Use of laboratory tests and clinical symptoms for identification of primary HIV infection. AIDS 2002, 16:1119-1129*

353/192. Doctora, este dolor no se quiere ir.

Autores

L. Ballesteros Lechuga¹; A. García Flores²; J. León Domínguez³; R. Salmerón Latorre⁴; A. Moreno Jiménez⁵; M. Exposito Diaz- Alvarez⁶.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Jaén.; ²Médico de Familia. Centro de Salud Úbeda. Jaén.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén.; ⁴Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda Virgen de Gavellar. Jaén.; ⁵Médico Residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda Virgen de Gavellar. Jaén.; ⁶Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda Virgen de Gavellar. Jaén.

Descripción del caso

Hombre de 43 años de edad sin alergias medicamentosas ni antecedentes personales de interés y sin tratamiento. Acude al Servicio de Urgencias DCCU por dolor abdominal a nivel de fosa ilíaca izquierda irradiado a fosa renal izquierda y a zona genital de un día de evolución. Fiebre. No vómitos. No cambios en el hábito intestinal ni productos patológicos en las heces. No síndrome miccional.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Regular estado general. Constantes: TA 146/80, Tº 38,2º. ACR: tonos rítmicos sin soplos ni ruidos patológicos. Abdomen: abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en fosa ilíaca izquierda. No masas ni megalias ni signos de peritonismo. Blumberg y Murphpy negativos. Puño-percusión bilateral negativa. Combur Test: 3+ hematíes. Se le administra diazepam y metamizol vía i.m. con posterior reevaluación sin mejoría clínica. Se canaliza vía periférica y se administra paracetamol, dexketoprofeno y pantoprazol pero tampoco hay mejoría significativa. Se deriva a Hospital de referencia:

- Analítica: 15600 leucocitos, 10140 recuento neutrófilos. PCR 151,4. Sistemático de orina: 4+ hematíes.
- Radiografía simple de abdomen: aire acumulado en colon ascendente-transverso.
- Ecografía abdominal: Riñones de tamaño normal sin dilatación de la vía excretora. Vejiga normal. En fosa ilíaca izquierda se observa segmento de colon con pared engrosada así como pequeña imagen sacular en relación con pared colónica con aire en su interior, compatible con divertículo inflamado.

Se comienza tratamiento antibiótico y se ingresa en servicio de Cirugía General y Digestivo.

Juicio Clínico

Diverticulitis aguda. Cólico nefrítico.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad inflamatoria intestinal, patología testicular, patología tubárica u ovárica...

Comentario final

Ante un paciente con dolor en fosa ilíaca izquierda es frecuente que pensemos en primer lugar en cólico

nefrítico dada la frecuente demanda por esta patología en Urgencias. Sin embargo, hay que destacar que la diverticulitis es una enfermedad que está en aumento y que, aunque la edad promedio de presentación es de 59 años, cada vez afecta a más jóvenes. Por tanto, en nuestro paciente, es posible que la clínica se explique por ambas patologías, pero ante la fiebre y la no remisión del dolor con analgesia reiterada, debemos mandar al Servicio Hospitalario más cercano para ampliar estudio.

Bibliografía

- Kasper. *Harrison principios de la Medicina Interna*. 19 Edición; 2015. 3235p

353/193. Lesiones cutáneas: ¡petequias!**Autores**

A. Carabot Ramírez¹; A. Olivares Loro²; R. Anillo Gallardo³; M. Delgado Rodríguez⁴.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.; ²Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.; ³Médico Residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.; ⁴Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.

Descripción del caso

Mujer de 35 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a la consulta por lesiones cutáneas de 12 horas de evolución. Durante la anamnesis también refiere episodio leve y autolimitado de epistaxis en el día anterior. No sensación distérmica ni malestar general. Niega proceso infeccioso previo, así como hábitos tóxicos ni toma de medicación.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, normocoloreada y eupneica en reposo.

ACR y exploración abdominal anodinas. No adenopatías.

Piel: petequias en extremidades, más acentuadas en miembros inferiores, tronco y aisladas abdominales.

Orofaringe: pequeño hematoma lingual y petequias en paladar. Equimosis en mucosa yugal.

Se solicita bioquímica, hemograma y coagulación urgentes con los siguientes hallazgos: bioquímica, coagulación, serie roja y blanca sin alteraciones. Plaquetas 6.000/mm³.

Además se solicitó de inmunoglobulinas, proteino-grama, complemento, función tiroidea, vitamina B12, folato y serología de virus hepatotropos incluidos CMV y VEB.

Ante la trombopenia severa se deriva a la paciente al hospital para transfusión de pool de plaquetas y previamente se administra metilprednisolona 60 mg IV. La paciente fue ingresada en Hematología, tras dos días de tratamiento con corticoides e inmunoglobulina intravenosa y un pool de plaquetas fue dada de alta.

Acudió a revisión a la consulta de atención primaria donde se fue descendiendo progresivamente la dosis de corticoides. Los estudios solicitados fueron normales, incluida ecografía abdominal y autoinmuni-dad.

Juicio Clínico

Púrpura trombocitopénica idiopática.

Diagnóstico diferencial

- Pseudotrombocitopenia.
- Inducida por fármacos: heparina, ibuprofeno, naproxeno, sulfamidas...
- Virus (VIH, VHB, VHC, VEB...).
- Infección por *Helicobacter pylori*.
- Neoplásica.
- Déficit de vitamina B12 o ácido fólico.
- Enfermedades autoinmunes reumatológicas (LES, SAF...).

Comentario final

- Ante un cuadro clínico similar, fundamental realizar una correcta anamnesis y exploración física en busca de manifestaciones hemorrágicas y de causas precipitantes (cuadro infeccioso, fármacos, alcohol, embarazo...).
- Descartar pseudotrombocitopenia. Confirmada trombopenia: si no hay manifestaciones hemorrágicas podemos derivar a consulta externa de Hematología pero si éstas aparecen hay que derivar a urgencias hospitalarias.

- Sospecha PTI, tratamiento inicial: corticoides.

Bibliografía

- Sanz Alonso MA, Vicente García V. *Directrices de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la PTI: Documento de Consenso*. Madrid: SEHH; 2011.
- Lozano ML, Navarro-Núñez L, Martínez C, Rivera J. *Alteraciones de las plaquetas. Etiopatogenia, clasificación, manifestaciones clínicas, diagnóstico y actitudes terapéuticas*. *Medicine*. 2008;10:1465-74.

353/194. La infección cutánea recurrente y sus diagnósticos diferenciales.

Autores

L. López Puerta¹; P. García Acosta¹; M. Guirado Sánchez².

Centro de Trabajo

¹Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Distrito Poniente. Almería.; ²Médico de Familia. Consultorio de Balanegra. Distrito Poniente. Almería.

Descripción del caso

Mujer de 49 años, fumadora de 10 cigarrillos/ día, no otros hábitos tóxicos, niega alergias medicamentosas ni otras conocidas, no enfermedades de interés. Trabajadora de la limpieza, que presenta desde hace año y medio episodios de lesiones en región de pliegues intermamarios, ingles y axilas. Con supuración activa purulenta, eritematosas, dolorosas. Ha consultado en múltiples ocasiones y en primaria se le ha tratado con múltiples antibióticos y medidas higiénicas: antisépticos tópicos, mupirocina pomada, amoxicilina, amoxicilina-clavulánico, ciprofloxacino... Realizando pautas correctas y con las dosis adecuadas, con recidiva posterior, más de 8 episodios en los últimos 18 meses. No otra clínica asociada. Niega convivientes afectos con misma patología, no convive con animales, no viajes recientes.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, eupneica en reposo, coloración terrosa, normohidratada. T.A: 120/70, FC: 80lpm, sat: 99%, afebril. Lesiones cicatriciales residuales hiperpigmentadas en abundante número, en zona inframamaria

e inguinal bilateral. En mama izquierda quiste que supura. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, no soplos, mvc, no ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no masas ni megalias, no peritonismo. No signos de TVP, ni edemas. Se ha realizado cultivo de exudado sin hallazgos. Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación dentro de la normalidad.

Juicio Clínico

Hidrosadenitis supurativa Hurley I

Diagnóstico diferencial

Acné, carbunco, erisipela, celulitis, quiste dermoide, linfadenopatías, abscesos cutáneos.

Comentario final

Es una enfermedad crónica que afecta a zonas intertriginosas con nódulos inflamatorios cutáneos recurrentes, se considera una enfermedad de oclusión folicular. Los tratamientos actuales se basan en el uso de factor de necrosis tumoral alfa, fotodinamia, antiandrógenos, antibióticos. En casos severos precisan cirugía. La obesidad, el sobrepeso, el tabaquismo son factores asociados, existen factores genéticos, algunos medicamentos como el litio puede predisponerla.

Bibliografía

- * Association of hidradenitis suppurativa disease severity with increased risk for systemic comorbidities. *Br J Dermatol.* 2014;171:1561---5. 20. Gold DA, Reeder VJ, Mahan MG, Hamzavi IH. * The prevalence of metabolic syndrome in patients with hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70:699---703. Richette P, Molto A, Viguier M, Dawidowicz K, Hayem G, Nassif A, et al. * Hidradenitis suppurativa associated with spondyloarthritis--results from a multicenter national prospective study. *J Rheumatol.* 2014;41:490---4.

353/197. Lesiones osteolíticas en paciente fumador.

Autores

M. Delgado Rodríguez¹; A. Carabot Ramírez²; A. Olivares Loro³; R. Anillo Gallardo⁴; F. Giraldo Abadín⁵; C. Guijo Roldán⁶.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.; ²Médico Residente 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.; ³Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.; ⁴Médico Residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.; ⁵Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo Distrito de Jerez. Cádiz.; ⁶Médico de Familia. Centro de Salud Virgen de la Oliva. Jerez de la Frontera. Cádiz.

Descripción del caso

Anamnesis: Hombre de 58 años que presenta dolor dorsal de un mes de evolución, el cual no se modifica con los movimientos ni con la respiración y que no mejora con analgesia habitual. Lo describe como continuo y le despierta por la noche. No otros síntomas.

AP: No RAMC. EPOC en tratamiento. Fumador de un paquete diario desde la juventud.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Caquexia. Palidez cutánea. Eupneico en reposo. Sin limitación en la movilidad de la columna vertebral. ACP: mvc con hipofonesis en LSI, tonos rítmicos sin soplos. Se aprecian acropaquias en ambas manos. No se palpan adenopatías. Resto normal.

Pruebas complementarias: Rx columna dorsal: Se aprecian imágenes líticas en D8-D9 compatible con metástasis óseas. Rx tórax: se aprecia aumento de condensación en lóbulo superior izquierdo. Analítica con aumento de fosfatasa alcalina.

Se deriva a Medicina Interna para estudio de extensión. Gammagrafía ósea, TAC torácico y resonancia magnética sugestivo de Carcinoma pulmonar con metástasis óseas. Biopsia pulmonar: carcinoma microcítico de pulmón.

Juicio Clínico

Carcinoma microcítico de pulmón con metástasis vertebrales. El paciente tuvo una evolución desfavorable con mal control del dolor, se le derivó a cuidado paliativos.

Diagnóstico diferencial

Contractura muscular, fractura vertebral, enfermedad de Paget

Comentario final

- El sistema esquelético es el tercer órgano más frecuentemente afectado por el cáncer metastásico después del pulmón y el hígado.
- Las metástasis del cáncer de mama, pulmón, próstata, y el mieloma múltiple son sus principales causas. Las metástasis vertebrales se clasifican como intradurales y extradurales.
- El diagnóstico y tratamiento de las lesiones vertebrales secundarias a tumores, deben ser tratadas por un equipo multidisciplinario, donde el cirujano de columna tiene un papel importante cuando el dolor no se puede manejar por inestabilidad vertebral, por riesgo de fractura y sus consecuencias de compromisos neurológicos.

Bibliografía

- *Suspected spinal cord compression in breast cancer patients: multidisciplinary risk assessment. Breast Cancer Res Treat 1998;51:121-31*
- *Orthopedic surgical management of skeletal complications of malignancy. Cancer 1997;80(Suppl):1614-27*

353/198. Clínica miccional y dolor perianal... no todo es ITU.**Autores**

M. Delgado Rodríguez¹; A. Olivares Loro²; A. Carabot Ramírez³; R. Anillo Gallardo⁴; C. Guijo Roldán⁵; F. Giraldo Abadín⁶.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.; ²Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.; ³Médico Residente 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.; ⁴Médico Residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.; ⁵Médico de Familia. Centro de Salud Virgen de la Oliva. Jerez de la Frontera. Cádiz.; ⁶Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo Distrito de Jerez. Cádiz.

Descripción del caso

Anamnesis: Varón de 52 años que acude al servicio de urgencias por malestar general y fiebre junto a clínica miccional con disuria, polaquiuria, además de dolor lumbosacro y perianal de un día de evolución. No hematuria. No dolor abdominal ni en fosas renales. Comenta que no ha tenido otros episodios similares.

AP: NO RAMC. HTA en tratamiento con enalapril. DLP en tratamiento dietético.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: REG. Abdomen anodino. Puñopercusión renal bilateral negativa. Tacto rectal donde se palpa próstata caliente y dolorosa a la palpación.

Pruebas complementarias: Analítica: leucocitosis de 20000 y PCR 250, resto normal. Sedimento orina con piuria. Ecografía abdominal donde se aprecian signos de prostatitis. Se solicitó urocultivo donde se apreció E. Coli.

Juicio Clínico

Prostatitis aguda. El paciente quedó ingresado a cargo de Urología, tuvo buena evolución tras antibioterapia.

Diagnóstico diferencial

Cistitis, uretritis, urolitiasis, síndrome de Reiter.

Comentario final

- La prostatitis aguda es producida por una infección bacteriana. Es una enfermedad poco frecuente pero potencialmente grave.
- Las bacterias más comunes de la prostatitis aguda son las mismas que suelen causar infección urinaria, como E. coli, Klebsiella y Proteus. Suele ser secundaria a instrumentación urológica, obstrucción vesical o diseminación de una infección.
- Si se sospecha, el tacto rectal se debe hacer de forma cuidadosa porque podría desencadenar una bacteriemia. Está contraindicado el masaje prostático para estudio de secreción protática por el riesgo de bacteriemia y porque es muy doloroso para el paciente.
- El diagnóstico de la prostatitis aguda se lleva a cabo principalmente por la evaluación conjunta de las señales clínicas y del tacto rectal.

Bibliografía

- Brede CM, Shoskes DA. *The etiology and management of acute prostatitis*. *Nat Rev Urol*. 2011;8(4):207-12.
- Brooke Huffman G. *Characteristics of the Major Types of Prostatitis*. *Am Fam Physician*. 1999 Oct 15;60(6):1821-1824

353/199. La hipertensión rebelde.**Autores**

L. López Puerta¹; M. Guirado Sánchez²; P. García Acosta¹.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Distrito Poniente. Almería.; ²Médico de Familia. Consultorio de Balanegra. Distrito Poniente. Almería.

Descripción del caso

Paciente de 45 años, natural de Guinea Bissau, residente en España desde hace 2 años, trabaja como agricultor en invernadero. Entre sus AP: HTA mal control, hipercolesterolemia, ACV hemorrágico hace un año, hepatopatía enólica. En tratamiento desde último ingreso con labetalol 100mg/ 24h, nifedipino 30mg/ 24h y furosemida 40mg/ 24h. Acude para control a su médico de atención primaria tras 6 meses en los que ha estado en su país, para renovar de nuevo medicación, refiere mala adherencia al tratamiento los meses previos. En consulta objetivamos cifras: TAS:190, TAD: 110, acordamos iniciar de nuevo medicación prescrita y control en 3 días, en revisión TAS: 170/110, realizamos seguimiento en las que añadimos a su medicación habitual: irbesartan 300mg/ 24h, doxazosina 4 mg/ 24h y ramipril 5 mg/ 24h, con las que conseguimos cifras TAS: 120, TAD: 80, mantenemos tratamiento y acordamos seguimiento quincenal de cifras, informamos de signos de alarma, instruimos al paciente con cajas de fármacos para que los identifique y conozca pautas.

Exploración y pruebas complementarias

Múltiples tomas de tensión con cifras HTA mal control que conseguimos mantener en rango dentro de la normalidad. Buen estado general, colaborador y orientado, eupneico en reposo, normoperfundido. Normohidratado. No rasgos cushingoides, neuro-

lógico sin hallazgos. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos de interés. Analítica con función renal normal, HbA1c: 5,6, hemograma normal, hipertransaminasemia leve, resto sin hallazgos de interés. Eco abdominal normal.

Juicio Clínico

HTA mal controlada en paciente con ACV hemorrágico y factores de riesgo cardiovascular.

Diagnóstico diferencial

Hipertensión de bata blanca, Hiperaldosteronismo primario, enfermedad renal crónica, Síndrome de Cushing, estenosis de la arteria renal.

Comentario final

En este caso, la consulta del paciente para renovación de medicación fue la clave de una nueva valoración de toma de constantes, así como la oportunidad de realizar de nuevo una correcta anamnesis que nos ayude a conocer la alimentación, hábitos y la adherencia al tratamiento, mejorar la confianza del paciente con el médico, informar de los riesgos.

Bibliografía

- James PA, Oparil S, Carter BL, et al. *2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8)*. *JAMA*. 2014;311(5):507-520

353/207. La fiebre del fango.**Autores**

C. Aguilera Montaña¹; B. Martínez Rodríguez²; Á. Bonilla Álvarez³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vega de Aca. Almería.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza de Toros. Almería.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benahadux. Almería.

Descripción del caso

Varón de 16 años natural de Costa de Marfil que llegó hace 15h a España en patera. Estuvo los 6 meses pre-

vios en Marruecos donde ingerió agua embotellada y alimentos higienizados, bañándose en ríos y pantanos. AP: malaria hace 3 años NAMC no tratamiento habitual. Acude al centro de salud por fiebre de 38º, mialgias intensas más acentuadas en MII cefalea que no cede con analgesia astenia y conjuntivas enrojecidas de 48h de evolución. Se deriva a urgencias para estudio.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, CyO bien hidratado inyección conjuntival. No adenopatías cervicales, axilares ni inguinales. ACR: taquicardia tonos rítmicos sin soplos, buena ventilación, no sibilancias. Abdomen no doloroso a la palpación, no megalias. MII no edemas, no signos de TVP. ROTS, fuerza y sensibilidad conservados, pares craneales normales. Tº 37,5º, FC 140 lpm sat 98%, normotenso.

Pruebas complementarias:

Análítica bioquímica sin hallazgos a excepción de PCR 4,09 CPK 9163 LDH 1114 IgE 1865 Bilirrubina total normal serie blanca eosinófilos 13%.

Rx tórax sin hallazgos clínicos Eco abdominal leve esplenomegalia homogénea Mantoux negativo.

Serología VEB CMV Brucella toxoplasma VIH VHB, VHC negativos.

Uro/Coproactivo y parásitos en heces x2 negativos

Serología leptospira positiva.

Juicio Clínico

Leptospirosis anictérica.

Diagnóstico diferencial

Rabdomiolisis asociada al viaje, Zika, Malaria, Triquinosis, Shistosoma, Equinococcus granuloso, Strongyloides stercoralis.

Comentario final

La leptospirosis o enfermedad de Weil, es una zoonosis causada por espiroquetas. La infección humana se produce a través del contacto indirecto con animales infectados, por el agua o el suelo contaminados con la orina del animal, que con mayor frecuencia es la rata. Afecta a adultos jóvenes varones y la incidencia pico es en verano y comienzo del otoño. Es importante conocer esta entidad pues su forma más grave cursa con alteración hepática, renal, hemorragias y afectación neurológica meníngea.

Bibliografía

- Farreras.Rozman.Medicina interna.Enfermedades infecciosas.17ed.Elsevier. Thompson MA,Aberg JA,CahnP,Montaner JS et al Antiretroviral treatment of adults HIV infection:2010 recommendation of the international AIDS Society-USA panel. JAMA 2010;304:321-333.Luis Jiménez Murillo. Medicina de urgencias y emergencias.5ed.Elsevier.

353/215. Neumotórax espontáneo... ¿primario?.

Autores

A. Carabot Ramírez¹; A. Olivares Loro²; R. Anillo Gallardo³; M. Delgado Rodríguez⁴.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.; ²Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.; ³Médico Residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.; ⁴Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.

Descripción del caso

Varón de 25 años que acude a Urgencias refiriendo dolor torácico izquierdo punzante que no aumenta con los movimientos ni con la palpación, no irradiado de pocas horas de evolución, que comenzó en reposo, sin cortejo vegetativo ni síncope ni disnea. No alergias medicamentosas y sin antecedentes personales de interés salvo fumador de 6 cigarrillos al día.

Exploración y pruebas complementarias

BEG. Eupneico en reposo sin trabajo respiratorio, con SpO2 99%. Auscultación cardiorrespiratoria con tonos rítmicos sin soplos y murmullo vesicular disminuido en vértice del campo pulmonar izquierdo sin ruidos patológicos añadidos. Rx tórax: neumotórax apical izquierdo.

Tras tratamiento analgésico, se deriva al paciente a Urgencias hospitalarias donde tras valoración se coloca drenaje con tubo torácico en UCI. Es dado de alta a los pocos días y al mes vuelve a acudir a Urgencias por el mismo cuadro con un nuevo neumotórax, se

deriva al Hospital y tras colocación de drenaje, se realiza control radiológico donde aconsejan realización de TC torácico urgente donde se visualiza enfisema lobar congénito además del neumotórax. Tras 1 semana de evolución se realiza resección atípica de la llingula.

Juicio Clínico

- Neumotórax espontáneo secundario izquierdo.
- Enfisema lobar congénito.

Diagnóstico diferencial

Pericarditis, cardiopatía isquémica, disección aórtica, tromboembolismo pulmonar.

Comentario final

- Ante un varón joven con dolor torácico de características pleuríticas, aunque no tenga disnea, una de nuestras primeras sospechas diagnósticas debe ser el neumotórax.
- Es importante conocer el manejo diagnóstico-terapéutico del neumotórax dado que es una enfermedad bastante prevalente.
- Ante un segundo episodio de neumotórax espontáneo está indicado realizar TC torácico y tratamiento definitivo.
- Una de las causas de neumotórax es el enfisema lobar congénito.

Bibliografía

- *Tschopp J-M, Bintcliffe O, Astoul P, Canalis E, Driesen P, Janssen J, et al. ERS task force statement: diagnosis and treatment of primary spontaneous pneumothorax. Eur Respir J. 2015;46(2):321-35.*
- *MacDuff A, Arnold A, Harvey J; BTS Pleural Disease Guideline Group. Management of spontaneous pneumothorax: British Thoracic Society Pleural Disease Guideline 2010. Thorax. 2010;65 Suppl 2:ii18-3.*

353/222. Dorsalgia, a propósito de un caso.

Autores

C. Ortega Sabio; G. Fornell López; C. García Maturana.

Centro de Trabajo

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Inmaculada. Huércal - Overa. Almería.

Descripción del caso

Paciente varón de 68 años que acude a consulta de Centro de Salud por dolor en región dorsal y lumbar de una semana de duración.

La primera consulta que realiza es en Urgencias de centro rural. Se pautan Antiinflamatorios y relajante muscular por lo que el paciente se da de alta.

Acude de nuevo a consulta por mejoría del dolor tras el tratamiento, pero con continuidad de éste.

Niega fiebre, pero refiere sensación febril no termometrada con escalofríos y tiritona. Refiere dolor con la movilización del tórax acompañante. No otra clínica destacable.

NAMC. Fumador 20cig/día desde hace 30 años

Antecedentes personales: Litiasis biliar, Hiperuricemia, HTA, Hipercolesterolemia y Diabetes Mellitus tipo II.

En tratamiento con Metformina 850mg c/12h, Alopurinol, Hierro oral, Amlodipino 5mg c/24h, Omeprazol 20mg/24h, Simvastatina 20mg/24h.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración: Buen estado general, normohidratado y perfundido. 37.5º.

AC: Rítmico, sin soplos añadidos.

AR: murmullo vesicular disminuido de forma generalizada, no soplos.

Abdomen: Blando y depresible, no doloroso a la palpación. Murphy negativo, Blumberg negativo. No palpo masas ni megalias.

Exploración neurológica: Sin focalidad.

Dolor a la palpación en musculatura dorsal, trapecio y pectoral mayor izquierdo.

Tras la exploración realizo Radiografía de tórax y Analítica. A los tres días el paciente acude de nuevo con el resultado de las pruebas, Analítica anodina (Hemograma normal, glucosa 100 mg/dl, urea 59mg/dl, creatinina 1.48 mg/dl, PCR 97)

En radiografía de tórax se observa condensación de bordes definidos con desplazamiento traqueal hacia región contralateral, no visible en previas. Derivo al paciente a consulta de diagnóstico rápido de Neumología para continuar estudio.

Juicio Clínico

Masa mediastínica

Diagnóstico diferencial

Tumores germinales (teratoma), linfoma, schwannoma y carcinoma neuroendocrino.

Comentario final

Hay que tener presente que cualquier patología que en un principio es banal puede corresponder con una enfermedad potencialmente grave. De ahí la importancia fundamental de una buena anamnesis y exploración física apoyándose siempre en pruebas complementarias requeridas que nos ayuden a alcanzar un diagnóstico certero.

Bibliografía

- *Tulio Torres-Rodríguez, Danilo Herrera-Cruz, Mario Gálvez-González, Edgar Moran-Ocaña, Rosa María del Cid-Herrera, Roberto Gordillo-Castillo. Masas mediastinales: Epidemiología y decisiones estratégicas. Experiencia de 13 años. Neumol Cir Torax Vol. 75 - Núm. 4:268-274 Octubre-diciembre 2016.*
- *Duwe BV, Sterman DH, Musani AI. Tumors of the mediastinum. Chest 2005;128(4):2893-2909.*

353/226. Lumbalgia aguda: diagnóstico diferencial.**Autores**

C. Ortega Sabio; G. Fornell López; M. Cuevas Espinosa.

Centro de Trabajo

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Inmaculada. Huércal - Overa. Almería.

Descripción del caso

Paciente varón de 62 años que acude por dolor lumbar intenso de dos semanas de duración. Niega fiebre. El paciente presenta gonalgia derecha de forma crónica. Precisó ingreso en Traumatología en Febrero de 2018 con diagnóstico al alta de artritis séptica por *S.aureus* con polimiositis de vasto intermedio. No otra clínica acompañante.

Pauto analgesia potente y cito al paciente para nuevo control en dos días con radiografía de columna lumbar. En cita posterior, el paciente continúa con dolor intenso a pesar de medicación, en rx de columna lumbar se observa osteoartrosis y escoliosis. Ante no mejoría y hallazgos, realizo analítica urgente.

NAMC.

Antecedentes personales: Empiema en enero de 2011 con atelectasia basal izquierda residual, Síndrome ansioso depresivo, Fibromialgia, HTA, estenosis del canal cervical C3-C4 y C5-C6, con mielomalacia en nivel superior, realizándose laminectomía C3,C4 y C5. Artritis séptica de rodilla derecha.

Tratamiento habitual: Gabapentina 800mg/12h, Naproxeno c/12h, Enalapril 20mg/24h, Omeprazol 20mg/24h, Oxycodona/naloxona c/12h.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, normohidratado y perfundido.

Palidez cutáneo-mucosa.

AC: Rítmico, no soplos.

AR: mvc, no ruidos sobreañadidos.

Abdomen: Blando y depresible, no palpo masas ni megalias.

Extremidades: No edemas, cicatriz de muslo a rodilla derecha de buen aspecto, ligero aumento de la temperatura. Lassegue positivo bilateral a 10º, Dolor intenso en zona lumbar.

Rx columna lumbar: Espondiloartrosis, escoliosis

Analítica sangre: Hb 10.8, VCM 85.7, Leucocitos 16.600 (N 81%), INR 1.49, Creatinina 0.93, procalcitonina 0.21, Proteína C reactiva 238.

Ante hallazgos analíticos y clínica del paciente derivó a Hospital de referencia para continuar estudio y tratamiento.

Juicio Clínico

Lumbalgia aguda a estudio.

Diagnóstico diferencial

Neoplasia, osteomielitis, fracturas vertebrales, Espondilodiscitis.

Comentario final

Es necesario, que en ocasiones, estemos alerta ante probables criterios de gravedad en patologías que son relativamente frecuentes. Realizar buena anamnesis y exploración física y realizar las pruebas complementarias necesarias para adquirir un diagnóstico certero. Tras pruebas complementarias pertinentes en hospital de referencia se llegó al diagnóstico final de Espondilodiscitis por *S. aureus*.

Bibliografía

- Valle Calvet, Mireia. Olivé Marquès, Alejandro. *Red flags of low back pain. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología*. 2010 11(1):24-27. Elsevier.
- CONTRERAS BLASCO, M; MULERO MENDOZA, J. *Protocolo diagnóstico de la lumbalgia aguda y crónica. Medicina - Programa de Formación Médica Continuada acreditado*. 8, 1805-1808, Jan. 1, 2001. ISSN: 0304-5412.

353/227. Prurito generalizado como único síntoma.**Autores**

A. Olivares Loro¹; J. Andrés Vera²; L. Sánchez De Cos Jiménez³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud el Olivillo. Cádiz.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz.

Descripción del caso

Varón de 76 años que acude a su centro de salud refiriendo presentar prurito corporal generalizado de varios meses de evolución sin referir ninguna otra sintomatología en la anamnesis general. Comentaba que en anteriores ocasiones durante el último año había presentado sintomatología similar.

AP: No RAMc, HTA, Ca vesical intervenido en 2005 en seguimiento por Urología sin datos de recidiva.

Al dirigir la anamnesis, refería heces acólicas y orinas colúricas por lo que no había consultado. No pérdida de peso ni hiporexia.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y orientado, tinte icterico cutáneo e ictericia subconjuntival. No focalidad neurológica.

ACR: tonos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen blando y depresible, no doloroso, no masas ni megalias. RHA presentes, no signos de peritonismo.

Análítica de urgencias: GOT 97, GPT 245, bilirrubina total 10.10, bilirrubina directa 7.50, resto de parámetros en rango normal.

Ecografía de urgencias con conclusión: lesión sólida en cabeza pancreática de 24mm, sugestiva de neoplasia. Resto de glándula pancreática atrofica y con dilatación del conducto de Wirsung. La lesión condiciona obstrucción de la vía biliar con marcada dilatación del colédoco.

Dicha lesión se confirma mediante Tc abdominal con contraste.

Se realiza CPRE, con citología y colocación de prótesis biliar plástica.

Juicio Clínico

ICTERICIA OBSTRUCTIVA SECUNDARIA A NEOPLASIA DE LA CABEZA PANCREÁTICA.

Diagnóstico diferencial

COLEDOCOLITIASIS, COLANGITIS, OBSTRUCCIÓN NEOPLÁSICA DE LA VÍA BILIAR.

Comentario final

Ante un paciente que se nos presenta con clínica de prurito generalizado siempre debemos pensar en su relación con niveles elevados de Bilirrubina, para posteriormente buscar el origen de la elevación de los mismos.

En este caso fue fundamental dirigir la anamnesis para no prolongar la realización de pruebas diagnósticas y poder tratarlo lo más precozmente posible.

Bibliografía

- *Neoplasias de páncreas y periampulares: morbimortalidad, resultados funcionales y supervivencia a largo plazo.*
- Sabater L Calvete J Aparisi L Cánovas R Muñoz E et. al.

353/228. Paciente con cefalea de repetición.**Autores**

G. Fornell López; C. Ortega Sabio; M. Rozas Lorente.

Centro de Trabajo

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Inmaculada. Huércal - Overa. Almería.

Descripción del caso

Mujer de 44 años que acude a centro de salud rural en múltiples ocasiones por cefalea occipital que irradia a ambos campos parietales, asocia mareo tipo rotatorio y nauseas con un vómito de escaso contenido. Refiere sono y fotofobia acompañante. No ha tenido fiebre. En tratamiento con diazepam, paracetamol y metoclopramida sin mejoría.

Antecedentes personales: NAMC. No FRCV. No hábitos tóxicos. Otitis de repetición. Qx: Conización cervical por VPH.

Sin tratamiento crónico habitual.

Exploración y pruebas complementarias

C y O. BEG. Buena coloración de piel y mucosas. Hidratada y perfundida. Eupneica. Colaboradora.

ACP: Rítmica. No se auscultan soplos. MVC, no se auscultan ruidos sobreañadidos.

ABD: anodino.

NRL: Sin focalidad. No disartria. Pupilas isocóricas normoreactivas. MOEC. Fuerza y sensibilidad conservadas. No nistagmos ni distetrías. No disdiadococinesia. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. Kernig positivo. Brudzinski negativo. Marcha normal.

BQ: Glu 253, Urea 35, Creatinina 0,77, iones en rango, PCR 309. Hemograma: Hb 12,7, Hcto 37,4%, plaquetas 214000, leucos 12900 (N 92%). Coagulación: INR 1,13 y IQ 83%.

Se solicita TC craneal, hemocultivos, gasometría venosa y procalcitonina.

Ante la alta sospecha se inicia antibioterapia empírica (Ceftriaxona + vancomicina + ampicilina). Y si lo permite tras el TAC se realizará punción lumbar con citología y Bq. Y PCR para VHS-1 y VHS-2.

TC craneal: En fosa posterior derecha de la región cerebelosa se aprecia imagen hipodensa bilobulada subdural que evoca a empiema subdural vs hematoma crónico.

Gasometría y procalcitonina en rangos normales. Hemocultivos negativos.

PL: punción atraumática, con salida de líquido claro y transparente. Glucosa: 19 Proteínas: 352 PMN: 85%

Juicio Clínico

Empiema subdural asociado a infección orl complicada.

Diagnóstico diferencial

meningitis bacteriana vs encefalitis herpética vs absceso cerebral.

Comentario final

Es muy necesaria una correcta historia clínica así como exploración.

Ante una sospecha de meningitis tanto vírica como bacteriana la antibioterapia precoz. Antes de cualquier punción lumbar descartar signos de HIC o alteración de la conciencia mediante exploración neurológica y/o Tc craneal.

Bibliografía

- M. Gutiérrez Cuadra, M^o Ángeles Ballesteros Sanz, María del Carmen Fariñas Álvarez, A. Vallejo, E. Miñambres García, Concepción Fariñas Álvarez, J. D. García Palomo, A. Vázquez Barquero. Abscesos cerebrales en un hospital de tercer nivel. *Revista Española de Quimioterapia*, ISSN-e 0214-3429, Vol. 22, N^o. 4, 2009, págs. 201-206.

353/230. Mareos e hipertensión arterial mal controlada en paciente joven.**Autores**

A. Jiménez Ruiz; M. Rodríguez Borrego; M. Arias Galera.

Centro de Trabajo

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 36 años, sin alergias medicamentosas conocidas, que presenta como único antecedente médico de interés hipertensión arterial diagnosticada hace 11 meses en tratamiento con IECAs.

Acude a nuestra consulta de atención primaria tras comenzar desde hace 1 mes aproximadamente con cuadro de mareos y sensación de "embotamiento". No asocia giro de objetos ni sensación de movimiento. No inestabilidad en la marcha. No asocia ortostatismo ni palpitaciones. Tras continuar con la anamnesis nos refiere que ha notado que está cogiendo "algo de peso" sin saber objetivar los kilos exactos y que nota que el periodo le viene de manera más irregular que antes.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, auscultación cardiorespiratoria sin alteraciones, abdomen blando y depresible sin masas ni visceromegalias ni signos de irritación peritoneal. Exploración neurológica estrictamente normal. Apreciamos la aparición de lesiones cutáneas en abdomen de coloración rojo-violácea compatible con estrías. En extremidades inferiores no se aprecian edemas. Realizamos toma de tensión arterial en consulta con cifras de 183/110.

Se realiza un electrocardiograma (sin alteraciones de interés) y una analítica con sedimento urinario, además de pruebas de función tiroidea, resultando todos los valores normales con una glucemia en ayunas de 121 mg/dl. Ante estos hallazgos y tras la sintomatología presentada solicitamos niveles de cortisol en orina de 24 horas. Los resultados fueron altos niveles de cortisol en orina (1343 mcg/24 horas).

Juicio Clínico

Síndrome de Cushing de etología desconocida

Diagnóstico diferencial

Vértigo periférico. Síndrome metabólico. Hipotiroidismo.

Comentario final

El síndrome de Cushing viene definido por un conjunto de alteraciones biológicas y clínicas (HTA, alteraciones menstruales, cefalea, etc.) debido a un aumento de las concentraciones de cortisol en sangre. Después de ser diagnosticado el hipercortisolismo: (más de 100mg/día de cortisol en orina de 24 horas), hay que diagnosticar la causa. Se realiza con las pruebas de supresión de ACTH con dexametasona. En nuestra paciente el test de dexametasona no suprimió la ACTH por tanto se sospechó el origen adrenal. Posteriormente se realizó un TC abdominal donde se objetivó una masa suprarrenal derecha con diagnóstico final de adenoma adrenal.

Bibliografía

- *The diagnosis of Cushing syndrome: An Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2008;93:1526-40.*

353/232. Paciente con tos resistente a tratamiento antibiótico.

Autores

G. Fornell López; C. Ortega Sabio; M. Quero Quero.

Centro de Trabajo

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Inmaculada. Huércal - Overa. Almería.

Descripción del caso

Paciente varón de 42 años que acude a consulta en Centro de Salud por clínica de tres días de tos y dolor torácico acompañante que empeora con la tos e inspiración profunda. No hemoptisis. Sin expectoración. No refiere fiebre pero sí sensación febril con tiritona y escalofríos. AP: NAMC. Fumador de medio paq/día. No FRCV. Apendicectomizado. No tratamiento crónico habitual.

Exploración y pruebas complementarias

C y O. Normohidratado y normoperfundido. Eupneico. Colaborador. Constantes normales.

ACP: Tonos rítmicos, no ausculto soplos. Dolor a la palpación en 2-3ª costilla en hemitórax izquierdo anterior. MVC. No ruidos sobreañadidos.

ABD: anodino.

PPCC:

AS: Glucosa, urea, creatinina, Na, K en rangos normales. PCR 102. Hb 13,4, VCM 89, Leucocitos 11000 (N 69%). Eosinófilos 11%. Coagulación normal.

ECG: RS a 80 lpm. Eje normal. Pr 120 ms. No signos de isquemia aguda.

Rx tórax: Condensación en LSD. No derrame pleural. Senos costofrénicos libres.

Se pauta levofloxacin 500 mg 1 comp cada 12h durante 7 días. Pero a pesar, de este tratamiento, el paciente vuelve por hemoptisis ligera. Por lo que se amplía todas las pruebas complementarias anteriores pero se añade Dímero D y angio- Tac de tórax, objetivándose Infarto pulmonar derecho.

Juicio Clínico

Neumonía LSD.

Diagnóstico diferencial

Abceso pulmonar vs sec vs granulomatosis eosinofílica vs infarto pulmonar.

Comentario final

Se trata de una patología poco frecuente y que se descarta por su poca prevalencia. Realizar una anamnesis lo más adecuada posible para dar con la causa y tratarla lo antes posible ya que se trata de una urgencia médica. Hay que descartar una TVP o coagulopatía ante un infarto pulmonar y derivar a neumología.

Bibliografía

- Konstantinides SV, Torbicki A, Agnelli G, Danchin N, Fitzmaurice D, Galiè N, Gibbs JS, Huisman MV, Humbert M, Kucher N, Lang I, Lankeit M, Lekakis J, Maack C, Mayer E, Meneveau N, Perrier A, Pruszczyk P, Rasmussen LH, Schindler TH, Svitil P, Vonk Noordegraaf A, Zamorano JL, Zompatori M, Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2014;35(43):3033. Epub 2014 Aug 29.
- Stein PD, Matta F, Musani MH, Diaczok B. *Silent pulmonary embolism in patients with deep venous thrombosis: a systematic review. Am J Med* 2010; 123:426.

353/235. Doctora, esta pastilla me hace llorar.**Autores**

M. Luna Moreno¹; L. Ruiz Del Moral¹; F. Hidalgo Martín¹; T. Sanz Ortega¹; J. Mancera Romero².

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.; ²Médico de Familia. UGC Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 63 años. Alergia a penicilina. Sin hábitos tóxicos. Antecedentes personales: Hipertensión arterial, osteoporosis, colon irritable, asma leve persistente. Tratamiento habitual: Ramipril 5mg/Hidroclorotiazida 25mg/24h, Terbutalina/6h, Budesonida-formoterol/12h, Fluticasona nasal/12h. Consulta por molestias gastrointestinales consistentes en epigastralgia y sintomatología de reflujo gastroesofágico sin otra clínica acompañante; ante exploración anodina se decide iniciar tratamiento con ranitidina 300mg/24h.

Tras un mes de tratamiento, acude de nuevo a consulta por clínica de cansancio, falta de apetito, anhedonia y tendencia al llanto. Realizamos una pequeña anamnesis orientada hacia la búsqueda de una posible causa que justifique el estado de ánimo, la paciente confiesa con un tanto de extrañeza que la aparición de dicha clínica coincidió con el inicio de la toma de ranitidina. Ante la incertidumbre y desconocimiento por mi parte, consulto la ficha técnica de dicho fármaco con la sorpresa de que la depresión aparece como efecto adverso psiquiátrico de muy rara incidencia. Se sustituye la ranitidina por pauta de omeprazol con revisión de la paciente a las cuatro semanas. Tras el cambio de medicación, la paciente acude de nuevo a consulta afirmando la desaparición total de la clínica que presentaba previamente.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente consciente, orientada y alerta. Exploración neurológica normal. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible con dolor en epigastrio irradiado hacia tórax que describe como quemazón. No masas ni megalias.

Juicio Clínico

Depresión como efecto adverso desencadenado por el uso de ranitidina

Diagnóstico diferencial

Patología tiroidea, síndrome ansioso-depresivo, trastorno adaptativo.

Comentario final

Numerosos fármacos utilizados diariamente pueden producir ciertos efectos a nivel del sistema nervioso central y desencadenar una manifestación psiquiátrica. Es por ello que debemos llevar un adecuado seguimiento del paciente que se encuentra bajo algún tipo de tratamiento de cara a advertir los posibles efectos secundarios mediante el uso de las fichas técnicas correspondientes y la revisión de las alertas medicamentosas de la agencia española de medicamentos.

Bibliografía

- Durandal Montaña JR. *Trastornos Psiquiátricos Inducidos por Medicamentos. Rev Cien Cienc Med* 2011; 14 (1): 21-4.

- *Ranitidina. Ficha Técnica del medicamento. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. [Consultado 1 mayo 2018]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/home.htm>.*

353/246. Una alopecia difícil de clasificar.

Autores

M. Morales del Águila¹; M. Luna Valero²; E. Calatrava López-Ronco³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Málaga.; ²Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 15 años. Natural de Ecuador, residente en España desde hace 10 años. Acude a consulta de AP tras presentar lesiones nodulares pustulosas en cuero cabelludo desde hace 2 semanas, siendo pruriginosas y dolorosas. Niega fiebre.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. A nivel de cuero cabelludo en zona occipital presenta lesiones nodulares pustulosas con placas de alopecia ovaladas de 1-2 cm de diámetro mayor. Aspecto en panal de abeja. No se aprecian adenopatías. No lesiones en barba ni en otras zonas. Sospechando tinea capitis inflamatoria se pauta griseofulvina vo. El paciente acude de nuevo a la consulta ante la no mejoría de las lesiones y la persistencia del dolor, motivo por el cual es derivado a Dermatología donde no objetivan hallazgos tricoscópicos de tinea, estableciendo el juicio clínico de foliculitis decalvans. Se pauta clindamicina 300 mg junto a rifampicina 300 mg durante 10 semanas.

Juicio Clínico

Foliculitis decalvans

Diagnóstico diferencial

Tiña del cuero cabelludo, foliculitis.

Comentario final

La foliculitis de calvans se clasifica dentro de las alopecias cicatriciales neutrofílicas. Se trata de una dermatosis rara que se presenta en forma de pústulas foliculares, habitualmente dolorosas. Alrededor pueden aparecer nuevas papulopústulas y nódulos en brotes que dejan áreas redondeadas de alopecia cicatricial. Se suele presentar en jóvenes y de edad media, afectando a todas las razas y ambos sexos por igual. La patogenia es desconocida, creyéndose como resultado de una respuesta anormal a las toxinas por una infección por *Staphylococcus aureus*. Responde bien a antibióticos antiestafilocócicos en combinación con rifampicina, aunque suele recidivar tras la suspensión. Otras terapias son isotretinoína, láseres depilatorios. Para conseguir remisiones prolongadas, suele necesitar la repetición de varias tandas de tratamiento.

Bibliografía

- Powell JJ, Dawber RP, Gatter K. Folliculitis decalvans including tufted folliculitis: clinical, histological and therapeutic findings. *Br J Dermatol* 1999; 140: 328-333.
- Eyraud A, Milpied B, Thiolat D et al. Inflammation Activation Characterizes Lesional Skin of Folliculitis Decalvans. *Acta Derm Venereol* 2018; 98.

353/247. Tumor de células de Leydig y sus características ecográficas. ¡Si-gamos aprendiendo!

Autores

M. Morales del Águila¹; M. Luna Valero²; E. Gallego Castillo³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Málaga.; ²Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga.; ³Médico de Familia. Centro de Salud Coín. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 83 años. AP: HTA, HBP. Acude a consulta por inflamación y dolor de teste izquierdo de varios días de evolución. Niega fiebre. No traumatismo. No síntomas urinarios. No factores de riesgo ETS.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Abdomen anodino a la exploración. Teste izquierdo: aumento de tamaño teste, con características de masa sólida, doloroso a la palpación. Epidímino varicoso e inflamado. Ecografía en AP: teste y epidímino izquierdos con áreas de hiperemia focal y múltiples lesiones hipocogénicas heterogéneas. Hidrocele. Se pauta cefditoreno y antiinflamatorios, no pudiendo descartar orquiepidimitis. Se deriva a consulta de Urología donde realizan ecografía objetivando múltiples LOES sólidas heterogéneas vascularizadas que impresionan de tumoración multifocal, la mayor de 28 mm. Ambos epidíminos aumentados de tamaño con lesiones nodulares sólidas en ambas cabezas. AP tras orquiectomía radical: tumor del estroma-cordones sexuales tipo tumor de células de Leydig maligno. RMN estudio extensión: metástasis en segmento V del lóbulo hepático derecho de 4,5 cm. Adenopatías patológicas retroperitoneales. Estadío pT3. Estudio inmunofenotípico: las células neoplásicas inmunoexpresan de forma intensa y difusa inhibina, calretinina, Melan A, CD99 y CKAE1/AE3. El paciente es remitido a Oncología médica.

Juicio Clínico

Tumor del estroma-cordones sexuales, tipo tumor de células de Leydig maligno.

Diagnóstico diferencial

Hidrocele, orquiepidimitis, tumor testicular.

Comentario final

De los tumores testiculares, sólo el 5% está constituido por tumores de células no germinales. Pueden derivar de los cordones sexuales (tumores de células de Sertoli y la granulosa) o del estroma (tumor de células de Leydig) y acostumbra a ser benigno. El tumor de células de Leydig es muy poco frecuente (2% de los tumores testiculares). Suele ser unilateral (97%) y generalmente benigno. Pueden presentar malignidad hasta en un 10% de los casos, siendo el único criterio de la misma el desarrollo de metástasis. Puede ir acompañado de ginecomastia y alteraciones de la espermatogénesis. La ecografía se presenta como buena técnica para el estudio de la patología escrotal con lesiones hipocogénicas, bien definidas, aunque en ocasiones pueden ser heterogé-

neas, con zonas refringentes que serían secundarias a hemorragia.

Bibliografía

- Diago T, García R, Chuliá R, et al. Aspectos ecográficos del tumor de células de Leydig. *Radiología* 1999;41(2):145-6.

353/248. ¿Realmente es otra crisis migrañosa?

Autores

I. Villalobos Millán¹; A. Terrón Sánchez²; E. Calatrava López-Ronco³; E. Sicilia Barea⁴; E. Sánchez Hernica¹; M. Rojas Martínez⁵.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teatinos. Málaga.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colonia Santa Inés- Teatinos. Málaga.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Málaga.; ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés Torcal. Málaga.; ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Tiro de Pichón. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 26 años, NAMC, con antecedentes de migraña acude a consulta no demorable por cefalea intensa aguda de características frontocipitales de tipo opresiva con náuseas y vómitos, con sono y fotofobia intensa asociadas de dos horas de evolución y malestar general con debilidad acompañante después de mantener relaciones sexuales con su pareja. La cefalea no ha cedido en domicilio tras toma de zolmitriptán y naproxeno. Se administra en Centro de Salud Metamizol im +1/2 valium sin mejoría. Debido a que la paciente presenta cuadro de cefalea súbita resistente a tratamiento y con síntomas de alarma asociados derivó a Urgencias hospitalarias. En Urgencias se realiza pruebas complementarias con hallazgo en tac craneal de Hemorragia subaracnoidea grado IV en la escala de Fisher que por la distribución sugiere probable etiología aneurismática comentándose con neurocirugía de guardia que indica ingreso en UCI y tras estabilización, embolización y oclusión completa del aneurisma

Exploración y pruebas complementarias

TA:126/85, Saturación 98%. Glucemia 87. Glasgow 15. COC,BHyP.BEG. ENL: PICNR, No alteraciones de pares craneales, no alteraciones de la fuerza ni de la marcha ni de la sensibilidad. Rots conservados. No dismetrias. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. TAC CRANEAL : HSA grado IV de la Escala de Fisher que por la distribución sugiere probable etiología aneurismática. Dilatación del sistema ventricular. No se visualiza desviación de la línea media. ESTUDIO ANGIOGRÁFICO: Aneurisma sacular roto de origen de arteria comunicante posterior de aproximadamente 4x3mm. ANGIORMN CRANEAL: Restos de hemorragia subaracnoidea en surcos. No hidrocefalia. No se objetivan lesiones isquémicas agudas. Oclusión completa de aneurisma embolizado en Arteria comunicante posterior permeable. No se objetiva vasoespasm actual.

Juicio Clínico

HSA grado IV de la escala de Fisher de etiología aneurismática de Arteria Comunicante posterior.

Diagnóstico diferencial

Migraña. Cefalea tensional. Tumores primarios cerebrales o metastásicos. Hemorragia cerebral. Trombosis de senos venos. Aretiritis. Cefalea menstrual.

Comentario final

Es muy importante desde AP discernir la patología aguda y valorar los criterios de derivación hospitalaria

Bibliografía

- León Ruiz, M., Lagares Gómez-Abascal, A., Fernández Alén, J., Benito-León, J. and García-Albea Ristol, E. (2016). Hemorragia subaracnoidea por rotura de aneurisma especular intracraneal. A propósito de un caso y revisión de la literatura. *Neurología*, 31(4), pp.283-285.

353/250. Dolor abdominal de 2 meses de evolución.**Autores**

R. Fiñana Sánchez; I. Espejo Jiménez; R. Medina de la Casa.

Centro de Trabajo

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Bulevar. Jaén.

Descripción del caso

Varón de 40 años sin AP salvo tabaquismo 20paq/año, cannabis y bebedor 50g/día que consulta por “molestias gástricas” postprandiales de 2 meses de evolución en HCD y epigastrio que ha ido en aumento hasta llegar a dolor moderado dificultando ingesta sobre todo sólidos por plenitud acompañado de náuseas, astenia y anorexia. Se constata pérdida de peso 10kg en 2 meses además de caquexia, hepatomegalia indurada de 2 traveses y varias cadenas adenopáticas en ingles, axilas, laterocervicales y supraclavicular izquierda. Se solicita analítica con serología y radiografías de tórax y abdomen, mientras tanto Domperidona antes de comidas y revisión en 2 semanas. Posteriormente se encuentra mejor pero se deriva a MI para completar estudio. Allí mediante EDA con biopsia gástrica y biopsia de adenopatía cervical se llega al diagnóstico de adenocarcinoma gástrico en estadio IV.

Exploración y pruebas complementarias

Palidez cutánea, caquécico Abdomen: depresible, hepatomegalia de dos traveses, sin peritonismo ni defensa abdominal, RHA conservados. Adenopatías inguinales, axilares, supraclaviculares con predominio izquierdo.

Juicio Clínico

Adenocarcinoma de estómago difuso de células “en anillo de sello” estadio IV

Diagnóstico diferencial

Mononucleosis por VEB Litiasis biliar, Hepatitis, Pancreatitis Tiroiditis Astenia por consumo cannabis

Comentario final

En dolor abdominal de más de 1 mes de evolución hay que hacer una correcta anamnesis y exploración buscando signos de alarma (en este caso pérdida de peso y adenopatías) sobre todo con hábito enólico y tabáquico.

Bibliografía

- JL Rodríguez García, *New Green Book*, Ed. Marban. Ed. 2005 Luis Jiménez Murillo, *Medicina de Urgencias y Emergencias*, Ed. Elsevier. 5ª Ed.

353/252. Histiocitosis de células de Langerhans. A propósito de un caso.

Autores

A. Cordero Moreno¹; M. Márquez Chamizo¹; M. Martínez Ibáñez²; C. Gómez Palomo³; P. Ortiz Suárez³.

Centro de Trabajo

¹Médico Residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.;

²Médico Residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.;

³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.

Descripción del caso

NAMC. Neo de vejiga TaG2 intervenida. Fumador de 60 paquetes/año. No otros tóxicos. No exposición laboral de riesgo. Tratamiento: onbrez, spiriva, ventolin. Varón de 62 años, que consulta por persistencia de disnea y tos a pesar de tratamiento broncodilatador y disminución del consumo tabáquico. Presenta disnea grado I de meses de evolución. Asocia tos seca diaria. Afebril. Valorado por Neumología en 2008 por un episodio aislado de hemoptisis, con estudio completo dentro de la normalidad. En meses anteriores se solicitó espirometría destacando un patrón obstructivo moderado con restricción ligera y se inició tratamiento broncodilatador, con diagnóstico inicial de EPOC. Revisando rx previas se objetivó patrón intersticial bilateral, siendo derivado nuevamente a Neumología.

Exploración y pruebas complementarias

Eupneico. Acropaquias. SatO₂ basal 92%. No adeno-patías. ACR: rítmico sin soplos. MVC con algún roncus aislado. Abdomen: blando, no doloroso. Rx de tórax: patrón intersticial bilateral PFR: FEV₁% 63%, FEV₁ 51%, FVC 71% TAC de tórax: Múltiples densidades nodulares centrolobulillares bilaterales, respetando bases, y algunos micronódulos con irregularidades, con zonas de enfisema centrolobulillar. AP: infiltrado inflamatorio intersticial peribronquial. Agregado de células CD1a positivas

Juicio Clínico

Histiocitosis X

Diagnóstico diferencial

Silicosis. Neumoconiosis. Fibrosis pulmonar. Asbestosis

Comentario final

Enfermedad rara, de etiología desconocida, con fuerte asociación al tabaco y sin datos epidemiológicos precisos. La afectación pulmonar puede observarse a cualquier edad. A pesar de los avances realizados, aún quedan aspectos clínico-terapéuticos por estudiar.

Bibliografía

- Suri HS, Yi ES, Nowakowski GS, Vassallo R. Pulmonary Langerhans cell histiocytosis. *Orphanet Journal of Rare Diseases* 2012;7:16-29. Multisystemic Langerhans Cell Histiocytosis with advanced lung involvement. *Radiology Case*. 2012 Nov; 6(11):22-28

Índice de Autores

A

Abad Sánchez; S.....	44, 59, 126
Abril; M.....	155
Agrela Torres; S.....	35, 36, 38, 39, 48, 49, 117
Aguado Rivas; R.....	119, 120
Agüera León; G.....	179
Agüera Moreno; P.....	50
Agüero Moreno; P.....	48
Aguilera Montaña; C.....	188
Aguirre Rodríguez; J.....	44, 46, 128
Alarcón Hidalgo; M.....	45
Alcaraz Vera; E.....	37, 40
Alconchel Cesar; A.....	114, 115
Aljama Alcántara; M.....	32
Allés Florit; A.....	153, 171
Alonso Rodenas; M.....	46
Álvarez Romero; M.....	39
Andrés Vera; J.....	192
Anillo Gallardo; R.....	184, 186, 187, 189
Aparicio Cervantes; M.....	37, 40
Arias Galera; M.....	152, 153, 193
Atienza Martín; F.....	32, 39, 56
Ayala Hernández; M.....	48, 49

B

Baca Osorio; A.....	43, 44, 59, 126
Baena Espinar; J.....	133
Baena Martín; F.....	85, 86
Bajo Ramos; J.....	134
Ballesteros Lechuga; L.....	82, 150, 170, 183
Ballesteros Muñoz; E.....	146, 151
Barrero Martín; M.....	50
Bedoya Belmonte; J.....	55
Benítez Montañez; J.....	168
Benítez Rivero; J.....	48, 174
Benítez Torres; G.....	129
Bermejo Vélez; M.....	165, 178
Blanco Vargas; D.....	121
Bonilla Álvarez; Á.....	188
Bordon Poderoso; C.....	182
Borge Hierro; M.....	154, 163
Brea Paez; J.....	129
Bueno Caro; M.....	55

C

Cabezas Saura; P.....	42
Cabrera León; A.....	37
Cabrerizo Carvajal; A.....	116, 125
Calatrava López-Ronca; E.....	130, 133, 136, 156, 159, 196, 197
Calzado Gutiérrez; R.....	30, 67, 68
Canalejo González; D.....	129
Candón Ballester; M.....	42
Cantero Campos; A.....	160, 168
Cañizares Romero; J.....	133, 140, 142, 143, 164, 169, 172
Carabot Ramírez; A.....	184, 186, 187
Carbajo Martín; L.....	30, 67, 79
Carneros Caro; M.....	45
Carrascal Garrido; R.....	37, 40
Carrillos Peñas; N.....	48
Castillo Martín; C.....	163
Castillo Moraga; M.....	94
Casto Jarillo; C.....	42
Cavallaro; I.....	165, 178
Cerezo Molina; R.....	163
Chicano Cisneros; A.....	130
Chiva Ballesteros; B.....	116
Clapera Lazo; L.....	89
Contreras Roca; M.....	57, 88, 108, 109, 127
Copado Campos; L.....	113
Cordero Moreno; A.....	140, 169, 172, 181, 183, 199
Corrales Álvarez; I.....	164
Correa Gómez; V.....	82, 135, 138, 139, 158, 170
Crespo Cañete; M.....	42
Cruz Rodríguez; M.....	104
Cruz Sanmartín; J.....	111
Cuberos Escobar; A.....	133
Cuenca del Moral; R.....	88, 97, 108, 109
Cuevas Espinosa; M.....	191
Cuevas Gálvez; J.....	141, 162, 172

D

Dafonte Pérez; A.....	115
de Castro Simón; J.....	156, 167
de Cruz Benayas; A.....	46, 128
De La Torre Torres; P.....	66, 129
De Los Riscos Mateos; E.....	48, 49
Del Pino Jiménez; E.....	33, 95

del Río Caballero; A 35, 38, 39
 Delgado Moya; M 165, 178
 Delgado Rodríguez; M 184, 186, 187, 189
 Díaz Caro; E 55
 Díaz Osto; M 37, 40
 Díaz Saborido; A 129
 Domínguez Álvarez; R 94, 111
 Domínguez García; A 97, 108
 Durán Chiappero; M 109

E

Escribano Serrano; J 42
 Espejo Jiménez; I 136, 137, 166, 198
 Espinola Coll; E 109
 Estrada Arroyo; I 156, 167
 Exposito Diaz- Alvarez; M 170, 183

F

Fernández Arquero; J 31
 Fernández Escribano; J 75
 Fernández Lara; M 41, 44
 Fernández Rodríguez; J 104
 Fernández-arroyo Naranjo; E 157, 160
 Ferrer Frías; M 67
 Ferro Expósito; A 100, 101
 Fiñana Sánchez; R 136, 137, 198
 Flaquer Antúnez; M 48, 49
 Fornell López; G 190, 192, 194

G

Gallardo Navas; S 141, 162, 172
 Gallardo Ramírez; M 134, 158, 170
 Gallego Castillo; E 98, 101, 109, 131, 133, 196
 Gálvez Beaterio; C 64
 Galvez Santiago; G 121, 124
 Gamero de Luna; E 77
 Gamero Estévez; E 77
 García Acosta; P 147, 149, 185, 188
 García Aparicio; M 39, 117
 García Ballesteros; J 56
 García Coronel; R 124
 García Flores; A 55, 135, 183
 García González; J 30, 67, 68, 79
 García Gonzalez; M 30, 67, 79
 García López; M 93, 99, 102, 103, 105, 110, 113
 García Martín; M 146, 161, 182
 García Matarín; L 41, 44, 56

García Maturana; C 190
 García Sánchez; M 76, 83, 84, 92
 García Sardón; P 61
 Gil Campoy; J 40
 Gil Gómez; D 44, 126
 Ginel Mendoza; L 41, 44, 59, 126
 Giraldo Abadín; F 186, 187
 Gómez Montes; C 41, 44, 78, 80
 Gómez Palomo; C 181, 183, 199
 Gómez Ramírez; C 85, 86, 89
 Gómez Rodríguez; P 69, 71, 73, 74
 Gómez Rodríguez; S 135, 138
 Gómez Sabaleta; M 48
 González Begines; V 69, 71, 73, 74
 González Calbo; Á 80, 81, 85, 90
 González Díaz; L 50, 144, 175, 177, 179
 González Fernández; M 64
 González Fernández; S 127
 González Rando; M 127
 Gonzalez Rodriguez; M 45
 González Torres; M 157, 160
 González Troncoso; M 32
 González Vera; C 55
 González Vera; J 55
 González Villafranca; E 87
 Gordillo Montoya; J 57
 Granados Gutiérrez; S 142, 179
 Granados Valverde; R 76, 83, 84, 92
 Guerrero Vázquez; L 42
 Guijo Roldán; C 186, 187
 Guirado Sánchez; M 147, 149, 185, 188
 Gutiérrez Jansen; M 41, 44
 Gutiérrez Reyes; E 146, 151, 161

H

Hermoso Oballe; P 156, 167
 Hernández Labrot; B 51, 85, 89
 Hernández Sánchez; L 91
 Hidalgo Martín; F 30, 31, 43, 51, 53, 62, 145, 195
 Hidalgo Rodríguez; A 46, 56, 128
 Hipólito Egea; M 142
 Hormigo Pozo; A 31

I

Ignacio Expósito; J 48, 50, 174
 Infante Ruiz; M 64, 65, 75
 Infantes Lorenzo; L 108, 109
 Islán Perea; M 121

J	
Jara Abril; M.....	144, 173, 175, 180
Jiménez Alonso; E.....	91
Jiménez Cabrera; R.....	30, 67, 68, 79
Jiménez Felices; C.....	118
Jiménez González; E.....	122, 123
Jiménez Herrera; C.....	118
Jiménez Ruiz; A.....	152, 193
Jiménez Varo; E.....	42
L	
Labrac Aranda; P.....	161
Landroguez Salinas; S.....	72
Lara Molina; M.....	57, 88, 127
Layne Gallego; M.....	144, 155, 173, 175, 177, 180
Lendinez Durán; I.....	96, 106, 107, 112
León Domínguez; J.....	150, 183
Ligero Molina; M.....	35, 36, 38, 39
Linares Andres; V.....	76, 84, 92
Lolo; F.....	64
López Carrillo; C.....	55
López Gutierrez; A.....	45
López Mesa; S.....	97, 108, 109
López Montes; A.....	78
López Pereiro; O.....	150
López Puerta; L.....	147, 149, 185, 188
López Téllez; A.....	41
López Vaquero; A.....	171
Lorenzo Peláez; C.....	96, 106, 107, 112
Luna Moreno; M.....	30, 31, 51, 53, 145, 195
Luna Valero; M.....	98, 100, 131, 133, 196
Luque Escalante; M.....	69, 71, 73
M	
Machio Sosa; I.....	51
Malpica Bernier; E.....	153
Mancera Romero; J.....	30, 32, 43, 44, 52, 53, 195
Márquez Chamizo; M.....	199
Martín Enguix; D.....	46, 128
Martín Márquez; E.....	97, 108
Martín Martín; B.....	32
Martínez Ibáñez; M.....	140, 169, 172, 199
Martínez Rodríguez; B.....	188
Medel Cortés; R.....	65, 75
Medina de la Casa; R.....	136, 137, 166, 198
Medina Faña; M.....	141, 162, 172
Mejías Estévez; M.....	111
Mejías Ubeda; A.....	88
Méndez Esteban; M.....	42
Mené Llorente; M.....	46, 128
Merina Díaz; R.....	72
Mesa Masa; E.....	39
Mesa Rodríguez; P.....	77
Molina Gil; M.....	34, 35
Montero López; J.....	104
Montosa Cáceres; M.....	45
Morales del Águila; M.....	98, 131, 132, 196
Morato Lorenzo; L.....	144, 175, 179, 180
Moreno Jiménez; A.....	183
Moron Rubio; A.....	67, 68, 79
Muñoz de la Casa; S.....	87, 89
Muñoz Escribano; M.....	80
N	
Naranjo Cassia; M.....	80
Naranjo Ratia; M.....	50, 81, 85, 90
Navarro Arco; C.....	89, 116, 125
Navarro Gallardo; P.....	124
O	
Ocete Segura; I.....	157, 160, 168
Ocón Hijano; J.....	160, 168
Oliva Márquez; M.....	129
Olivares Loro; A.....	184, 186, 187, 189, 192
Ortega Carpio; A.....	61, 141
Ortega Galvez; I.....	121, 124
Ortega Sabio; C.....	190, 192, 194
Ortiz Peralvo; M.....	64
Ortiz Pérez; A.....	57, 88, 127
Ortiz Suárez; P.....	181, 183, 199
Osuna Ortiz; A.....	64, 65, 75
Otero Garrido; M.....	156
Otero Rosado; F.....	64
Oualy Ayach Hadra; G.....	134, 158, 170
P	
Padial Rodríguez; C.....	154
Padilla López; M.....	38
Palma Rodríguez; C.....	121, 124
Panero Hidalgo; P.....	56
Paniagua Gómez; F.....	44, 52, 53
Paños Maturana; E.....	48, 174
Pedrosa Arias; M.....	67, 129

<i>Pedrosa del Pino; M</i>	165
<i>Peinado Barraso; C</i>	35
<i>Peinado Villén; P</i>	157, 168
<i>Peláez Galvez; E</i>	164
<i>Pérez Feranadez; L</i>	67
<i>Pérez Gómez; S</i>	93, 99, 102, 103, 105, 110, 113
<i>Pérez Lagos; F</i>	161
<i>Pérez Ortiz; E</i>	163
<i>Perez Ramos; J</i>	34, 35
<i>Porcel Ruiz; J</i>	87, 89
<i>Prieto Moreno; P</i>	160, 168

Q

<i>Quero Quero; M</i>	194
-----------------------------	-----

R

<i>Ramírez Carmona; M</i>	118
<i>Ramírez De La Cruz; M</i>	86
<i>Ramírez Martín; C</i>	97, 109
<i>Ramos Benavente; M</i>	64, 65
<i>Raya Muro; M</i>	85
<i>Reche Marín; I</i>	116
<i>Reina Prego; C</i>	85, 86, 89, 116, 125
<i>Reina Prego; R</i>	85, 86, 89
<i>Rey Martín; A</i>	48, 49
<i>Reyes Díaz; E</i>	182
<i>Rico Azuaga; M</i>	120
<i>Ripalda Gil; A</i>	72
<i>Risueño Sánchez; A</i>	86
<i>Rodríguez Alcázar; M</i>	57, 127
<i>Rodríguez Borrego; M</i>	152, 153, 193
<i>Rodríguez Campos; M</i>	101
<i>Rodríguez Díaz; E</i>	39
<i>Rodríguez González; M</i>	55, 161, 176
<i>Rodríguez Mariscal; J</i>	50
<i>Rodríguez Ordóñez; M</i>	161, 176
<i>Rodríguez Rodríguez; E</i>	72
<i>Rodríguez Rubio Rodríguez; A</i>	121, 124
<i>Rodríguez Ruiz; R</i>	97, 109
<i>Rojas Martínez; M</i>	130, 133, 136, 156, 159, 176, 197
<i>Roldán García; M</i>	113
<i>Roldán Montoya; A</i>	146, 151, 165
<i>Romero Cañadillas; A</i>	64
<i>Romero Carrillo; M</i>	64, 65, 75
<i>Romero Herraiz; F</i>	61, 141
<i>Ron Rivera; F</i>	115
<i>Rosa Martínez; F</i>	93, 102, 110

<i>Rozas Lorente; M</i>	192
<i>Rubio Carballo; F</i>	157, 168
<i>Ruiz Carbajo; F</i>	30, 68, 79
<i>Ruiz Cinta; J</i>	58, 114
<i>Ruiz Del Moral; L</i>	30, 52, 53, 145, 195
<i>Ruiz Fernández; R</i>	119
<i>Ruiz Medina; A</i>	35, 36, 38, 39, 117
<i>Ruiz Pérez de la Blanca; M</i>	121, 124
<i>Ruiz Reina; A</i>	61, 141
<i>Ruiz Torres; M</i>	119, 120, 157

S

<i>Sadik; I</i>	42
<i>Salado Natera; M</i>	80, 81, 85, 90
<i>Salmerón Latorre; R</i>	183
<i>Sánchez Aranda; C</i>	163
<i>Sánchez De Cos Jiménez; L</i>	50, 192
<i>Sánchez González; M</i>	33, 37, 40, 95
<i>Sánchez Hernica; E</i>	130, 136, 156, 159, 197
<i>Sánchez Pérez; M</i>	30, 32, 43, 44, 145
<i>Sánchez Silvestre; A</i>	38, 39, 117
<i>Sanz Ortega; T</i>	30, 43, 51, 53, 62, 145, 195
<i>Sellamito Morales; M</i>	121
<i>Selma Santamaría; D</i>	114
<i>Serradilla Rodríguez; C</i>	129
<i>Serrano Baena; M</i>	165
<i>Serrano Catena; M</i>	34, 35
<i>Serrano León; M</i>	153
<i>Sicilia Barea; E</i>	130, 136, 156, 159, 197
<i>Sierra Villalba; A</i>	78, 80
<i>Soto Ponce; N</i>	153, 171

T

<i>Tallón Aguayo; M</i>	49
<i>Terrón Sánchez; A</i>	133, 136, 197
<i>Torrealba; P</i>	57
<i>Trujillo Parra; M</i>	34

U

<i>Ubago Palma; E</i>	45
-----------------------------	----

V

<i>Valenzuela Núñez; C</i>	144, 155, 173, 175, 177, 179
<i>Varona García; A</i>	129
<i>Vázquez Alarcón; R</i>	99, 103, 105, 113
<i>Vázquez Bandera; L</i>	143, 146
<i>Vázquez Mancilla; E</i>	156, 159

<i>Velasco Soto; R</i>	33, 95
<i>Vico Ramírez; F</i>	96, 106, 107, 112
<i>Villalba Alcalá; F</i>	64
<i>Villalobos Millán; I</i>	130, 133, 136, 156, 159, 197
<i>Villarrubia Martos; B</i>	66

W

<i>Winkler; G</i>	77
-------------------------	----

Y

<i>Yañe Bermejo; V</i>	179
------------------------------	-----

Z

<i>Zafra Olmo; B</i>	136, 137
<i>Zarallo Pérez; A</i>	50
<i>Zorrilla Moreno; M</i>	64, 65, 75
<i>Zuleta Valencia; J</i>	150