

REVISTA ANDALUZA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Publicación Oficial de SEMERGEN Andalucía

Año 8 · Vol. 8 · Mayo 2019

ISSN: 2254 - 4410



14^o Congreso Andaluz de Médicos de Atención Primaria

SEMERGEN
Andalucía

Punta Umbría
(Huelva)

30 y 31 de mayo
y 1 de junio
de 2019

Barceló Punta Umbría
Beach Resort & Huelva Convention Center

www.congresosemergenandalucia.com
info@congresosemergenandalucia.com

 **#SEMERGENANDALUZ19**



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

> Presidenta

Dra. D^a. Mercedes Ramblado Minero
Médico de Familia. Médico de empresa.
Centro de Prevención de Riesgos Laborales de
Huelva. Miembro del Grupo de Trabajo de Salud
Laboral de SEMERGEN.

> Vocales

Dra. D^a. Eladia Bejarano Domínguez
Médico de Familia. Área de Vigilancia de la Salud
del Centro de Prevención de Riesgos Laborales.
Huelva.

Dra. D^a. María Jesús Camacho Herrera
Médico de Familia. Directora UGC Huelva Centro.

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

Dr. D. Manuel Jiménez de la Cruz
Médico de Familia. UGC Casería de Montijo.
Granada. Vicepresidente 3^o y Responsable del De-
sarrollo Profesional Continuo de la Junta Directiva
Nacional de SEMERGEN.

Comité Científico

> Presidente

Dr. D. Francisco Atienza Martín
Médico de Familia. UGC Fuensanta Pérez Quirós.
Sevilla.
Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión del Me-
dicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente
de la SEMERGEN.
Director Técnico del DPC de la Junta Directiva
Nacional.

Dra. D^a. Inés Bonilla Garriguez
Médico de Familia. UGC Los Rosales. Huelva.

Dr. D. Eladio Jiménez Mejías
Médico de Familia. Profesor del Departamento de
Medicina Preventiva y Salud Pública de la Univer-
sidad de Granada.
Miembro de los Grupos de Trabajo de Actividades
Preventivas y Salud Pública y Medicina Basada en
la Evidencia
de SEMERGEN.

Dr. D. Teodoro Macías Delgado
Médico de Familia. UGC de Cortegana. Huelva.
Coordinador del Grupo de trabajo de Salud Labo-
ral de SEMERGEN.

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

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

Dra. D^a. María Rocío Martínez Pérez
Médico de Familia. UGC Don Luis Taracido.
Bollullos del Condado, Huelva. Miembro Grupo
de Trabajo Atención al Adolescente y Grupo de
Trabajo Urología de SAMFyC.

Sra. D^a. María Oliva Márquez
Médico Residente de Medicina Familiar y Comuni-
taria. UGC Moguer. Huelva.

Dr. D. Miguel Pedregal González
Médico de Familia. Centro de Salud Adoratrices.
Unidad docente de Medicina Familiar y Comuni-
taria de Huelva.

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 competen-
cias profesionales.

Dr. D. Eladio Jiménez Mejías
Área de Universidad.

Dr. D. José Luis Martíncano Gómez
Área de evaluación y acreditación de activida-
des.

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

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

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

Dr. D. Lisardo García 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 Sánchez González
Vocal de Sevilla.

Dr. D. Juan Gabriel García 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 Año 8 Vol. 8 Mayo 2019

© Copyright 2019 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.

De nuevo en 2019 publicamos el octavo número de la revista electrónica de SEMERGEN-Andalucía: “Revista Andaluza de Atención Primaria”.

Este número está dedicado al 14º Congreso Andaluz de Atención Primaria que se celebró en Punta Umbría (Huelva) y en él se publican los resúmenes de las mesas, talleres y otras actividades, así como las comunicaciones presentadas al congreso y admitidas por el Comité Científico.

Tenemos que felicitarnos por la elevada participación de congresistas, destacando el importante número de residentes que eligen nuestro congreso para presentar sus trabajos y adquirir nuevas competencias.

Es de justicia agradecer el esfuerzo de los miembros de los comités organizador y científico cuyo trabajo ha hecho posible un magnífico congreso. Agradecer también la participación intensa de los congresistas en las actividades científicas y en la presentación de trabajos de investigación en formatos de proyectos de investigación, comunicaciones y casos clínicos.

Hay que destacar en el congreso de este año la participación activa de otros profesionales del ámbito de la atención primaria como enfermeras, farmacéuticos de atención primaria y fisioterapeutas, estos últimos con una jornada propia dentro del congreso. Los talleres compartidos entre profesionales de diferente perfil aportan una sinergia que los hace especialmente interesantes.

El objetivo del congreso de potenciar la alianza entre los diferentes roles profesionales de atención primaria e impulsar la utilización de intervenciones no farmacológicas y la salutogénesis se ha cumplido en los 36 talleres desarrollados además de 5 mesas redondas y un simposio.

En esta línea hay que destacar la conferencia inaugural del Profesor Miguel Angel Martínez, uno de los investigadores principales del estudio Predimed y Predimed Plus que resaltó el papel protector de la dieta mediterránea.

El trabajo científico de los médicos de familia y de los residentes se ha visto plasmado en las 8 mesas de defensa de comunicaciones orales y las 15 de defensa de comunicaciones en formato poster.

Como siempre y como evidencia de la calidad científica del congreso, todas sus actividades se han acreditado en la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) y su evaluación se hará mediante la herramienta DPC-AP de Semergen, diseñada para la evaluación de competencias profesionales del médico de familia.

Como otros años y de forma paralela al congreso, se han realizado las 5ª Jornadas para directivos de atención primaria, con el importante apoyo metodológico de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Este año las jornadas han girado en torno a los retos de la gestión de la demanda asistencial con dos mesas de experiencias en este aspecto y el desarrollo de una identificación de los participantes, mediante la metodología de Metaplan, de las barreras y los facilitadores para la implementación de las estrategias que mejoren la gestión de la demanda asistencial de atención primaria con el objetivo de conseguir un “tiempo de asistencia” que permita aumentar la capacidad de resolución y la calidad de la atención prestada.

María Rosa Sánchez Pérez
Presidenta SEMERGEN Andalucía

Programa Científico

Jueves 30 de Mayo

16:30-18:00h. Taller URM: Aprendamos a manejar los antipsicóticos en los pacientes con demencia

Sala Colón 1

Ponentes:

> **Dr. D. Guillermo Jesús Largaespada Pallavicini**
Médico de Familia EBAP. UGC Bollullos Par del Condado. Huelva.

> **Sra. D^a. Olga Rojas Corrales**
Farmacéutica de Atención Primaria. AGS Norte de Cádiz. Cádiz.

16:30-18:00h. Taller URM: Atención inicial al ictus

Sala Niña 1

Ponente:

> **Dra. D^a. Manuela Sánchez González**
Médico de Familia. Médico de las Unidades Móviles del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencia. Sevilla. Miembro de los Grupos de Trabajo de Comunicación, Urgencias y Dolor de SEMERGEN.

16:30-18:00h. Taller URM: Prescripción de ejercicio e intervenciones rehabilitadoras en el paciente con artrosis de rodilla y cadera

Sala Niña 2

Ponente:

> **Dr. D. Francisco Manzano Gómez**
Médico de Familia. UGC Huelva-Centro. DSAP Huelva-Costa

18:00-19:30h. Taller URM: Medicamentos por vía subcutánea en cuidados paliativos

Sala Colón 1

Ponente:

> **Dra. D^a. María Elena Uceda Torres**
Médico de Familia. Unidad de Soporte de Cuidados Paliativos. Área Hospitalaria de Huelva. Huelva.

18:00-19:30h. Taller URM: Abuso de benzodiacepinas. Estrategias para reducirlo

Sala Niña 1

Ponentes:

> **Dr. D. Francisco Atienza Martín**
Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica El Porvenir. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de la

SEMERGEN. Director Técnico del DPC de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

> **Sra. D^a. Ingrid Ferrer López**

Farmacéutica de Atención Primaria. UGC Farmacia Atención Primaria Sevilla (intercentros). Distritos Aljarafe. Sevilla Norte y Sevilla.

18:00-19:30h. Taller URM: Ajuste de tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas

Sala Niña 2

Ponentes:

> **Sra. D^a. María de la O Caraballo Camacho**

Farmacéutica de Atención Primaria. UGC Farmacia Atención Primaria Sevilla. Distrito Sanitario Sevilla.

> **Dr. D. José Mancera Romero**

Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y Tutores de SEMERGEN.

19:30-21:00h. Conferencia de Inauguración: Dieta Mediterránea

Sala Colón 1

Ponente:

> **Dr. D. Miguel Ángel Martínez - González**

Catedrático de Salud Pública de la Universidad de Navarra.

21:00-21:30h. Acto inaugural

Sala Colón 1

21:30h. Cóctel de Bienvenida*

* Tras la finalización del Acto de Inauguración

Viernes 31 de Mayo

08:00-9:00h. Defensa de Comunicaciones Orales: Sesión 1

Sala Colón 1

Moderador:

> **Dr. D. José Escribano Serrano**

Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica San Roque. AGS Campo de Gibraltar. Cádiz. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN.

08:00-9:00h. Defensa de Comunicaciones Orales: Sesión 2

Sala Santa María 2

Moderador:

> **Dr. D. Lisardo García Matarín**

Médico de familia. Unidad de Gestión Clínica El Parador. Roquetas de Mar. Almería. Miembro del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular y respiratorio de SEMERGEN.

08:00-09:00h. Defensa de Comunicaciones Orales: Sesión 3

Sala Niña 1

Moderador:

> **Dr. D. Juan Gabriel García Ballesteros**

Médico de Familia. Centro de Salud de Bailén. Jaén. Coordinador del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de la SEMERGEN.

08:00-09:00h. Defensa de Comunicaciones Orales: Sesión 4

Sala Niña 2

Moderador:

> **Dr. D. Miguel Pedregal González**

Médico de Familia. Centro de Salud Adoratrices. Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Huelva.

08:00-09:00h. Defensa de Comunicaciones Orales: Sesión 5

Sala Niña 3

Moderador:

> **Dr. D. Francisco Atienza Martín**

Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica El Porvenir Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de la SEMERGEN. Director Técnico del DPC de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

08:00-09:00h. Defensa de Comunicaciones Orales: Sesión 6

Sala Colón 2

Moderador:

> **Dr. D. José Mancera Romero**

Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y Tutores de SEMERGEN.

08:00-09:00h. Defensa de Comunicaciones Pósters: Sesión 1

Aula Virtual de e-Pósters 1

Moderadora:

> **Dra. D^a. María Rocío Martínez Pérez**

Médico de Familia. UGC Don Luis Taracido. Bollullos del Condado. Huelva.

08:00-09:00h. Defensa de Comunicaciones Pósters: Sesión 2

Aula Virtual de e-Pósters 2

Moderadora:

> **Dra. D^a. Rosa María Marín Montero**

Médico de Familia. Centro de Salud de Espiel. UGC de Peñarroya. El Carpio. Córdoba.

09:00-10:30h. Taller URM: Terapéutica centrada en la persona con diabetes

Sala Colón 1

Ponentes:

> **Dr. D. José Mancera Romero**

Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y Tutores de SEMERGEN.

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

Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria. Farmacéutica de Atención Primaria del Distrito Aljarafe y Sevilla Norte. UGC Farmacia AP Sevilla.

09:00-10:30h. Taller: Abordaje Fisioterapéutico de las cefaleas (módulo 1)

Sala Santa María 2

Ponente:

> **Sr. D. José Guillart Castells**

Fisioterapeuta. Fisiosport. Valencia.

09:00-10:30h. Taller URM: Seguridad de los medicamentos. Utilidad de la visita domiciliaria.

Sala Niña 1

Ponentes:

> **Dr. D. Servando Baz Montero**

Médico de Familia. Consultorio El Portil. UGC Punta Umbría. DSAP Condado- Campiña.

> **Sra. D^a. Sonia García Navarro**

Enfermera gestora de casos. UGC Los Rosales (Huelva). Coordinadora de Cuidados Paliativos en CS Los Rosales (Huelva).

09:00-10:30h. Taller URM: Manejo terapéutico del paciente con ictus en AP. Intervenciones farmacológicas y no farmacológicas

Sala Niña 2

Ponente:

> **Dr. D. Eduardo Pérez Razquin**

Médico EBAP. UGC El Torrejón. DSAP Huelva- Costa.

09:00-10:30h. Taller URM: Recomendaciones de "Dejar de hacer" en medicamentos

Sala Niña 3

Ponentes:

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

Médico de Familia. UGC El Juncal. Sevilla.

> **Dr. D. Francisco Javier López Aguilar**

Médico de Familia. Director de Unidad de Gestión Clínica Isla Chica. Huelva.

09:00-10:30h. Defensa de Comunicaciones Pósters: Sesión 3

Aula Virtual de e-Pósters 1

Moderadora:

> **Dra. D^a. María Oliva Márquez**

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Moguer. Huelva.

09:00-10:30h. Defensa de Comunicaciones Pósters: Sesión 4

Aula Virtual de e-Pósters 2

Moderadora:

> **Dra. D^a. María Jesús Camacho Herrera**

Médico de Familia. UGC Huelva Centro.

10:45-12:15h. Mesa: Posicionamiento ACODS

Sala Colón 1

Moderador:

> **Dr. D. Lisardo García Matarín**

Médico de familia. Unidad de Gestión Clínica El Parador. Roquetas de Mar. Almería. Miembro del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular y respiratorio de SEMERGEN.

Ponentes:

> **Dr. D. Javier Mendoza Vázquez**

Facultativo Especialista de Área en Cardiología. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva.

> **Sr. D. Francisco Pacheco Mazilli**

Presidente Asociación Cardíaca Nuevo Camino para el Corazón Onubense (ANCCO).

> **Sr. D. Carlos García Colado**

Subdirector de Farmacia y Prestaciones Servicio Andaluz de Salud.

10:45-12:15h. Mesa: Vacuna antineumocócica conjugada en el adulto: de la evidencia científica a la realidad

Sala Niña 1

Moderador:

> **Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruiz**

Médico de Familia y Especialista en Medicina del Trabajo. UGC de Armilla. Granada.

Papel de la prevención con vacuna antineumocócica conjugada

Ponente:

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

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

Novedades en el calendario de vacunación en el adulto con vacuna antineumocócica conjugada

Ponente:

> **D. Diego Vargas Ortega**

Director General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía.

10:45-12:15h. Taller: Criterios de Derivación y Control del Paciente Asmático

Sala Niña 2

Ponente:

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

Médico. Respiratorio. Madrid.

10:45-12:15h. Defensa de Comunicaciones Orales: Sesión 7

Sala Niña 3

Moderador:

> **Dr. D. José Mancera Romero**

Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y Tutores de SEMERGEN.

10:45-12:15h. Defensa de Comunicaciones Pósters: Sesión 5

Aula Virtual de e-Pósters 1

Moderadora:

> **Dra. D^a. Eladía Bejarano Domínguez**

Médico de Familia. Área de Vigilancia de la Salud del Centro de Prevención de Riesgos Laborales. Huelva.

10:45-12:15h. Defensa de Comunicaciones Pósters: Sesión 6

Aula Virtual de e-Pósters 2

Moderadora:

> **Dra. D^a Francisca Hidalgo Martín**

Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga.

12:30-13:30h. Defensa de Comunicaciones Orales: Sesión 8

Sala Niña 3

Moderador:

> **Dr. D. Lisardo García Matarín**

Médico de familia. Unidad de Gestión Clínica El Parador. Roquetas de Mar. Almería. Miembro del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular y respiratorio de SEMERGEN.

12:30-14:00h. Mesa: Mejorando la gestión del paciente crónico y complejo en tu consulta de Atención Primaria

Sala Colón 1

Moderador:

> **Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruiz**

Médico de Familia y Especialista en Medicina del Trabajo. UGC de Armilla. Granada.

Ponentes:

> Dr. D. Antonio Hormigo Pozo

Director Centro de Salud San Andrés- Torcal. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

> Dr. D. Antonio José Fernández Romero

Coordinador Cardiología CHARE Sevilla.

12:30-14:00h. Taller: Role Play: Casos clínicos en Hepatitis C. Importancia del médico de Familia en su detección.

Sala Santa María 2

Moderadora:

> 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.

Ponentes:

> Dr. D. José Mancera Romero

Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y Tutores de SEMERGEN.

> Dr. D. Francisco Atienza Martín

Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica El Porvenir. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de la SEMERGEN. Director Técnico del DPC de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

> Dra. D^a. Ana Cabrerizo Carvajal

Médico de Familia. Centro de Salud Armilla. Granada. Miembro de los Grupos de Trabajo de Cuidados Paliativos y Dermatología de SEMERGEN.

Tras la finalización del taller se hará entrega a los asistentes un ejemplar del Manual del Residente.

12:30-14:00h. Taller: Recuperación funcional del paciente depresivo

Sala Niña 1

Ponentes:

> Dr. D. Pablo Panero Hidalgo

Médico de Familia. UGC Órgiva. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

> Dra. D^a. María Isabel Teva García

FEA Psiquiatría. Equipo de Salud Mental. Cabra - Córdoba

12:30-14:00h. Taller: Transformemos juntos la EPOC

Sala Niña 2

Ponente:

> Dra. D^a. María Teresa González García

Neumóloga. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

12:30-14:00h. Defensa de Comunicaciones Pósters: Sesión 7

Aula Virtual de e-Pósters 1

Moderadora:

> Dra. D^a. Inés Bonilla Garriguez

Médico de Familia. UGC Los Rosales. Huelva.

12:30-14:00h. Defensa de Comunicaciones Pósters: Sesión 8

Aula Virtual de e-Pósters 2

Moderador:

> Dr. D. Fernando Leiva Cepas

Médico de Familia. UGC de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba.

14:00-16:00h. Almuerzo de trabajo

16:00-17:30h. Taller URM: Medicamentos y otras intervenciones en la atención al paciente crónico con patología cardiopulmonar

Sala Colón 1

Ponentes:

> Dr. D. Pablo Arjona González

Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Ciudad Jardín. Málaga.

> Sr. D. José María Zuazagoitia de la Lama-Noriega

Fisioterapeuta Respiratorio. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

16:00-17:30h. Taller URM: Beneficios y riesgos de los tratamientos para la persona con diabetes. Análisis crítico.

Sala Niña 1

Ponentes:

> Dr. D. Francisco Atienza Martín

Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica El Porvenir. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de la SEMERGEN. Director Técnico del DPC de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

> Sr. D. Juan Carlos Domínguez Camacho

Farmacéutico. UGC Farmacia. Director de la UGC Farmacia Atención Primaria Sevilla. DSAP. Sevilla.

16:00-17:30h. Taller URM: Uso prudente de opioides

Sala Niña 2

Ponentes:

> Dr. D. Manuel José Mejías Estévez

Médico de Familia. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla. Coordinador del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Dolor de SEMERGEN.

> Sra. D^a. Carmen Beltrán Calvo

Farmacéutica de Atención Primaria. Distrito Atención Primaria Aljarafe y Sevilla Norte. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud.

16:00-17:30h. Taller URM: Ansiedad y depresión: manejo no farmacológico

Sala Niña 3

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.

> Sra. D^a. Estrella Mesa Masa

Psicóloga Sanitaria. Centro Médico Psicosomático. Sevilla.

16:00-17:30h. Defensa de Comunicaciones Pósters: Sesión 9

Aula Virtual de e-Pósters 1

Moderadora:

> Dra. D^a. Manuela Sánchez González

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

16:00-17:30h. Defensa de Comunicaciones Pósters: Sesión 10

Aula Virtual de e-Pósters 2

Moderadora:

> Dra. D^a. Rosa María Marín Montero

Médico de Familia. Centro de Salud de Espiel. UGC de Peñarroya. El Carpio. Córdoba.

16:00-19:00h. Taller: La ecografía en Atención Primaria: de la cabeza a los pies. Sistemática de exploración abdominal. Prácticas con modelos

Sala Santa María 2

Ponente:

> Dr. D. Francisco Sarmiento Jiménez

Médico de Familia. UGC Vélez Norte. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SEMERGEN.

17:30-19:00h. Mesa: La fisioterapia en el centro de salud

Sala Colón 1

Moderador:

> Dr. D. Manuel Jiménez de la Cruz

Médico de Familia. UGC Casería de Montijo. Granada. Vicepresidente 3º y Responsable del Desarrollo Profesional Continuo de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

Ponentes:

> Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruiz

Médico de Familia y Especialista en Medicina del Trabajo. UGC de Armilla. Granada.

> Sr. D. Juan Manuel Nieblas Silva

Presidente del Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía.

> Sra. D^a. Catalina García Carrasco

Viceconsejera de Salud y Familias de la Junta de Andalucía.

17:30-19:00h. Taller URM: Manejo del paciente con cardiopatía isquémica crónica. Controversias en prevención secundaria.

Sala Niña 1

Ponente:

> Dr. D. Lisardo García Matarín

Médico de familia. Unidad de Gestión Clínica El Parador. Roquetas de Mar. Almería. Miembro del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular y respiratorio de SEMERGEN.

17:30-19:00h. Taller URM: Manejo terapéutico farmacológico y no farmacológico de la insuficiencia cardiaca

Sala Niña 2

Ponentes:

> Dr. D. Enrique Martín Riobóo

Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Poniente. Distrito Sanitario Córdoba-Guadalupe. Córdoba.

> Sra. D^a. María José Molina Gil

Enfermera. Práctica Avanzada en Gestión de Casos. AGS. Sevilla Sur. Lebrija. Cuervo. Sevilla.

17:30-19:00h. Taller URM: Trastornos depresivos en Atención Primaria. ¡Pastillas y palabras!

Sala Niña 3

Ponentes:

> Dr. D. José Ignacio Del Pino Montesinos

Psiquiatra. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

> Dr. D. Francisco Campa Valero

Médico de Familia. Centro de Salud Paulino García Donas. Alcalá de Guadaira. AGS Sur de Sevilla. Profesor Universidad de Sevilla. Sevilla

17:30-19:00h. Defensa de Comunicaciones Pósters: Sesión 11

Aula Virtual de e-Pósters 1

Moderadora:

> Dra. D^a. María José Aparicio Cervantes

Médico de Familia. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.

17:30-19:00h. Defensa de Comunicaciones Pósters: Sesión 12

Aula Virtual de e-Pósters 2

Moderadora:

> Dra. D^a. María José Cruz Rodríguez

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

19:00-20:00h. Defensa de Comunicaciones Pósters: Sesión 13

Aula Virtual de e-Pósters 1

Moderador:

> Dr. D. Fernando Leiva Cepas

Médico de Familia. UGC de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba.

19:00-20:00h. Defensa de Comunicaciones Pósters: Sesión 14

Aula Virtual de e-Pósters 2

Moderadora:

> Dra. D^a. María Rocío Martínez Pérez

Médico de Familia. UGC Don Luis Taracido. Bollullos del Condado. Huelva.

19:00-20:30h. Entrevista con el Sr. Consejero de Salud y Familias Dr. D. Jesús Aguirre Muñóz

Sala Colón 2

19:30-21:00h. Symposium: Papel del médico de atención de primaria ante el cambio de paradigma en diabetes: ¿espectador o protagonista?

Sala Colón 1

Ponentes:

> Dr. D. José Mancera Romero

Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y Tutores de SEMERGEN.

> Dr. D. David León Jiménez

Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

20:00-21:00h. Defensa de Comunicaciones Pósters: Sesión 15

Aula Virtual de e-Pósters 1

Moderadora:

> Dra. D^a. Manuela Sánchez González

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

Sábado 1 de Junio

09:30-11:00h. Taller: Abordaje fisioterapéutico de las cefaleas (módulo 2)

Sala Colón 1

Ponente:

> Sr. D. José Guillart Castells

Fisioterapeuta. Fisiosport. Valencia.

09:30-11:00h. Taller URM: Enfermedad vascular periférica. Abordaje terapéutico basado en la evidencia

Sala Niña 1

Ponente:

> Dr. D. José Escribano Serrano

Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica San Roque. AGS Campo de Gibraltar. Cádiz. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes y de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN.

09:30-11:00h. Taller URM: Eficacia y seguridad de los tratamientos con anticoagulantes

Sala Niña 2

Ponentes:

> Dr. D. Juan Gabriel García Ballesteros

Médico de Familia. Centro de Salud de Bailén. Jaén. Coordinador del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de la SEMERGEN.

> Dr. D. Rodrigo Mayo Cabeza

Médico de Familia. Centro de Salud. Fuengirola - Oeste. Málaga.

09:30-11:00h. Taller URM: Manejo de síntomas en el enfermo terminal

Sala Niña 3

Ponente:

> Dra. D^a. Fátima Pérez Martín

Facultativo del Equipo de Soporte Mixto de Cuidados Paliativos del Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva.

09:30-12:30h. Taller: Cirugía Menor

Sala Santa María 2

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.

> Dr. D. José Carlos Pérez Sánchez

Médico de familia. UGC Rincón de la Victoria Málaga.

11:00-12:30h. Taller URM: Dolor cervical: Tratamiento farmacológico, ejercicio terapéutico y educación al dolor en Fisioterapia

Sala Colón 1

Ponentes:

> Dra. D^a. Julia Vargas Díez

Médico de Familia. CS Peligros. DS Granada Metropolitano. Granada.

> Dr. D. Alejandro Luque Suárez

Director Departamento Fisioterapia Universidad de Málaga.

11:00-12:30h. Taller: Manejo del paciente con IC en Atención Primaria. Nuevas evidencias.

Sala Niña 1

Ponentes:**> Dr. D. Rafael Romero Garrido**

Cardiólogo Clínico. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

> Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza

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

11:00-12:30h. Taller: MenigoBienprotegidos 4-2-1B: Seguimos con los adolescentes

Sala Niña 2

Ponente:**> Dr. D. Borja Croché Santander**

Jefe Servicio Pediatría. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

11:00-12:30h. Taller: ¿Podemos hacer una medicina centrada en la persona? Casos prácticos

Sala Niña 3

Ponentes:**> Dr. D. Manuel Álvarez Romero**

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

> Dr. D. Francisco Lozano Gutiérrez

Médico de Familia. Sevilla.

12:30-14:00h. Mesa: Toma el control cuanto antes. En protección cardiovascular en diabetes y en el manejo del paciente asmático

Sala Colón 1

Moderador:**> Dr. D. Pablo Panero Hidalgo**

Médico de Familia. UGC Órgiva. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Ponentes:**> Dr. D. Manuel Almendro Delia**

Cardiólogo. Coordinador asistencial de la unidad coronaria. UGC Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario Virgen de Macarena. Sevilla.

> Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza

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

12:30-14:00h. Taller URM: Manejo del dolor neuropático

Sala Santa María 2

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

Médico de Familia. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.

12:30-14:00h. Taller: Manejo e interpretación del PSA en el Paciente con Hiperplasia Benigna de Próstata

Sala Niña 1

Ponente:**> Dr. D. Pedro Fernández López**

Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica de Huétor Vega. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Urología (Nefrología y Vías Urinarias) de SEMERGEN.

12:30-14:00h. Taller: Determinación del índice, tobillo, brazo en Atención Primaria

Sala Niña 2

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

Médico de Familia. UGC Armilla. Granada.

12:30-14:00h. Taller URM: Abordaje diagnóstico y terapéutico de las lesiones pigmentadas de la piel

Sala Niña 3

Ponente:**> Dra. D^a. Ana Cabrerizo Carvajal**

Médico de Familia. Centro de Salud Armilla. Granada. Miembro de los Grupos de Trabajo de Cuidados Paliativos y Dermatología de SEMERGEN.

14:00-14:30h. Acto de clausura**14:30h. Almuerzo de clausura (*) (**)**

(*) El almuerzo comenzará a la finalización del acto de clausura.

(**) Para asistir al Almuerzo DEBE obligatoriamente canjear la pre-invitación que encontrará en su tarjeta de acreditación en los mostradores dispuestos para ello, situados en Secretaría Técnica, antes de las 17:00 horas del viernes 31 de mayo, en el acto de formalizar su reserva de mesa.

Si dicho canje no es realizado no podremos garantizarle plaza en el almuerzo.

Talleres

Abordaje diagnóstico y terapéutico de lesiones pigmentadas de la piel.

> **Dra. D^a. Ana Cabrerizo Carvajal**

En primer lugar se realizará una exposición sobre la importancia del diagnóstico precoz del melanoma con referencia a su aumento de incidencia y prevalencia, los factores de riesgo, tipos de melanoma, factores pronósticos, diagnóstico diferencial con otras lesiones pigmentadas y abordaje terapéutico. Se planteará una reflexión sobre los costes del tratamiento del melanoma avanzado y la pertinencia de aumentar recursos en prevención.

Se hará hincapié en que el abordaje desde la Atención Primaria debe orientarse a la Prevención Primaria y Secundaria y dentro de esta a la importancia en la capacitación en Dermatoscopia para aumentar la sensibilidad en el diagnóstico temprano del melanoma sin disminuir la especificidad y provocando un aumento de cirugías y biopsias en lesiones benignas.

Realizamos un repaso al método de Dos Pasos en Dermatoscopia como un método fácil, asequible y eficiente para mejorar la orientación diagnóstica de las lesiones pigmentadas con el objetivo principal de no dejar de diagnosticar un melanoma cuando se nos plante una lesión que lo es.

Por último planteamos ocho casos clínicos en los que siguiendo el algoritmo del método de Dos Pasos en Dermatoscopia llegaremos al diagnóstico de diferentes lesiones pigmentadas

Abuso de benzodiacepinas. Estrategias para reducirlo

> **Dr. D. Francisco Javier Atienza Martín**

> **Sra. D^a. Ingrid Ferrer López**

El consumo de benzodiacepinas (BZDP), de manera no adecuada a las recomendaciones de las guías de práctica clínica, supone un problema de salud pública

ya que se estima que el 13% de la población consume BZDP, principalmente mujeres (68%) y mayores de 65 años (41%). Las guías de práctica para las principales indicaciones de las BZDP como son el insomnio y los trastornos de ansiedad no recomiendan su uso continuado, aconsejando un máximo de 4-6 semanas de utilización.

No hay que olvidar que estos fármacos no son inocuos ya que se ha relacionado su consumo con aumento de mortalidad, de fractura de cadera, de neumonía, de deterioro cognitivo, comportamientos complejos del sueño, además originan dependencia y tolerancia en la mitad de los casos.

Existen multitud de iniciativas nacionales e internacionales que nos recomienda no hacer respecto al uso de BZDP en nuestros pacientes tales como

No use benzodiacepinas u otros hipnóticos sedantes en adultos mayores como primera opción para el insomnio, la agitación o el delirio.

No prescribir benzodiacepinas (e hipnóticos no benzodiacepínicos) a largo plazo en el paciente que consulta por insomnio.

No prescriba ni dispense benzodiacepinas sin incluir una estrategia de discontinuación en el plan de tratamiento del paciente (a excepción de los pacientes que tienen una indicación válida para uso a largo plazo).

No prescriba rutinariamente benzodiacepinas u otros hipnóticos sedantes para la promoción del sueño sin primero un intento de intervenciones no farmacológicas.

No continúe rutinariamente las benzodiacepinas iniciadas durante un ingreso hospitalario sin una revisión cuidadosa y un plan de reducción y discontinuación, idealmente antes del alta hospitalaria.

No administrar benzodiacepinas de vida media larga para el tratamiento crónico del insomnio, en personas mayores de 65 años

La deshabitación de BZDP es posible en la práctica clínica ya que existen diferentes estrategias que han demostrado su efectividad. Se destaca el estudio EMPOWER con una intervención educativa y la

entrega de una carta informativa que consiguió, en mayores de 65 años, una cesación del 27% del grupo intervenido frente al 5% del grupo control.

Se presentan también los resultados de un trabajo en la ciudad de Sevilla en colaboración con farmacias comunitarias, coordinados por la Farmacia de Atención Primaria y el Centro de Información del Medicamento del Colegio de Farmacéuticos, con una metodología similar al EMPOWER que ha conseguido la cesación en el 34% de los pacientes intervenidos independientemente del perfil profesional que realiza a intervención (farmacéutico, enfermero o médico).

Como determinantes del éxito de la cesación de uso de BZDP se enumeran: los factores cognitivos, el tiempo de uso y el tipo de BZDP utilizado.

Por último, se revisan las alternativas al uso de BZDP como son las terapias de corte cognitivo conductual y las estrategias de higiene del sueño, relajación, control de estímulos, etc. que pueden ayudar a reducir este uso crónico de BZDP.

Para la implementación en la práctica diaria se recomienda que “Las benzodiacepinas sólo se prescriban cuando los síntomas sean severos e incapacitantes, a la menor dosis posible, por un periodo máximo de 4-6 semanas incluyendo el periodo de reducción, informando al paciente de los problemas de seguridad que originan y de la mano de un abordaje no farmacológico”

Ajuste de tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas

> **Sra. D^a. María de la O Caraballo Camacho**

> **Dr. D. José Mancera Romero**

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 (PPAIPEC), 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 polimedicados, 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 polimedicados o con potenciales problemas de prescripción. A través de un caso clínico (paciente crónico complejo de edad avanzada y polimedicado) 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.

Beneficios y riesgos de los tratamientos para la persona con diabetes. Análisis crítico.

> Dr. D. Francisco Javier Atienza Martín

> Sr. D. Juan Carlos Domínguez Camacho

La persona con diabetes tipo 2, epidemiológicamente, tiene un mayor riesgo de mortalidad prematura, especialmente por enfermedades vasculares (infarto, ictus...) y cáncer y, también de sufrir complicaciones no mortales, clásicamente clasificadas en macrovasculares (cardiopatía isquémica, ictus no mortal, enfermedad vascular periférica) o microvasculares (disfunción eréctil, retinopatía, neuropatía o nefropatía).

En atención primaria se utilizan diversas intervenciones cuyo objetivo es producir beneficio a la persona con diabetes en términos de morbilidad y mejora de la calidad de vida, evitando, en lo posible, efectos adversos y otros daños.

Las intervenciones pueden estar orientadas a la modificación de estilos de vida como evitar el hábito de fumar, la dieta de tipo mediterráneo orientada, fundamentalmente, a la pérdida de peso y la promoción del hábito de hacer ejercicio físico de manera personalizada a la situación de cada persona con diabetes. Otras intervenciones se dirigen al control global de los factores de riesgo cardiovascular como el control de la tensión arterial o la utilización de estatinas cuando exista un riesgo cardiovascular alto. Asimismo, existen intervenciones orientadas a aumentar la responsabilidad del paciente sobre su enfermedad como los programas de educación terapéutica o una prevención primaria y/o diagnóstico precoz de complicaciones mediante la revisión de los pies, la realización de fondo de ojo mediante retinografía u otra técnica o la valoración de la función renal y el riesgo cardiovascular.

Por último, hay que considerar el tratamiento glucémico con fármacos, objeto prioritario de esta revisión. En relación a los objetivos de control glucémico existe un fuerte debate, especialmente con la reciente publicación del consenso del American College of Physicians que plantea objetivos laxos de HbA1c e incluso la no utilización de objetivos glucémicos, mas allá de evitar complicaciones agudas por hiperglucemia, en determinados pacientes (mayores, con comorbilidad grave, con esperanza de vida escasa, etc.) en base a no encontrar beneficios de un control intensivo en los grandes estudios con este fin.

Desde una perspectiva de búsqueda de beneficio centrado en la persona con diabetes hay que considerar el uso de metformina, con beneficios macro y microvasculares, la insulina y las sulfonilureas con beneficios principalmente microvasculares, destacando la gliclaxida por su mayor seguridad.

El resto de grupos farmacológicos clásicos (tiazolidinedionas como la pioglitazona, inhibidores de la alfa-glucosidasa como la acarbosa o glimetinidas) no han demostrado beneficios claros en resultados orientados al paciente (morbilidad o calidad de vida) por lo que pueden ocupar un espacio muy restringido a un grupo minoritario de pacientes.

Respecto a los antidiabéticos más recientes han aparecido varios metaanálisis de los estudios obligatorios de seguridad cardiovascular que sugieren las siguientes conclusiones:

Los inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 (IDPP4) no presentan ningún beneficio en reducción de mortalidad o eventos vasculares mayores (MACE), apreciándose un incremento del riesgo de hospitalización por insuficiencia cardíaca

Los análogos del péptido similar a glucagón tipo 1 (a-GLP1) han mostrado beneficios en mortalidad y MACE, aunque su utilización por vía inyectable puede situar su uso en un tercer escalón

Los inhibidores del cotransportador sodio glucosa 2 (SGLT2) han mostrado también beneficios en mortalidad y MACE, aunque en un análisis de subgrupos este beneficio solo aparece en las personas con enfermedad vascular aterosclerótica establecida.

Cirugía Menor

> Dr. D. Antonio José Baca Osorio

> Dr. D. Jesús Díaz Jiménez

> Dr. D. José Carlos Perez-Sanchez

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, de bajo riesgo y con poca probabilidad de complicaciones postquirúrgicas significativas" (Menon, NK. Minor surgery in general practice. The Practitioner 1986;230:917-20).

Los programas de cirugía menor que se realizan en Atención Primaria 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.

Objetivo general: Conocimiento de las indicaciones y técnicas de Cirugía Menor por los

Facultativos de Atención Primaria 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 a tratar, informar al paciente y obtener el consentimiento informado y evitar técnicas quirúrgicas destructivas ante lesiones de las cuales desconocemos el diagnóstico previo.

Para su realización es necesaria una infraestructura: Infraestructura y mobiliario de la sala de Cirugía Menor (camilla, fuente de luz dirigible, superficie auxiliar para colocación de material estéril, asiento, lavabo y agua corriente y contenedor para la eliminación de productos contaminados biológicamente), un Instrumental quirúrgico (Mango de bisturí del número 3, con hojas desechables del número 10,11 y 15, Porta-agujas estándar, Pinzas hemostáticas curvas sin dientes (Mosquitos), Pinzas de disección de Adson con dientes, Tijeras) y un Material fungible (Anestésicos locales, Suero fisiológico, Antisépticos tópicos, Jeringas y agujas, Punch de biopsias, Curetas y rasuradoras, Mascarillas, Gafas protectoras, Guantes

estériles, Electrobisturí, Criosprays, Set de suturas, Gasas y compresas estériles, Vendas,...)

Es necesario un sistema de registro en Historia clínica de DIRAYA con diagnóstico clínico, Libro de registro, Hoja de valoración quirúrgica, Consentimiento informado, Hojas de anatomía patológica y microbiología, Hojas informativas para el paciente (prequirúrgica y postquirúrgica)

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).

Sólo se deberían abordar por Atención Primaria aquellas patologías para las cuales los médicos se sientan capacitados. podemos clasificarlas en: Lesiones epidérmicas (Abscesos, Heridas y laceraciones Cirugía ungeal, Verrugas, Mollusco contagioso Queratosis Seborreica, Actínica, Fibromas, Lentigo) Lesiones dérmicas (Lesiones pigmentadas benignas, Dermatofibromas)

Lesiones subdérmicas (Quistes Triquilemicos, Sebáceos, Epidermoides, Dermoides, Lipomas) u otras lesiones (Lesiones vasculares Angioma senil, punto rubí Nevus araneus o spider Granuloma piogénico Cuerpos extraños y subcutáneos)

El empleo de anestésicos locales en cirugía menor tiene por objeto conseguir el control del dolor que implica la intervención, lo que requerirá, según el caso, de la elección de una de las tres técnicas empleadas: la aplicación tópica, la infiltración local y el bloqueo nervioso.

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

Bibliografía:

- Menon, NK. Minor surgery in general practice. The Practitioner 1986;230:917-20
- Arribas Blanco José María. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. Madrid; Jarpay Editores S.A (2a edición). 2000.

- Caballero F, Gómez O. Protocolos de cirugía menor en atención primaria (I). En: Formación médica continuada (FMC). Barcelona. Editorial Doyma. 1997.
- Caballero F, Gómez O. Protocolos de cirugía menor en atención primaria (II). En: Formación médica continuada (FMC). Barcelona. Editorial Doyma. 1997.

Determinación del índice, tobillo, brazo en Atención Primaria

> Dr. D. Rafael Ángel 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 reproducibilidad y gran sensibilidad (>90%).

Lo 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 valores normales y patológicos de 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 Cardio Vascular cuando se realiza el ITB en pacientes con SCORE intermedio o bajo.

- Aprender a registrar en Diraya los resultados del ITB.

Dolor cervical: Tratamiento farmacológico, ejercicio terapéutico y educación al dolor en Fisioterapia

> Dra. D^a. Julia Vargas Díez

> Dr. D. Alejandro Luque Suárez

El dolor de cuello es uno de los síntomas más frecuentes que padece el aparato locomotor del ser humano. Se calcula que el 70% de las personas sufrirán en algún momento de su vida un dolor cervical. Datos epidemiológicos sugieren una prevalencia entre el 10-20%, con una incidencia anual de entre el 30-50%. Hasta el 85% de pacientes que sufren un dolor cervical pueden presentar recaídas de su dolor.

Alteraciones neuromusculares en sujetos con dolor cervical.

Los pacientes con dolor de cuello suelen presentar unas estrategias de patrones musculares alterados muy comunes. De un lado suelen presentar una menor activación de los flexores profundos cervicales evaluados durante el test de flexión cráneo-cervical. De otro lado, una inactivación del semiespinal del cuello. Adicionalmente, se ha encontrado una hiperactivación de escalenos y esternocleidomastoideo en la realización de una elevación de miembro superior en sujetos con dolor cervical. Suelen presentar estos pacientes una alteración en la resistencia muscular de los flexores profundos cuando, en posición de sedestación, se ha analizado la postura cervical durante varios minutos.

Otras de las alteraciones frecuentes encontradas en el dolor cervical son las relacionadas con los tiempos de activación muscular o "timing". En una elevación unilateral del miembro superior se encontró un retraso en la contracción de los flexores profundos cervicales, así como del escaleno anterior y esternocleidomastoideo contralaterales a dicha elevación.

Las infiltraciones grasas intramusculares suelen ser prueba de una alteración del control motor asociadas a dolor cervical. Un estudio demostró que aquellos pacientes con whiplash que recuperaron peor o

no recuperaron presentaron un mayor nivel de infiltrado graso en los extensores profundos cervicales.

Alteraciones en la representación cortical de músculos cervicales en cervicalgia

En un estudio reciente se ha encontrado que los flexores profundos cervicales así como los superficiales, se encuentran representados en el córtex motor primario de forma diferente (con fenómenos de borrado o smudging incluidos) en pacientes con dolor cervical frente a aquellos libres de dolor.

Remisión automática o no de estas alteraciones neuromusculares tras cervicalgia

Diversos estudios apoyan la idea de que aunque el dolor cervical remita con diferentes terapias (farmacológicas, fisioterapéuticas pasivas), el control neuromuscular no se recupera espontáneamente y parece estar muy relacionado esa no recuperación con el riesgo de recidivas.

Puntos clave en el reentrenamiento de los patrones musculares cervicales tras cervicalgia

Activar la musculatura cervical profunda (ejercicios específicos de baja carga)

Reentrenar la capacidad de resistencia de los músculos cervicales profundos

Reentrenar los patrones de activación de los músculos cervicales superficiales y profundos

Ejercicios de co-contracción (extensores y flexores profundos)

Reeducar el uso de ciertos músculos en posturas y en tareas funcionales

Añadir fuerza y resistencia acorde con los requerimientos funcionales

Medicamentos y otras intervenciones en la atención al paciente crónico con patología cardiorrespiratoria

> Dr. D. Pablo Arjona González

> Sr. D. José María Zuazagoitia de la Lama-Noriega

Las dos patologías crónicas cardiorrespiratorias por antonomasia son la Enfermedad Obstructiva Crónica

(EPOC) y la Insuficiencia Cardíaca (IC), suponen dos de las patologías más prevalentes en la población mayor de 65 años. La prevalencia de IC es de 6,8%, similar en varones y mujeres; presentando una prevalencia del 16,1% en mayores de 75 años y se duplica con cada década de edad. Mientras que la EPOC supone la 4ª causa de morbilidad en países desarrollados, la OMS prevé que en 2020 se convertirá en la 3ª causa de muerte en el mundo.

En patologías crónicas, además de las medidas farmacológicas se deben llevar a cabo otras medidas que aseguren un abordaje global del paciente y podamos tomar decisiones adecuadas a su situación. Por lo que en este tipo de enfermedades, en las que se presencian alteraciones sistémicas, como disfunción muscular, será fundamental realizar programas de rehabilitación física para asegurar una correcta autonomía y capacidad funcional para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria.

Se precisan intervenciones educativas para mejorar el conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad, pero no hay evidencia que modifiquen su conducta. Educación en el autocuidado con la ayuda de un gestor de casos (Evidencia B)

Rehabilitación para pacientes sintomáticos y/o con alto riesgo de exacerbaciones (Evidencia A)

La actividad física es un fuerte predictor de mortalidad (Evidencia A). Se debe alentar a los pacientes para aumentar su nivel de actividad física.

En la guía GOLD 2019 de EPOC se recomiendan los Programas de Rehabilitación Respiratoria (PRR) para mejorar la disnea, la capacidad funcional, y la calidad de vida. Todas las guías (ACSM, ATS/ERS y AACVPR) recomiendan prescribir ejercicio aeróbico y ejercicios de fuerza. Especificando la frecuencia, la duración y la intensidad. Este tipo de programas se basan en un abordaje proactivo para minimizar síntomas, mejorar la calidad de vida relacionada con la salud, y aumentar la participación física y emocional en las actividades de vida diaria.

A la luz de la evidencia actual, el entrenamiento, con o sin suplementos nutricionales, es sin lugar a dudas la mejor estrategia terapéutica para incrementar la

masa y la función musculares y la calidad de vida de los pacientes con EPOC.

Bibliografía

- Bustamante V, Cejudo P, Galdíz J, Gea J, De Lucas P, Martínez J, et al. Normativa sobre disfunción muscular de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Guía SEPAR (2018).
- ATS/ERS. Am J Respir Crit Care Med. 2013;188:e13-64.
- McCarthy B. Cochrane Database Syst Rev. 2015.

MenigoBienprotegidos 4-2-1B: Seguimos con los adolescentes

> Dr. D. Borja Croché Santander

La enfermedad meningocócica invasiva (EMI) está producida por *N.meningitis*. Existen en la actualidad 12 serogrupos, de los cuales 6 son responsables de la práctica totalidad de los casos de EMI (A,B,C,W,Y,X). La distribución geográfica de cada serogrupo y el potencial epidémico es imprevisible, siendo por tanto variable la distribución de cada serogrupo según región geográfica y variable a su vez a lo largo del tiempo.

En España desde la temporada 2009-2010 el serogrupo predominante es el B, siendo responsable del 41% de casos en la temporada 2017-2018. Afecta a todas las edades, pero donde mayor carga de enfermedad produce es en lactantes y en menores de 5 años. Desde el año 2015, al igual que en otras regiones geográficas, se viene observando en España un incremento los casos producidos por el serogrupo W principalmente, y en menor medida por el Y.

La EMI cobra especial interés en la adolescencia por varios motivos. En primer lugar se observa a un repunte en las tasas de incidencia si lo comparamos con otros grupos etarios. Existe una mayor proporción de colonización alcanzando cifras del 25-30%. Hay comportamientos propios de los adolescentes que favorecen la colonización y la transmisión como son convivir en espacios cerrados, compartir alimentos, el tabaquismo, los besos o frecuentar lugares llenos de gente. Otra particularidad es que el diagnóstico

de la EMI suele ser más tardío dado que tardan más en consultar, consecuencia que puede derivar en un peor pronóstico de la enfermedad.

En la actualidad existen en España dos vacunas para la prevención de la EMI por el serogrupo B. A) Vacuna tetraantigénica (4CMenB, Bexsero), autorizada a partir de los dos meses edad. La pauta varía según la edad de comienzo, precisándose entre 4 y 2 dosis. En adolescentes permite una pauta flexible mediante la administración de 2 dosis separadas por al menos 1 mes. B) Vacuna biantigénica (fHbp, Trumenba), autorizada a partir de los 10 años con una pauta de 3 (0,1-2 Y 6 meses) o 2 dosis (0-6 meses).

La única vacuna frente a meningococo B con la que existe experiencia en calendarios de vacunación sistemáticos es con la vacuna CMenB(Bexero). En Reino Unido en septiembre de 2015 se incluyó en calendario con una pauta 2+1, a los 2, 4 y 12 meses de vida. Los resultados obtenidos tras 3 años del inicio del programa han demostrado una efectividad vacunal del 70% frente a todas las cepas de meningococo B, un 88% frente a las cepas vacunales y una reducción de la incidencia de 60% en lactantes. La vacuna también ha sido incluida en calendarios de vacunación de países como Italia, Andorra, Lituania y recientemente lo harán las CCAA de Castilla y León y Canarias. La vacuna CMenB(Bexero) también se ha empleado en el control de brotes de EMI por serogrupo B registrados en universidades de EEUU y en la región de Saquenay-Lac-Sant Jean (Quebec), donde se observó una reducción de la EMI por serogrupo B del 96% a los 4 años de implantación del programa.

Bibliografía recomendada:

- Bexsero. Ficha Técnica. Disponible en https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/bexsero-epar-product-information_es.pdf.
- Boletín epidemiológico semanal. Información de la enfermedad meningocócica en España. Informe final 2017-2018. En: Centro Nacional de Epidemiología [en línea]. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-boletines/fd-boletin-epidemiologico-semanal-red/pdf_2018/IS-181016-WEB.pdf

- Christensen H, May M, Bowen L, Hickman M, Trotter CL. Meningococcal carriage by age: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2010 Dec;10(12):853-61.
- Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Calendario de Vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría. Razones y bases de las recomendaciones 2019. AEP 2019 [en línea]. Disponible en: <https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/calvacae2019-razones-y-bases.pdf>
- Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Meningococo. Manual de vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; abr/2019. [consultado el 28/05/2019]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-30>
- INSPQ. Impact épidémiologique de la campagne de vaccination contre le méningocoque de séro-groupe B dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, en 2014 : rapport au 30 juin 2018 Disponible en https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2491_impact_vaccination_meningocoque_serogroupe_b.pdf
- Martín-Torres F, Safadi MAP, Martínez AC, Márquez PI, Torres JCT, Weckx LY, et al. Reduced schedules of 4CMenB vaccine in infants and catch-up series in children: Immunogenicity and safety results from a randomised open-label phase 3b trial. *Vaccine*. 2017;35:3548-57.
- Nolan T, Santolaya ME, de Looze F, Marshall H, Richmond P, Henein S, Rheault P et al. Antibody persistence and booster response in adolescents and young adults 4 and 7.5 years after immunization with 4CMenB vaccine. *Vaccine*. 2019 Feb 21;37(9):1209-1218.
- Parikh SR, Andrews NJ, Beebejaun K, Campbell H, Ribeiro S, Ward C et al. Effectiveness and impact of a reduced infant schedule of 4CMenB vaccine against group B meningococcal disease in England: a national observational cohort study *Lancet*. 2016 Dec 3;388(10061):2775-2782
- Thompson MJ, Ninis N, Perera R, Mayon-White R, Phillips C, Bailey L et al. Clinical recognition of meningococcal disease in children and adolescents. *Lancet*. 2006 Feb 4;367(9508):397-403.

- Trumemba. Ficha técnica. Disponible en https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/trumenba-epar-product-information_es.pdf
- Watson PS, Turner DP. Clinical experience with the meningococcal B vaccine, Bexsero®: Prospects for reducing the burden of meningococcal serogroup B disease. *Vaccine*. 2016 Feb 10;34(7):875-80.

Role Play: Casos clínicos en Hepatitis C. Importancia del médico de Familia en su detección.

> Dr. D. José Mancera Romero.

> Dr. D. Francisco Atienza Martín.

> Dra. D^a. Ana Cabrerizo Carbajal

A través de la presentación de tres casos clínicos que ejemplarizan algunas de las situaciones más habituales en las que el médico de atención primaria debe pensar en hepatitis por virus C (VHC), se plantea el papel que juega el médico de familia en la erradicación de esta enfermedad.

El primer caso hace referencia a la recepción de hemoderivados, tras accidente de tráfico, en un tiempo en que estos productos no se podían testar para hepatitis C por lo que existía un riesgo de contraer la infección por esta vía. Se resalta la importancia de tener en cuenta el factor edad ya que esta infección tiene una prevalencia más elevada en los mayores de 50 años y que la prevalencia estimada de infección por VHC en receptores de hemoderivados no seguros está entre el 5-15%. Asimismo, se pone énfasis en la importancia del diagnóstico en un solo paso mediante el cual si el Anti-VHC es positivo, se determina por protocolo a continuación el ARN-VHC para confirmar la infección, dado que entre un 15-25% de pacientes infectados aclaran espontáneamente el VHC. Si el ARN-VHC es positivo se puede determinar a posteriori el genotipo del virus y la carga viral. Tras el diagnóstico confirmado se debe proceder a la derivación a las unidades especializadas del paciente para su tratamiento dada la altísima eficacia de los tratamientos con antivirales directos y su buena tolerancia.

El segundo caso hace referencia al posible contagio profesional del personal sanitario en contacto con pacientes infectados por VHC, resaltando las manifestaciones extrahepáticas de esta enfermedad como diabetes que coexisten el 15% de los casos o depresión en el 25%. De nuevo se insiste en la importancia del diagnóstico en un solo paso y la derivación para tratamiento.

El tercer caso plantea la intervención proactiva del médico de familia sobre un colectivo con alto riesgo de infección por VHC como es el de consumidores de drogas inhaladas o inyectadas con tasas de prevalencia cercanas al 70%. En el caso presentado se trata de una persona en el programa de mantenimiento con metadona que hace que tenga un contacto regular con el sistema sanitario y, por tanto, pueda ser abordado proactivamente para la realización del diagnóstico de esta enfermedad.

Finalmente se resumen las funciones del médico de familia en el abordaje de esta enfermedad que son:

- Prevención primaria (evitar nuevos casos y reinfección)
- Diagnóstico precoz de los casos de infección por el VHC
- Evaluación clínica de la enfermedad hepática
- Seguimiento clínico de pacientes tratados y curados, y no tratados
- Proporcionar apoyo y cuidados antes, durante y después del tratamiento
- Prevención terciaria (disminuir riesgo de progresión de la fibrosis)

Terapéutica centrada en la persona con diabetes.

- > Dr. D. José Mancera Romero
- > Sra. D^a. M^a Carmen Montero Balosa

Los objetivos del tratamiento de la diabetes tipo 2 son prevenir o retrasar las complicaciones y mantener la calidad de vida. Esto requiere el control de la glucemia y el manejo de los demás factores de riesgo cardiovascular, un seguimiento regular y, fundamen-

talmente, un enfoque centrado en el paciente para mejorar sus actividades de autocuidado. En el proceso de personalizar los objetivos y las estrategias terapéuticas es necesario considerar cuidadosamente los factores y las preferencias de los pacientes.

El objetivo general del taller es actualizar los conocimientos sobre el abordaje global del paciente con diabetes mellitus, fomentando el uso adecuado de fármacos y las estrategias de prevención.

Al terminar el taller los alumnos serán capaces de:

Evaluar el riesgo cardiovascular global del paciente con diabetes, analizando los distintos factores de riesgo cardiovascular.

Conocer los criterios actualizados para el tratamiento de la hipertensión.

Establecer los criterios para el uso de hipolipemiantes.

Actualizar los criterios sobre la indicación de antiagregación.

Basándonos en la mejor evidencia científica disponible abordaremos el tratamiento global de la persona con diabetes. Tendremos particularmente en cuenta los criterios de fragilidad que modulan sobremanera la terapéutica farmacológica.

Basándonos en un caso clínico plantearemos las diversas opciones existentes para el abordaje integral de todos los factores de riesgo. Los alumnos tomarán parte activa en la resolución del caso y discutiremos sobre las mejores alternativas teniendo en cuenta el punto de vista del paciente.

Trastornos depresivos en Atención Primaria. ¡Pastillas y palabras!

- > Dr. D. José Ignacio Del Pino Montesinos
- > Dr. D. Francisco Campa Valera

Los pacientes con trastornos del estado de ánimo constituyen un grupo frecuente en las consultas de Atención Primaria de Salud (APS). La posición cercana e inmediata de este nivel del Sistema Sanitario en la comunidad permite una visión de estos trastornos de un modo específico y diferenciado. La labor de cincelado diagnóstico y terapéutico del médico de fa-

milia en este sentido permite asomarse a circunstancias señeras y especiales del paciente y su familia.

Existe un perfil patoplástico en APS donde lo somático puede ser superior a lo afectivo, con un espectro de morbilidad amplio y diverso, donde se incluyen lo enmascarado y lo equivalente. La labor de ayuda a los pacientes cuenta con la visión otros profesionales del Sistema Sanitario (Unidades de Salud Mental Comunitaria que incluyen Trabajo Social, Enfermería, Psicología y Psiquiatría) que permiten optimizar la atención que se presta.

Ambas visiones, las del primer y segundo nivel (con la colaboración del tercer nivel cuando es necesario) redundan de modo complementario y conjunto en la mejora de los resultados, siempre que se armonicen las claves de actuación.

La planificación terapéutica de estos pacientes —a veces graves, siempre complejos— incluye un enfoque personal diverso pero de vectores de fuerza alineados: el uso de elementos farmacológicos y técnicas psicoterapéuticas, aun entendiendo las heterogéneas condiciones estratégicas y cotidianas de los centros de salud. La combinación de estos elementos de modo armónico obliga a concluir que los pacientes habitualmente atendidos no deben tener un encaje sólo en el ámbito de la Salud Mental, sino que parte de una previa valoración general, donde además se detectan los aspectos psicosociales y patobiográficos más importantes.

Las actuaciones del Médico de Familia —en este caso del Médico del cabecera como figura de referencia del paciente— puede aportar apoyo, consejo y estabilidad a través de unas claves personales y comunicativas que se complementan con las del Psiquiatra y su perspectiva más intensa y específica.

Las palabras en la entrevista así se muestran como vehículo terapéutico de ayuda y sustento y en combinación con las pastillas. Dicho de otro modo, un buen tratamiento psicofarmacológico permite trabajar con el paciente, pero sin un buen acercamiento psicoterapéutico es difícil que la medicación sea efectiva y cumpla su objetivo.

La diada Médico de familia y Psiquiatra adquieren carácter sinérgico en su labor y objetivo comunes para prestar la máxima ayuda a nuestros pacientes.

Uso prudente de opioides

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

> **Sra. D^a. Carmen Beltrán Calvo**

Si el dolor es el síntoma más frecuente en Atención Primaria, el dolor crónico, sobre todo no oncológico, constituye un síndrome que se ha convertido en uno de los más habituales dentro de la mayoría de las especialidades sanitarias, debiendo recordar al dolor agudo como entidad que puede ser inicial y que debe ser abordada de forma adecuada para además prevenir la cronificación del mismo. Las causas más destacadas de la mayor incidencia de dolor crónico no oncológico son el aumento de la esperanza de vida y la mejora de los medios diagnósticos y terapéuticos, ya que han contribuido en la perpetuación de muchos procesos de salud en los que el dolor es participe y a veces protagonista principal. Por ello, el uso de medicaciones para el dolor, dentro de la frecuente polimedicación de los enfermos con patologías crónicas, especialmente ancianos, ha ido en aumento. Dentro del arsenal terapéutico con fines analgésicos, encontramos un grupo de medicamentos llamados opioides, cuyos beneficios pueden ser considerables siempre y cuando se cumpla la correcta indicación y un uso adecuado (racional) del mismo, que incluye la detección precoz de secundarismos, sobredosificación o intoxicación, además de la adicción puesto que constituye un problema social importante en auge en los últimos años. Por lo tanto, para un profesional sanitario, resulta indispensable manejar de forma segura los opiáceos, conociendo sus indicaciones, contraindicaciones, efectos adversos e interacciones para una monitorización de los efectos de estos fármacos que permita en cada paciente conocer la respuesta idiosincrática a este tipo de analgésicos y sea posible el mejor resultado terapéutico: conseguir la mejor calidad de vida de vida posible para cada persona enferma.

Mesas

La fisioterapia en el centro de salud

> Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruiz

> Sr. D. Juan Manuel Nieblas Silva

> Sra. D^a. Catalina García Carrasco

Los médicos de familia y los fisioterapeutas trabajamos en el mismo entorno físico (el centro de salud) y virtual (el equipo de salud), esta realidad debiera ser suficiente para que la relación entre ambos grupos de profesionales fuera fluida y bidireccional.

El día a día nos muestra que la teoría dista mucho de parecerse a la práctica, los médicos estamos aislados en nuestras consultas, desconocemos el trabajo de los fisioterapeutas, y lo que es peor desconocemos lo que nuestro propio mapa de competencias indica que debemos saber en relación con la medicina física que es el instrumento de trabajo natural de los fisioterapeutas y desconocemos en gran medida las distintas técnicas y modalidades de tratamientos físicos y las evidencias que algunas de las técnicas usadas en fisioterapia aportan a muchas de las patologías más prevalentes que atendemos en nuestras consultas.

Mejorando la gestión del paciente crónico y complejo en tu consulta de Atención Primaria

> Dr. D. Antonio Hormigo Pozo

> Dr. D. Antonio José Fernández Romero

El desarrollo de la pirámide poblacional en nuestro país está produciendo un perfil de persona con diabetes que presenta una serie de características especiales:

- Edad avanzada
- Fragilidad
- Presencia de comorbilidades
- Necesidad de consumo de fármacos
- Posibilidad de interacciones farmacológicas

- Efectos secundarios de los fármacos.

Estas circunstancias unido a la asistencia de Atención Primaria con sus especiales condiciones: tiempo limitado (en muchos casos 5-6 minutos por paciente), manejo de incertidumbre, polifarmacia del paciente, condiciones clínicas del paciente, filtrado glomerular, etc... producen un abordaje específico de estos pacientes.

Elegir la familia de fármacos que conjuguen estas características y eviten el desarrollo de secundarismos a la hora de tratar a estos pacientes deben ser los pilares que determinen la elección.

Los iDPP-4 y dentro de los mismos la Sitagliptina conjugan todas estas características lo que ha determinado la recomendación de su uso en distintas guías nacionales e internacionales (Consenso del paciente anciano diabético, Tratamiento de la diabetes en pacientes con insuficiencia renal, abordaje según condicionamientos clínicos de la redGDPS, Guía de endocrinos clínicos americanos, Asociación americana de diabetes,etc.) ya que unida a su eficacia clínica en disminución de la HbA1c, aúnan buen perfil de seguridad, de interacciones farmacológicas, la posibilidad de uso en poblaciones especiales, ausencia de producción de hipoglucemias, uso en ancianos y en el caso de Sitagliptina además presentan estudios que contribuyen a demostrarlo. Los estudios Composit M, I y R permitirán demostrar las últimas evidencias de sitagliptina y su uso en este tipo de personas con diabetes.

Toma el control cuanto antes. En protección cardiovascular en diabetes y en el manejo del paciente asmático

> Dr. D. Manuel Almendro Delia

> Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza

El conocimiento de las implicaciones pronósticas de la diabetes mellitus (DM) en el ámbito de la enfermedad cardiovascular (ECV) y los avances terapéuticos han mejorado la esperanza de vida de estos pacientes. La principal causa de morbilidad del paciente diabético es la ECV, por lo que actualmente el manejo global de la diabetes debe incluir además del

control glucémico, un abordaje integral de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y una corrección duradera de los estilos de vida, que deben iniciarse lo antes posible debido a la naturaleza progresiva de la afectación macrovascular en la diabetes.

Cuando se diagnostica la presencia de diabetes tipo 2 en un paciente, en la mayoría de ocasiones ya se ha iniciado el proceso que conduce a la aparición futura de ECV. En este sentido es crucial detener el inicio de la DM mediante medidas enfocadas en la prevención primaria en particular, en las personas con múltiples FRCV modificables. Tan importante como prevenir la aparición de DM, resulta la prevención del desarrollo de complicaciones cardiovasculares en aquellos sujetos en los que ya se ha diagnosticado la DM, pero que aún no muestran indicios de afectación CV.

Es en este terreno de la prevención primaria donde el especialista en Atención Primaria juega un papel fundamental. La insuficiencia cardiaca (IC) se considera actualmente la epidemia del siglo XXI junto a la obesidad. Después de la arteriopatía periférica, la IC es la forma de presentación más frecuente de la ECV en el paciente diabético. Recientemente nuevas evidencias científicas han demostrado que junto al despistaje precoz de IC en el paciente diabético asintomático mediante el uso de péptidos natriuréticos, los fármacos glucosúricos de la familia de los inhibidores SGLT2, en especial Dapagliflozina, reducen de forma significativa la aparición de esta complicación cardiovascular en la población diabética en prevención primaria. Estos hallazgos han causado un gran impacto en la comunidad científica ya que la IC se asocia a una alta morbilidad y mortalidad una vez que se manifiesta clínicamente en el paciente con diabetes.

Los hallazgos anteriormente expuestos, han motivado que la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición hayan incluido en la actualización de 2019 del documento sobre abordaje integral de la DM tipo 2 recomendaciones sobre la detección sistemática de complicaciones como la IC así como una aproximación terapéutica basada en el perfil de riesgo, en la que Dapagliflozina se posiciona como fármaco de elección (evidencia A) para la prevención primaria de aparición de IC en pacientes con diabetes tipo 2 con presencia de múltiples FRCV.

Comunicaciones

Orales Médico de Familia

414/20. Protocolo para el manejo inicial del politraumatismo en edad pediátrica

Autores:

R. Sánchez Rodríguez¹, G. Gonzalez Chamoso², A. Rodríguez Forero³, M. Ruz Cabello⁴, M. Ramblado Mineiro⁵, Y. Puntas Robleda⁶.

Centro de Trabajo:

¹Quirón prevención. Diplomado Universitario de Enfermería. Palma de Mallorca., ²Enfermero de Urgencias. Hospital Son Espases. Palma de Mallorca., ³Enfermero Dispositivo de Apoyo. UGC Calañas. Huelva., ⁴Enfermera Unidad 3.3. Hospital Juan Ramon Jimenez de Huelva., ⁵Médico del Trabajo. Centro de Prevención de Riesgos Laborales de Huelva. Junta de Andalucía., ⁶Enfermera del Trabajo. Sevilla.

Introducción (incluyendo objetivos)

Diseñar un protocolo de actuación para un Equipo de Emergencias Sanitarias compuesto por una enfermera y uno o dos TES que acuden a un accidente automovilístico de gran magnitud con población pediátrica implicada.

Material y métodos

Se elabora un protocolo en el que se explican paso a paso las medidas y cuidados que deben prestarse a un paciente en edad pediátrica que ha sufrido politraumatismos a consecuencia de un accidente de tráfico. Para ello, nos basaremos en el Decálogo de Atención Prehospitalaria(9), que consta de diez fases: alerta, alarma, aproximación, control/aislamiento, clasificación, soporte vital básico y avanzado, estabilización, transporte, transferencia y reactivación.

Resultados

Las diferencias anatomofisiológicas del niño respecto a las del adulto condicionan las maniobras e intervenciones que se realizarán, en función de los pro-

blemas que se vayan detectando en cada fase de la Valoración Primaria.

Conclusiones

Lograr la excelencia en la calidad de los cuidados prestados a nuestros pacientes debe ser una prioridad. Los sistemas de atención prehospitalaria y su estructuración van evolucionando con el paso del tiempo, y tanto las guías de práctica clínica como los protocolos deben adaptarse a dichos cambios. Cada vez es más frecuente la existencia de equipos sanitarios compuestos por Enfermera y TES, o incluso TES sin presencia de médico ni enfermera, y en ocasiones éstos son llamados a atender situaciones para las cuales no tienen recursos suficientes para afrontarlas. Se debe tener en cuenta que el trato que se debe proporcionar al paciente en edad pediátrica tanto por las diferencias anatomofisiológicas como por sus peculiares condiciones psicoafectivas, ha de ser diferente a la del adulto, de ahí la utilidad de protocolos específicos si existen pacientes en edad pediátrica implicados en estas situaciones.

Palabra Clave

Politraumatismo pediátrico, Enfermería, Atención inicial al politraumatismo.

414/22. Enfermedades osteomusculares en un colectivo de trabajadores de medio ambiente

Autores:

Y. Puntas Robleda¹, R. Sánchez Rodríguez², A. Rodríguez Forero³, G. González Chamoso⁴, M. Ruz Cabello⁵, M. Ramblado Minero⁶.

Centro de Trabajo:

¹Enfermera del Trabajo. Sevilla., ²Quirón prevención. Diplomado Universitario de Enfermería. Palma de Mallorca., ³Enfermero Dispositivo de Apoyo. UGC Calañas. Huelva., ⁴Enfermero de Urgencias. Hospital San Espases . Palma de Mallorca., ⁵Enfermera Unidad 3.3. Hospital Juan Ramon Jimenez de Huelva., ⁶Médico del Trabajo. Centro de Prevención de Riesgos Laborales de Huelva. Junta de Andalucía.

Introducción (incluyendo objetivos)

Clásicamente la vigilancia de la salud de los agentes forestales se realiza en función de riesgos

químicos, físicos: fundamentalmente exposición solar, biológicos, y ergonómicos. Nuestro objetivo fue estudiar la prevalencia de alteraciones del aparato locomotor presentes en los reconocimientos médicos de los agentes forestales de una Delegación de Medio Ambiente, con el fin de relacionarlos con los riesgos de sus puestos de trabajo e instaurar medidas preventivas.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal del resultado de los reconocimientos médicos laborales realizados a los agentes forestales de una Delegación de Medio ambiente durante los meses de Abril a Mayo del 2018. Se valoró a partir de los datos recogidos en la historia clínica laboral en servidor WINDMEDTRA la edad, el sexo y la existencia de hernia discal, de lumbalgias y otras alteraciones/enfermedades traumatológicas. El estudio de las variables se realizó con Rcomander mediante media y sd para variables cuantitativas y distribuciones de frecuencias en el caso de cualitativas

Resultados

Se realizan RML a 43 agentes forestales, con edades comprendidas entre los 32 y los 62 años (Media 49,6 años sd 7,525/) de los cuales 5 son mujeres. Se detectaron en 5 de ellos presentaban hernia discal (11,63%), presentaban lumbalgias 11 (25,83%) y existiendo las siguientes patologías y alteraciones: no presentan lesiones 20 (46,51 %) y las patologías más repetidas son dismetría pélvica 5 (11,63%), Epi-condilitis 3 (6,98%), Escoliosis 2 (4,63%), y protusión discal 4 (9,30%). Un caso de AR y otro de luxación recidivante de hombro.

Conclusiones

En nuestros resultados los agentes forestales presentan alteraciones del aparato locomotor, que podrían agravarse por la exposición a riesgos presentes en el puesto de trabajo: conducción en caminos rurales, bipedestación con deambulación en terrenos irregulares....que deben ser detectadas en las consultas de empresa y del médico de atención primaria, con

el fin de evitar daños a la salud derivados del trabajo instaurando medidas preventivas adecuadas a los nuevos riesgos y vigilando la sospecha de nuevas enfermedades profesionales en este colectivo en función de los mismos.

Palabras clave: lesiones osteomusculares. Ocupacional. Profesional.

414/35. Control metabólico en diabéticos tipo 2 en una consulta de atención primaria

Autores:

M. López Mesa¹, T. López Parra², M. Eyaralar Arguilles³, M. Cabello Bornes⁴.

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud El Pósito. Arcos de la Frontera. Cádiz., ²Enfermera. Hospital del Valme. Sevilla., ³Enfermera. Centro de Salud El Pósito. Arcos de la Frontera. Cádiz., ⁴Enfermero. Centro de Salud El Pósito. Arcos de la Frontera. Cádiz.

Introducción (incluyendo objetivos)

Analizar el grado de control metabólico (HbA1c) en pacientes diabéticos tipo 2 durante los años 2016, 2017 y 2018. Comparar dicho control entre pacientes con y sin enfermedad renal diabética (FG < 60 ó proteinuria > 300) y con o sin enfermedad cardiovascular asociada. Valorar el número de antidiabéticos orales en cada paciente, solos o conjuntamente con insulina.

Material y métodos

Estudio descriptivo longitudinal que recoge los siguientes datos durante los años 2016, 2017 y 2018: edad, sexo, HbA1c, índice albúmina/creatinina, filtrado glomerular estimados por la fórmula CKD-EPI, tratamiento antidiabético oral, insulina (sí/no), tratamiento con IECA/ARAII (sí/no) y años de diagnóstico de la diabetes. Asimismo AP de cardiopatía isquémica, ictus o enfermedad arterial periférica. Se incluyen 125 pacientes de un total de 857 mayores de 40 años (listado de pacientes incluidos en el proceso de diabetes) de un cupo de AP de la población de Arcos de la Frontera (Cádiz).

Resultados

Prevalencia: 14,6%. El 77,6% son mayores de 60 años. El 74% tienen el diagnóstico establecido hace 6 años o más. El 73% toman IECA/ARAII. Hemoglobina glicada inferior a 7 : el 49,2%, 48,4% y 53,6% respectivamente los años 2016, 2017 y 2018.

Filtrado glomerular estimado superior a 60: el 71,4%, 71,4% y 68,8% respectivamente los años 2016, 2017 y 2018. Índice albúmina/creatinina <30: el 57,9%, 61,9 y 40% respectivamente.

Medicación: 5 pacientes con dieta, 42 con solo un medicamento, 42 con dos, 31 con tres medicamentos y 5 pacientes con 4 medicamentos.

40 pacientes presentan enfermedad renal diabética o son pacientes de muy alto riesgo por presentar enfermedad cardiovascular. El grado de control metabólico en estos pacientes (Hb-A1c <8) en el año 2018 es del 77,5 %

También hemos comparado el control metabólico en pacientes con y sin ERD.

Conclusiones

Hemos realizado un autoevaluación sobre el grado de control metabólico en pacientes diabéticos. Les presentamos una fotografía descriptiva. Consideramos un buen control metabólico, aunque siempre puede ser memorable.

A destacar muy pocos episodios de hipoglucemias recogidos en la historia clínica de cada paciente.

414/46. Disfagia, una comorbilidad muy actual

Autores:

M. Martínez Túnez¹, A. Cabrerizo Carvajal², F. Sánchez Lara³.

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud Armilla., ²Médico de Atención Primaria. Centro de Salud de Armilla. Granada., ³Técnico en Emergencias Sanitarias. Centro de Salud Armilla. Granada.

Introducción (incluyendo objetivos)

La disfagia es la dificultad que existe para tragar provocada por una alteración anatómica/ funcional de las estructuras deglutorias. El aumento de la esperanza de vida ha constituido al aumento de su incidencia. La broncoaspiración es su principal complicación, siendo la principal causa de muerte en el anciano con disfagia. La malnutrición y la deshidratación constituyen otras complicaciones.

Objetivo. Conocer las características de los pacientes afectados de disfagia

Material y métodos

Población: pacientes diagnosticados de disfagia de la Unidad Clínica de Armilla. La muestra fue de 52 pacientes. Se excluyó pacientes diagnosticados de cáncer.

Método: estudio descriptivo observacional de corte transversal en los meses de Septiembre 2017 a Febrero 2018.

Variables: edad, sexo, enfermedad de base, situación social, ingresos por broncoaspiración en el periodo de estudio

Resultados

El 57,7% son mujeres frente al 42,3% hombres. La edad media fue de 77 años. Había una enfermedad predominante en los pacientes con disfagia, el Alzheimer en estadio severo (48 %), pero también destacaban otras enfermedades: ACV (28,8%), Parkinson (9,6%), Parálisis cerebral (9,6%) y ELA (3,8%). El 55,7% de los pacientes de la muestra vivían con sus familiares y el 44,2% eran pacientes institucionalizados. El 25% de los pacientes ingresaron en el hospital con diagnóstico de neumonía por broncoaspiración. De éstos el 38,5% correspondió al porcentaje de pacientes que vivían en sus hogares

Conclusiones

Es esencial realizar una buena identificación de los pacientes con disfagia, así como promover desde Atención Primaria la realización de actividades de prevención y promoción junto con estrategias para solventar las complicaciones que se puedan suceder. El aumento progresivo de la incidencia de disfagia viene acompañado de una disminución de la calidad de vida y un aumento del gasto sanitario.

414/53. Características de los trabajos científicos presentados al 13º Congreso SEMERGEN Andalucía 2018

Autores:

J. Mancera Romero¹, F. Atienza Martín², M. Sánchez Pérez³.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga, ²Centro Médico Psicosomático. Sevilla., ³Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín Málaga.

Introducción (incluyendo objetivos)

Analizar algunas características de los trabajos científicos presentados en el 13º Congreso SEMERGEN Andalucía 2018.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Atención Primaria.

Variables: 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 el Comité Científico del Congreso.

Fuente de datos: Revista Andaluza de Atención Primaria (volumen 7). Disponible en: <http://www.semergenandalucia.org/index.php?p=formacion&sec=revista>

Análisis estadístico: medidas de frecuencia y asociación.

Resultados

Se presentaron 208 trabajos.

Los médicos de familia presentaron 107 (51,4%) trabajos.

Por tipo de trabajo, 170 (81,7 %) fueron casos clínicos, 31 (14,9 %) comunicaciones y 7 (3,4 %) proyectos de investigación.

El origen fue 184 (88,5 %) de centros de salud, 18 (7,7 %) de urgencia y 8 (3,8 %) de hospital.

Por provincias Málaga presentó 72 (34,6 %) trabajos, Granada 30 (14,4 %), Córdoba (13,9 %), Sevilla 28 (13,5 %), Almería 22 (10,6 %), Jaén 8,7 %), Huelva 5 (2,4 %) y Córdoba 4 (1,9 %).

Los médicos de familia presentaron más comunicaciones que los residentes (22 frente a 9).

Los médicos de familia de Huelva y los residentes de Córdoba y de Sevilla no presentaron ningún trabajo.

Los profesionales de Almería, Córdoba, Huelva y Jaén no presentaron comunicaciones o proyectos de investigación.

Conclusiones

Los médicos de familia y los residentes presentaron similar número de trabajos.

La mayoría de los trabajos presentados fueron casos clínicos.

Apreciables diferencias por provincias.

414/54. Evolución de los trabajos presentados en los congresos SEMERGEN Andalucía (años 2012-2018)

Autores:

J. Mancera Romero¹, F. Atienza Martín², M. Sánchez Pérez³.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga, ²Centro Médico Psicosomático. Sevilla., ³Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín Málaga.

Introducción (incluyendo objetivos)

Analizar algunas características de los trabajos científicos presentados a los congresos SEMERGEN Andalucía (años 2012-2018).

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Atención Primaria.

Variables: congreso, 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 (volumenes 1 al 7). 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 856 trabajos (45 en Úbeda, 43 en Sevilla, 62 en Torremolinos, 167 en Isla Antilla, 149 en Chiclana de la Frontera, 182 en Almería y 208 Fuengirola).

Los residentes presentaron 570 trabajos (67 %).

557 fueron casos clínicos (65 %), 238 comunicaciones (28 %) y 61 proyectos de investigación (7 %).

La mayoría de los trabajos, 781 (91 %) procedían de los centros de salud, 32 (4 %) de urgencia, 25 (3%) de hospital.

Por provincias Málaga presentó 292 trabajos (34 %), Cádiz 118 (14 %), Huelva 100 (12 %), Granada 93 (11 %), Jaén 678 (9 %), Sevilla 73 (68 %), Almería 47 (5 %), Córdoba 38 (4 %) Almería 47 (5 %) y de fuera de Andalucía 17 (2 %).

En todos los congresos, menos en Sevilla y Fuengirola, los residentes presentaron más trabajos que los médicos de familia (570-278).

Los médicos de familia presentaron más comunicaciones y proyectos (194-70 %) que los residentes (97-17 %) con un valor de $p < 0,001$.

Córdoba fue la provincia con mayor porcentaje de trabajos presentados por los residentes (84 %), seguida de Málaga (79 %) y Sevilla (27 %) la que menos.

Huelva fue la provincia con mayor porcentaje de comunicaciones y proyectos presentados (59 %), seguida por Sevilla (49 %) y Almería (19 %) 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.

414/71. Acoso escolar en adolescentes y factores relacionados en centros de educación secundaria en Moguer.

Autores:

N. Trujillo Díaz¹, M. Delgado Moya¹, C. Domínguez Rite².

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. Hospital de Río Tinto. Huelva.,

²Médico de familia Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital de Riotinto. Huelva.

Introducción (incluyendo objetivos)

El acoso escolar actualmente es un problema social, de salud física y mental. Es uno de los motivos de absentismo escolar, depresión, alteraciones psicológicas y de inclusión de hábitos tóxicos en un futuro de los adolescentes afectados.

Existe un consenso general entre los investigadores de que "bullying" o acoso escolar es definido como agresión verbal, física o psicológica repetida en el tiempo que puede causar perjuicio o sufrimiento en las víctimas que no pueden defenderse por sí solas.

- Determinar la prevalencia de acoso escolar.
- Determinar la prevalencia de distintos tipos de intimidación (física, verbal, psicológica).
- Describir la frecuencia de alumnos que son intimidados y los que son agresores.
- Determinar si hay diferencias según género.
- Describir la relación con la edad, sexo y país de procedencia.

Material y métodos

Diseño del estudio: Observacional descriptivo.

Población de estudio: Población escolarizada en los dos centros de educación secundaria de Moguer. n= 492

Variables:

- Sexo: variable cualitativa dicotómica (mujer u hombre).
- Edad: variable cuantitativa continua; medida en años.
- Curso: 1º a 4º E.S.O.
- Nacionalidad: Española, y otros 9 países diferentes.

Cuestionario agresores/víctimas Olweus: Consiste en 38 preguntas para medir los problemas en relación con agredir/ser agredido en los últimos dos meses.

Resultados

Los alumnos de nacionalidad española tienen más buenos amigos en el colegio que los alumnos de otros países. $p=0,019$

Al 24% de los alumnos de países extranjeros alguna vez han sido insultados con comentarios acerca de su raza o color respecto a una minoría española. $p<0,001$.

La mayoría de los alumnos extranjeros refieren que los profesores casi nunca tratan de detener cuando un alumno está siendo intimidado. $p<0,001$.

La mayoría de alumnos extranjeros creen que los profesores hacen poco o nada por disminuir el acoso escolar. $p=0,017$.

Los alumnos extranjeros tienen tendencia a golpear o dar patadas a compañeros. $p<0,001$

Conclusiones

El acoso escolar en todos sus tipos está presente en los centros de educación secundaria de Moguer.

Un 25% (123 alumnos) se ha sentido intimidado en los últimos dos meses.

Casi el 50% de los alumnos tiene o ha sentido alguna vez miedo a sufrir acoso escolar.

Solo una minoría de los alumnos actúa para detener el acoso escolar.

Hay ciertas tendencias según el sexo hacia el acoso escolar.

414/75. Conocimiento de nuevas formas de consumo y hábitos tabáquicos del profesional sanitario de un área de salud

Autores:

S. Martínez Cabezas¹, D. Vargas Ortega², M. Puga Romero³, M. Romero Oleda⁴.

Centro de Trabajo:

¹Facultativo Especialista de Área en Neumología. Hospital de Alta Resolución El Toyo. Almería., ²Facultativo Especialista de Área en la Unidad de Hospitalización el Toyo., ³Diplomado Universitario de Enfermería., ⁴Diplomado Universitario en Nutrición.

Introducción (incluyendo objetivos)

Las nuevas fórmulas de consumo de tabaco generan dudas sobre el impacto de la salud en la población general, dichas dudas son trasladadas al profesional sanitario, el objetivo de este trabajo es conocer el hábito tabáquico de nuestros profesionales, así como aproximarnos al conocimiento inicial que tienen sobre nuevas formas de consumo del mismo.

Material y métodos

Se han realizado un estudio Descriptivo prospectivo transversal, mediante una encuesta realizada a 100 profesionales de la Salud del Área de Almería correspondiente a la zona de influencia del Hospital de Alta Resolución el Toyo. Análisis Estadístico SPSS 10.00

Resultados

De los 100 profesionales encuestados la edad media es de 46,34 años, siendo el 69% mujeres y 31% varones. De los cuales el 44,82% son fumadores activos el 48,27% no fumadores y el 6,89% ex.fumadores. De los fumadores el 100% consumen cigarrillos tradicionales, no utilizando otras formas de consumo de tabaco. Respecto al conocimiento sobre el cigarrillo electrónico el 79,30 % lo conocen y las consecuencias respecto al impacto de salud, pudiendo argumentar y solventar dudas a sus pacientes. Respecto al IQOS sólo lo conocen el 27,58%, presentando deficiencias claras respecto a su impacto en salud cómo argumentarios respecto al consejo poblacional.

Si analizamos por género existen diferencias significativas entre mujeres y hombres, de hecho entre las mujeres existe mayor proporción de fumadoras activas 45% respecto al 33% de los varones y también encontramos diferencias entre el conocimiento sobre los nuevos hábitos tabáquicos, entre las profesionales encontramos mayor desconocimiento del IQSO de forma significativa 85%, respecto al 63% de los varones.

Conclusiones

1º El alto porcentaje de profesionales sanitarios que a pesar de conocer el impacto en salud que supone el hábito tabáquico, lo consumen.

2º En los profesionales sanitarios se observa el mismo fenómeno que en los estudios poblacionales en el sentido que las mujeres superan a los hombres en el consumo.

3º Existe un desconocimiento por parte del profesional sanitario de nuevas formas de consumo de tabaco aceptadas socialmente.

4º Es necesaria formación en este sentido para dar respuesta adecuada a las necesidades de información de la población y recomendaciones adecuadas

414/99. Percepción sobre conocimientos en vacunas para adultos, en profesionales de atención primaria

Autores:

A. Palma Amaro¹, M. Perez Lozano², A. Cayuela Dominguez², M. Rodriguez Domínguez³, C. Escassi Perez⁴, B. Serrano Sanchez⁵.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Equipo Básico de Atención Primaria Unidad de Gestión Clínica los Montecillos. Dos Hermanas. Área de Gestión Sanitaria Sevilla Sur., ²Médico de Unidad de Preventiva y Salud Pública de Hospital Virgen de Valme Sevilla., ³Médico de Equipo Básico de Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica Los Montecillos Dos Hermanas. Sevilla., ⁴Médico de Unidad Preventiva y Salud Pública Hospital de Valme Sevilla., ⁵Enfermera de Unidad de Gestión Clínica Los Montecillos. Dos Hermanas. Sevilla.

Introducción (incluyendo objetivos)

El beneficio potencial de las vacunas en población adulta es importante. El profesional sanitario desempeña un papel clave.

Objetivo: Conocer la percepción de médicos y enfermeras de primaria sobre sus conocimientos en vacunas y analizar factores que pueden influir en esa percepción. Objetivo secundario conocer la cobertura vacunal de los profesionales

Material y métodos

Diseño: observacional descriptivo transversal mediante encuesta anónima auto administrada en papel.

Emplazamiento: Atención Primaria de un Área de Gestión Integrada de Sevilla.

Participantes: Se realizó una selección aleatoria de 169 profesionales. Se excluyeron los profesionales que no tenían un contrato estable y los profesionales que participaron en el estudio.

Variables: Dependiente: Percepción sobre conocimientos en vacunas. Independientes: categoría profesional, sexo, edad, tener hijos, vivir con crónicos, información que reciben los profesionales sobre distintos aspectos de las vacunas. También se hicieron distintas preguntas sobre conocimientos, vacunación del propio profesional y recomendación de las vacunas

Resultados

Tasa de respuesta 80,4%. Respondieron 136 profesionales (53,5% mujeres). Un 72,1% consideraron tener los conocimientos suficientes. La percepción positiva sobre los propios conocimientos se vio influida por la categoría profesional (80,3% enfermeras vs 61,7% médicos, $p < 0.05$), también influyó con $p < 0,05$ responder afirmativamente a: Recibir información actualizada sobre indicaciones de las vacunas, Recibir información sobre seguridad de vacunas, considerar que la información es fácilmente aplicable a los escenarios clínicos habituales, Considerar que la adherencia a las recomendaciones de vacunación establecidas por las autoridades sanitarias es de gran importancia para la salud de la población, Saber a quién consultar en caso de dudas, Conocer el circuito asistencial. No influyó en la percepción de conoci-

mientos ni el sexo, ni la edad ni los años trabajados. En cuanto a la cobertura vacunal sólo reconocieron vacunarse habitualmente el 49% de los profesionales, pero el 90,4% recomendó la vacuna de la gripe (este porcentaje disminuyó al 81,6% en recomendación de la vacuna frente a neumococo).

Conclusiones

La mayoría de los profesionales encuestados consideran tener los conocimientos necesarios respecto a vacunas. La categoría profesional y la información institucional influyen en dicha percepción.

414/112. Referente en Cardiología: una forma de mejorar la gestión

Autores:

Ó. Masía Perpiña¹, I. Cosano Prieto², A. Fernández Romero³, A. Arce Carballo⁴, M. Díaz Rivera⁴, M. Manjón Collado⁵.

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud de Brenes. Sevilla., ²Médico de Familia y Directora de Unidad de Gestión Clínica La Rinconada. Sevilla., ³Médico Cardiólogo Hospital Virgen Macarena. Sevilla., ⁴Médico de Familia Centro de Salud Brenes. Sevilla., ⁵Médico de Familia Centro de Salud El Mirador San José de la Rinconada. Sevilla.

Introducción (incluyendo objetivos)

Una de las dimensiones de la calidad es la continuidad asistencial y en este sentido la figura del referente en una especialidad es una figura emergente que se está incorporando a nuestros centros de salud. Nuestro objetivo es conocer si con la incorporación del referente mejora la resolución de la atención primaria.

Material y métodos

Se analiza la intervención que supone la figura del referente en cardiología. En noviembre de 2017, se seleccionó el referente de cardiología y se designó una coordinadora del proyecto en la UGC La Rinconada, estos dos profesionales elaboraron el documento de acuerdo que daba soporte a la consultoría. El proyecto, que incluía sesiones de formación y revisión de casos conjuntas y periódicas, circuitos de comunica-

ción efectiva entre todos los médicos de familia de la Unidad y el cardiólogo de referencia (correo, teléfono y fax corporativo). Medimos las derivaciones antes y después de la intervención.

Resultados

Tras la designación del referente en el año 2018 se realizaron 12 sesiones de formación durante el año, además de una difusión a todos los médicos de familia del teléfono de contacto y el email del referente. Los resultados fueron un descenso de las derivaciones que pasaron de 526 en 2017 a 500 en 2018 lo que supone una disminución del 5,20%. El medio más utilizado para la realización de las consultas fue el correo electrónico.

Conclusiones

La figura del referente de una especialidad y un programa adecuado de formación continuada suponen una mejora en la eficiencia de los servicios de Atención Primaria y mejoran la coordinación a través de una adecuada relación entre los diferentes niveles asistenciales.

414/149. “Estamos en buena edad”, una estrategia de promoción de la salud para personas mayores

Autores:

I. Cosano Prieto¹, C. Cerero Carrasco², M. Calvete Rial³, B. López Maíllo⁴, M. Castelló Corvillo⁵, J. Hernández García⁵.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia y Directora de Unidad de Gestión Clínica La Rinconada. Sevilla., ²Trabajadora Social. Unidad de Gestión Clínica La Rinconada. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla., ³Trabajadora Social. Unidad de Gestión Clínica La Rinconada. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla., ⁴Médico Residente 1º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica La Rinconada. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla., ⁵Médico Residente 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica La Rinconada. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla.

Introducción (incluyendo objetivos)

Envejecer de forma saludable implica mantener una vida activa, adquirir buenos hábitos y cuidar nuestra salud. La promoción de la salud en la comunidad es una de las funciones de los especialistas de medicina de familia. La UGC Rinconada diseñó y desarrolló en el Centro de Participación Activa de la localidad el taller “Estamos en buena edad”, con el objetivo de promover estilos de vida saludable que mejoren el bienestar y la calidad de vida de nuestros mayores, a la vez que mejoramos la formación de los residentes de medicina de familia en las actividades comunitarias.

Material y métodos

Se impartieron 3 talleres de 2 horas, con frecuencia semanal, con metodología dinámica y participativa y los siguientes contenidos:

- + Cuidados de la Salud
- + Alimentación Saludable
- + Seguridad en el Domicilio y en el entorno

Se difundió durante los talleres la plataforma digital de la Consejería de Salud y Familias “En buena edad”.

Tras cada taller los participantes realizaban una caminata colectiva, para fomentar la actividad física en grupo.

Resultados

Los 6 residentes de la UGC fueron los docentes de los talleres.

Participaron 58 personas, entre 34 y 90 años, 51 fueron mujeres y 7 hombres. El 90% asistió a los tres talleres.

41 participantes respondieron a la encuesta de satisfacción y de ellos el 83% dio la máxima puntuación en satisfacción global; el 100% recomendaría el taller a sus conocidos y más del 92,7% considera que los docentes expusieron los temas de forma clara y consiguieron despertar su interés por los temas expuestos. El 100% está interesado en realizar otros talleres sobre hábitos de vida saludable.

Los residentes han manifestado su interés en participar en el diseño y ejecución de todas las actividades que realizamos en la Comunidad.

Conclusiones

- El modelo de sesiones participativas aumenta la motivación individual y la capacidad para “aprender haciendo” y consigue mantener el interés de los participantes.
- La participación de los residentes como responsables de la actividad mejora su conocimiento y su interés por las estrategias de promoción de la salud en la comunidad.
- Es necesario mantener este modelo, para mejorar el autocuidado y la autonomía de las personas mayores de nuestra Comunidad.

414/179. Coexistencia de obesidad y enfermedad renal en el estudio IBERICAN

Autores:

L. Ginel Mendoza¹, J. Acevedo Vázquez², C. Gómez Montes³, O. Mahmoud Atoui⁴, C. Murillo Jelsbak⁵, L. García Matarín⁶.

Centro de Trabajo:

¹Médico Adjunto. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga., ²Médico de Familia. Centro de Salud Ginés. Sevilla, ³Centro de Salud. Estepona., ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre. León, ⁵Médico de Familia. Centro de Salud Miguel Servet. Madrid, ⁶Médico de Familia. Centro de Salud El Parador. Almería.

Introducción (incluyendo objetivos)

Los objetivos generales del estudio IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares. El objetivo del presente trabajo es analizar la presencia de enfermedad renal en los pacientes obesos.

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. Actualmente el tamaño muestral es de 7.121 pacientes, alcanzando el tamaño

muestral objetivo, que serán seguidos durante al menos 5 años. Se definió la obesidad como la presencia de un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m². Se definió enfermedad renal a través de la estimación del filtrado glomerular (FG) por la fórmula CKD-EPI, si era <60 ml/min; también se calculó la albuminuria a través del cociente albúmina/creatinina en orina.

Resultados

La edad media de los sujetos incluidos es $57,8 \pm 14,7$ años, el 54,2% son mujeres. La prevalencia de obesidad es del 35,8% y de obesidad abdominal del 55,6%. Los pacientes con obesidad eran de mayor edad ($60,4 \pm 13,2$ años vs $56,4 \pm 15,4$ años, $p < 0,001$) y con menor porcentaje de mujeres (52,3% vs 55,4%, $p = 0,057$). La presencia de enfermedad renal no mostró diferencias (9,8% vs 7,6%, $p = 0,715$) pero la albuminuria fue mayor en los pacientes obesos (10,9% vs 6,4%, $p < 0,001$). Se analizó la presencia de ambas lesiones simultáneamente y se observó que todas las formas de lesión eran más frecuentes en los pacientes obesos: albuminuria aislada (8,7% vs 4,9%, $p < 0,001$), FG < 60 ml/min aislado (7,3% vs 6,0%, $p < 0,001$) o ambas simultáneamente (2,5% vs 1,7%, $p < 0,001$).

Conclusiones

Todas las formas de enfermedad renal, tanto individualmente como asociadas, son más frecuentes en pacientes obesos. Su presencia probablemente tendrá efecto pronóstico desfavorable en los pacientes obesos.

414/180. Síndrome metabólico y lesión de órgano diana en los pacientes del estudio IBERICAN

Autores:

R. Reina González¹, A. Alonso Verdugo², A. González Gamarra³, J. García Fernández⁴, J. Fernández Toro⁵, M. Turégano Yedro⁶.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga, ²Médico de Familia. Centro de Salud Tarancón. Cuenca, ³Centro de Salud. Goya. Madrid, ⁴Médico de

Familia. Centro de Salud. Pola de Siero. Asturias, ⁵Médico de Familia. Centro de Salud. Zona Centro. Cáceres, ⁶Centro de Salud. San Jorge. Cáceres.

Introducción (incluyendo objetivos)

Los objetivos generales del estudio IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares. El objetivo del presente trabajo es analizar las características de la lesión subclínica de órgano diana (LOS) en los pacientes con síndrome metabólico (SM).

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. Actualmente el tamaño muestral es de 7.121 pacientes, alcanzando el tamaño muestral objetivo, que serán seguidos durante al menos 5 años. Se definió el Síndrome Metabólico (SM) según los criterios de International Diabetes Federation Task Force y los criterios de LOS según lo establecido en la ESH (presión de pulso > 60 mmHg en mayores de 65 años, microalbuminuria, hipertrofia ventricular izquierda -HVI- e índice tobillo-brazo -ITB- $< 0,90$).

Resultados

La edad media de los sujetos incluidos es $57,8 \pm 14,7$ años, y el 54,2% son mujeres. El 39,5% ($n = 2.839$) cumplen criterios de SM. Los pacientes con SM eran de mayor edad ($62,8 \pm 12,2$ años vs $54,5 \pm 15,4$ años, $p < 0,001$) y con menor porcentaje de mujeres (51,1% vs 56,2%, $p < 0,001$). La prevalencia de lesión de órgano subclínica fue superior (36,5% vs 18,4%, $p < 0,001$). Cada una de ellas fue más prevalente en pacientes con SM: la presión de pulso (23,7% vs 11,9%, $p < 0,001$), la albuminuria (12,8% vs 4,7%, $p < 0,001$) y la hipertrofia ventricular (5,6% vs 2,9%, $p < 0,001$). El ITB patológico no alcanzó diferencias estadísticamente significativas (2,3% vs 1,4%, $p = 0,443$).

Conclusiones

Las prevalencias de todas las lesiones subclínicas fueron más frecuentes globalmente e individualmente, a excepción del ITB patológico, posiblemente por el bajo número de pacientes que lo tenían realizado.

414/215. Estudio descriptivo de una cohorte de 72 pacientes sometidos a índice tobillo-brazo

Autores:

J. López Suárez¹, C. Romo Guajardo-Fajardo², I. Pineda Muñoz², I. Romero Barranca³.

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud Olivar de Quinto. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla., ²Médico Residente 2º año. Centro de Salud Luis Taracido. Huelva., ³Médico Residente 3º año. Centro de Salud Luis Taracido. Huelva.

Introducción (incluyendo objetivos)

Enmarcado en el acuerdo de gestión entre atención primaria (AP) y el hospital de día de medicina interna (HdD), se realizan pruebas diagnósticas solicitadas desde AP, entre las que se encuentra el índice tobillo-brazo (ITB), utilizada para el diagnóstico de claudicación intermitente. El ITB consiste en calcular el cociente entre la presión arterial (PA) obtenida en los miembros inferiores y en los miembros superiores. La enfermedad arterial periférica (EAP) es considerada una de las enfermedades cardiovasculares que pueden desencadenarse por padecer factores de riesgo cardiovascular (FRCV). El objetivo principal es describir las características clínicas y demográficas de los pacientes derivados para realizarle el ITB, conociendo la incidencia de los diferentes FRCV, tratamiento recibido para la EAP.

Material y métodos

Análisis descriptivo, observacional, transversal. Las variables cualitativas se expresarán mediante medidas de frecuencia, las cuantitativas mediante medidas de centralización (media) y de dispersión (desviación estándar). Se consideró resultado no compresible ITB > 1.30; resultado normal: ITB 0.91-1.30; EAP ligera: ITB 0.71-0.90; EAP moderada: ITB 0.41-0.70; EAP severa: ITB < 0.40. Se analiza una cohorte de 72 pacientes derivados desde AP para la realización de ITB en el HdD.

Resultados

Se derivan 72 pacientes, con edad media de 68.55 años (10.88) siendo hombres 59 (81.95%). Edad por sexo; hombres 68.74 años (11.16); mujeres 67.69 (9.88) años. Motivo de derivación: sospecha de CI 60 (83.3%), otros 4 (5.5%), n/c 8 (11%). Resultados del ITB: 7 (9.72%) no compresibles (probablemente por calcificación arterial), 36 (50%) normal, 5 (6.95%) EAP severas, 13 (18.05%) EAP moderadas, 11 (15.27%) EAP ligera. De los pacientes con EAP (29), 20 (68.97%) presentaban clínica bilateral y 9 (31.03%) unilateral. FRCV: -HTA: 51 (70.83%); -DM: 27 (37.5%); -Dislipemia: 32 (44.4%); -HTA+DM: 10 (13.89%); -HTA+DLP: 9 (12.5%); -HTA+DM+DLP: 13 (18.05%); -Tabaquismo: 19 (26.38%); -Exfumador: 14 (19.44%). Tratamiento antes del ITB: cilostazol: 1 (1.4%); pentoxifilina: 4 (5.55%); antiagregantes: 21 (29.16%), sin tratamiento: 46 (63.90%). 21 pacientes con eventos cardiovasculares previos. Recomendaciones dadas tras la prueba: Ninguna: 28 (38.9%); Completar estudio: 1 (1.38%); Continuar mismo tratamiento: 3 (4.17%); nuevo tratamiento: 26 (36.11%); dejar de fumar: 19 (26.38%), derivar a cirugía vascular: 14 (19.44%). Del total de pacientes derivados, 13 (18.05%) tenían enfermedad venosa crónica, 6 de ellos tenían EAP.

Conclusiones

El ITB es una herramienta altamente eficiente, muy recomendable su uso en AP diariamente. Acuerdos de gestión como el actual son importantes para el pronto diagnóstico y manejo del paciente. Los pacientes derivados para realizarse índice tobillo-brazo son mayoritariamente hombres, de edad media, con múltiples factores de riesgo cardiovascular. El ITB es un método rápido, inocuo y efectivo para la detección de enfermedad arterial periférica y con alto riesgo cardiovascular.

414/231. Abordaje de la cronicidad compleja en una unidad de gestión clínica de atención primaria

Autores:

E. Montblanc Díaz¹, I. Cosano Prieto², Ó. Masía Perpiñá³, J. Velasco Quiles¹, M. Castelló Corvillo⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica la Rinconada. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla., ²Médico de Familia y Directora de Unidad de Gestión Clínica La Rinconada. Sevilla., ³Centro de Salud de Brenes. Sevilla., ⁴Médico Residente 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica La Rinconada. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla.

Introducción (incluyendo objetivos)

El abordaje de pacientes crónicos se beneficia de una atención integrada sociosanitaria centrada en la persona y no en la enfermedad requiriendo cambios organizativos en las UGC y actualización de las competencias de los profesionales. El PAI Atención al Paciente Pluripatológico propone una estrategia de abordaje individualizado, mediante la elaboración de un Plan de Acción Personalizado (PAP) en el que participa un equipo multidisciplinar adecuado al paciente

Nuestro objetivo es describir las características de los pacientes a los que se les realizó un PAP en la UGC La Rinconada durante el año 2018 y las actuaciones organizativas realizadas para implementar esta estrategia.

Material y métodos

En 2017 se crearon las claves de equipo médico-enfermero para que cada equipo tuviera asignada la misma población. En 2018 se modificaron las agendas de medicina y enfermería para garantizar 2 horas semanales de atención compartida a pacientes crónicos y se adecuó la organización funcional de los centros para que los equipos compartieran turnos de mañana y tarde.

En 2018 cada equipo médico-enfermero revisó los pacientes crónicos complejos de su cupo, retirando aquellos pacientes que no cumplían los requisitos de cronicidad compleja definidos o que habían fallecido en la fecha de la revisión, e incluyendo a algunos pacientes identificados por ellos como susceptibles de abordaje individualizado. Posteriormente cada equipo priorizó los pacientes que más se beneficiarían de esta estrategia.

Resultados

Implantamos la agenda semanal compartida en el 100% de los cupos, con ocupación de las citas previstas desigual entre ellos.

El total de pacientes crónicos complejos identificados pasó de 1950 en enero de 2018 a 1501 en diciembre del mismo año. Se realizaron 348 PAP en 2018, y de ellos 217 se realizaron a pacientes con 65 años o más. El 100% se realizó a pacientes con 4 o más condiciones crónicas de salud.

Conclusiones

La intervención en formación y la reorganización funcional de la Unidad ha permitido un incremento importante de los planes de atención personalizada a los pacientes crónicos.

En 2018, los equipos médico-enfermeros de la UGC La Rinconada priorizaron a los pacientes de más edad y mayor complejidad para realizar los PAP.

414/232. Validación del cuestionario Sevilla para cribado de perfeccionismo patológico

Autores:

M. Álvarez Romero¹, E. Mesa Masa², E. Rodríguez Díaz², E. Esteban Kvamme³.

Centro de Trabajo:

¹Centro Médico Psicosomático. Sevilla., ²Psicóloga Sanitaria. Centro Médico Psicosomático. Sevilla., ³Psicóloga Clínica. Centro Médico Psicosomático. Consulta Dr. Álvarez.

Introducción (incluyendo objetivos)

El perfeccionismo patológico o anancasticismo es un rasgo psicológico relacionado con el trastorno obsesivo compulsivo. El objetivo es validar un cuestionario en español para la detección del anancasticismo en atención primaria.

Material y métodos

Realización del cuestionario con 26 ítems con respuesta en escala Likert de 5 puntos

Pilotaje con 58 sujetos sanos para detectar problemas lingüísticos y de comprensión

Reelaboración del cuestionario

Muestra de 7 sujetos por ítem del cuestionario (7x26=182)

Datos demográficos

Análisis de fiabilidad (consistencia mediante alfa de Cronbach; estabilidad temporal mediante coeficiente de correlación intraclase y test-retest y concordancia interobservadores mediante índice de Kappa).

Análisis de validez (validez de contenido mediante validación por 7 expertos: validez de constructo mediante análisis factorial y validez de criterio mediante comparación con dimensiones de perfeccionismo del inventario de creencias obsesivas (ICO) con el coeficiente de correlación de Pearson)

Resultados

El grupo de 7 expertos (médicos psicoterapeutas, psiquiatras y psicólogos) validan el contenido del cuestionario.

Se analizan 180 sujetos, con edad media de 36,54 años, el 51,1% mujeres y el 57,6% con estudios superiores.

Los diagnósticos más frecuentes fueron perfeccionismo, depresión y ansiedad.

La consistencia del cuestionario fue alta con un alfa de Cronbach de 0,895.

La estabilidad temporal también elevada con un coeficiente de correlación intraclase: 0.895 (IC95%: 0.871-0.916), $p < 0.0001$ y una correlación de Pearson test-retest (realizado en el 15,6% de los sujetos) de 0.547, $p = 0.003$.

El análisis de la validez de constructo mediante análisis factorial mostró 7 factores que explican el 61,5% de la varianza, con una prueba de KMO de 0,869 y una esfericidad de Barlett de 16550,55, $p < 0.0001$.

La validez de criterio mediante correlación de Pearson con ICO de 0,372 ($p < 0.0001$)

Conclusiones

El cuestionario Sevilla para detección de perfeccionismo patológico presenta unas características psicométricas adecuadas por lo que puede ser una herramienta útil en el cribado de este rasgo en atención primaria.

414/256. Conocimiento y creencias de los pacientes con benzodiacepinas y predictores del abandono tras recibir una intervención comunitaria.

Autores:

I. Ferrer López¹, M. Sumariva Bernal², M. Florencio Sayago³, R. Ballesta Meichsner⁴, J. Maldonado Campana⁵, M. Martínez Celdrán⁶.

Centro de Trabajo:

¹Unidad de Gestión Clínica. Farmacia Atención Primaria Sevilla. Intercentros. Distrito Atención Primaria Sevilla. Servicio Andaluz de Salud., ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Esperanza Macarena. Distrito de Atención Primaria Sevilla. Servicio Andaluz de Salud., ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Pino B. Distrito Atención Primaria Sevilla. Servicio Andaluz de Salud., ⁴Enfermera. Coordinadora de cuidados de la Unidad de Gestión Clínica Virgen de África. Distrito Atención Primaria Sevilla. Servicio Andaluz de Salud., ⁵Enfermería. Coordinador de cuidados de la Unidad de Gestión Clínica Amate. Distrito Atención Primaria Sevilla. Servicio Andaluz de Salud., ⁶Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica. Alamillo y San Jerónimo. Distrito Atención Primaria Sevilla. Servicio Andaluz de Salud.

Introducción (incluyendo objetivos)

Intervenciones mínimas y breves en atención primaria (la provisión de consejos sencillos y folletos informativos) pueden facilitar una reducción inicial en el uso de benzodiazepinas (BZD). Una forma de psicoeducación (la provisión de información sobre los efectos y riesgos del uso de benzodiazepinas a largo plazo y las posibles alternativas) suele ser el

paso inicial para un cambio de la etapa precontemplativa a la contemplativa en el proceso de deshabituación

Material y métodos

Hipótesis: mejorar el conocimiento de los pacientes sobre las BZD, favorece su deshabituación.

Objetivo: evaluar la efectividad de un programa educativo comunitario basado en información directa al paciente sobre el conocimiento y creencias que tienen los pacientes sobre las BZD.

Estudio cuasi experimental antes-después. Ámbito: 2 centros de salud urbanos. Seguimiento 6 meses

Resultados

Se incluyeron 335 pacientes de dos centros de salud urbano de diferente nivel socioeconómico, de los que el 70% eran mujeres. La edad media fue de 65 años (DE: 13). Con un promedio de uso de 9 fármacos distintos al trimestre (DE):5. El 67% de los pacientes creían que usar BZD a largo plazo no suponía ningún problema, el 66% pensaba que se sentirían peor si dejaban de tomarlas, sin embargo, el 56% habían hecho algún intento de dejarlas. El 71 % consideraban que la BZD era la mejor opción disponible para el tratamiento de sus síntomas pese a que el 41% había experimentado cansancio y fallos de memoria.

Tras 6 meses se encuentra que el 34% de los pacientes están sin consumir BZD. Respecto del conocimiento, tras la intervención se observó que un 33% de los pacientes dejaron de pensar que las BZD eran fármacos seguros (79% vs. 46% $p < 0,05$) y se redujo un 7% aquellos que pensaban que tendrían problemas de ansiedad tras el abandono (71% vs 64% $p < 0,05$).

Conclusiones

La intervención educativa ha hecho mejorar el conocimiento y creencias sobre los fármacos.

La característica que diferencia significativamente a los pacientes que abandonan las BZD versus los que no, es la creencia previa de sentirse peor si abandonan.

414/258. Impacto poblacional de una intervención comunitaria para promover el abandono del uso crónico de benzodiacepinas.

Autores:

Y. Sánchez Cañete¹, I. Ferrer López², C. Duque³, A. García Delgado⁴, M. Murillo Fernández⁵, E. García Bermúdez⁶.

Centro de Trabajo:

¹Unidad de Gestión Clínica Amate. Distrito Atención Primaria Sevilla. Servicio Andaluz de Salud., ²Unidad de Gestión Clínica. Farmacia Atención Primaria Sevilla. Intercentros. Distrito Atención Primaria Sevilla. Servicio Andaluz de Salud., ³Enfermera. Directora de la Unidad de Gestión Clínica Virgen de África. Distrito Atención Primaria Sevilla. Servicio Andaluz de Salud., ⁴Farmacéutica Comunitaria en Sevilla. Presidenta de la delegación de Andalucía de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria., ⁵Farmacéutica Comunitaria en Sevilla. Vicepresidenta 3ª de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria., ⁶Coordinadora del Centro de Información de Medicamento del Real e Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Sevilla.

Introducción (incluyendo objetivos)

El consumo crónico de benzodiacepinas (BZD) es muy elevado y con frecuencia se realiza de manera no adecuada a las recomendaciones de las guías de práctica clínica. La información al paciente consigue mejorar el conocimiento y empoderarlo.

Material y métodos

Hipótesis: una intervención breve (suma de 2 intervenciones efectivas por separado por categorías profesionales distintas médicos o farmacéuticos comunitarios) facilitaría el empoderamiento del paciente al unificarse el mensaje.

Objetivos: evaluar la influencia de una intervención informativa de ámbito comunitario sobre el uso de BZD en dos centros de salud de ámbito urbano.

Metodología: diseño: Estudio cuasi-experimental en atención primaria.

Intervención: entrega de una carta informativa sobre ventajas, inconvenientes, alternativas y pauta de deshabituación de benzodiacepinas realizada por profesionales sanitarios (enfermeros, farmacéuticos comunitarios y/o médicos,) de centros de salud urbano de diferente nivel socioeconómico y farmacias comunitarias de su entorno.

Ámbito: población adscrita a dos centros de salud urbanos durante 6 meses

Variables de estudio: uso de benzodiacepinas a los seis meses de la intervención. Abandono de uso crónico de benzodiacepinas de los pacientes de los centros de salud participantes frente al resto de población no intervenida. Estadística por intención de tratar y descriptiva.

Resultados

335 pacientes (69,7% mujeres). Edad media: 65,5 años (DE: 12,8), duración media de consumo de BZD: 40,7 meses (DE: 52,7), captados en farmacia comunitaria: 27,6%.

Tras 6 meses desde la intervención abandonan el uso de BZD los pacientes intervenidos 34.0% vs no intervenidos 28.0% RR: 1.33 IC95%: 1.05-1.68 p: 0,017.

En centro con nivel socioeconómico alto abandonan el uso de BZD los pacientes intervenidos 35.9% vs no intervenidos 28.3%, RR: 1.42 IC95%: 1.03-1.96 p:0.034.

En centro con nivel socioeconómico bajo abandonan el uso de BZD los pacientes intervenidos 32.1% vs no intervenidos 27.5%, RR: 1.25 IC95%: 0.89-1.75 p:0.197

Conclusiones

Una intervención breve educativa aumenta sustancialmente la probabilidad de deshabituación de BZD a los 6 meses.

La intervención está mediada por un equipo multidisciplinar de médicos, enfermeros y farmacia comunitaria, coordinada por referentes de Farmacia de Atención Primaria y del centro de información del medicamento del colegio de farmacéuticos.

El nivel socioeconómico puede influir en el impacto de la intervención.

414/271. Implicación del médico de atención primaria en el seguimiento de dolor crónico no oncológico (DCNO) en el paciente de edad avanzada tratados con Opioides mayores (OM) en una muestra de pacientes de la ciudad autónoma de Melilla

Autores:

I. Bellido Estevez¹, N. Ktiri Fakihi², I. Bellido Estevez¹, G. Amselem Garcia², D. Hamadi Mohamed³, M. Yakoubi Badah⁴.

Centro de Trabajo:

¹Profesora titular de Medicina. Departamento de Farmacología. Universidad de Málaga., ²Médico de Urgencias Hospitalarias. Hospital Comarcal de Melilla, ³Enfermera Urgencias Hospitalarias. Hospital Comarcal de Melilla., ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Melilla.

Introducción (incluyendo objetivos)

El DCNO continúa siendo un grave problema socio-sanitario en nuestro país, ocasionando una importante merma de la calidad de vida de las personas que lo padecen, y su tratamiento con OM ocasiona reticencias y miedos tanto en los pacientes como en los facultativos de AP.

Material y métodos

Se trata de estudio transversal, observacional mediante la evaluación de escalas diagnósticas en pacientes (n247) con DCNO en tratamiento con OM y la valoración del seguimiento por su MAP (29 facultativos voluntarios de AP pertenecientes a los cuatro Centros de Salud de Melilla).

Se empleó cuestionario auto-administrado (24 ítems, respuestas "Sí" o "No") a los MAP para valorar: Su grado de implicación en el tratamiento de los pacientes con DCNO. Su formación en el ámbito del buen control de dolor. Sus limitaciones en pres-

cripción, manejo y perjuicios relacionados con OM en pacientes pluripatológicos.

Resultados

El 86,2% de los médicos tenía pacientes con DCNO, en tratamiento con OM siendo 72,4% prescritos por ellos. Un elevado porcentaje de los MAP reconocía tener dudas en el ajuste de OM.

La mayoría de los facultativos indican tener pacientes con efectos secundarios a los OM. 93,1% de los casos fueron solventados suspendiéndolo.

Un 62,1% de facultativos niega tener perjuicios en relación con empleo de OM frente 37,9%

Solamente el 13,8% de los médicos prescribía OM en caso de pacientes terminales u oncológicos.

Todos los médicos consideraban que el tratamiento con OM podía interferir en la pluripatología y en la polifarmacia de sus pacientes.

El 72,4% de los médicos creía adecuada la prescripción de OM desde AP, frente al 27,6% que pensaba prescripción exclusiva de Atención Especializada.

Conclusiones

El nivel de conocimientos de los MAP en el ámbito de manejo del DCNO y el uso de OM es clave a la hora de seguimiento y control de sus pacientes

Los programas de formación son beneficiosos en la confianza de los médicos prescriptores de OM y en el empleo de prácticas recomendadas en el manejo del DCNO .

Destaca el elevado interés de los MAP en estar actualizados en el manejo del DCNO con OM, lo cual resulta fundamental para conseguir un adecuado control de sus pacientes desde AP.

414/272. Mortalidad y factores asociados en pacientes anticoagulados con antagonistas de la vitamina K

Autores:

A. Hidalgo Rodríguez¹, D. Martín Enguix², M. Mené Llorrente², J. Aguirre Rodríguez³, M. de Cruz Benayas², C. Morales Rodríguez⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada., ²Centro de Salud Casería de Montijo. Granada, ³Médico de Familia. Centro de Salud Fortuny. Velutti. Granada, ⁴Centro de Salud Gran Capitán. Granada.

Introducción (incluyendo objetivos)

Conocer la mortalidad y los factores asociados en pacientes anticoagulados con antagonistas de la vitamina K (AVK) de un Centro de Salud Urbano (CSU).

Material y métodos

Estudio descriptivo longitudinal en el que se incluyeron a todos los pacientes anticoagulados con AVK de un CSU de Granada en 2014. Se recogieron datos sociodemográficos (edad, sexo), clínicos (HTA, diabetes, dislipemia, ERC, demencia) y se valoró el método de control utilizado (Rosendaal, valor medio INR, porcentaje de determinaciones en rango), estudiando su posible relación con la mortalidad a los 2 años (2014-2016). Se comparó la mortalidad de los pacientes de tercera edad (mayores de 65 años) con la media española según la base de datos del INE (mortalidad del 7,2%) estableciendo el mismo rango de edad (65-93 años) y el mismo periodo de tiempo (2014-2016).

Resultados

Se incluyeron 205 pacientes (edad media 76 años, 42% mujeres), con una media de tiempo de anticoagulación al inicio del estudio de 5 años. La indicación del AVK fue fibrilación auricular 67,8%, prótesis aórtica 10,4%, prótesis mitral 8 %, trombosis venosa profunda 8%, tromboembolismo pulmonar un 4,5% e ictus 1% . La mortalidad de los pacientes de nuestro estudio fue del 22,4% a los 2 años, siendo mayor en anticoagulados por FA (24,5%, RR 1,1), los que presentaban ERC (25%, RR 1,3), más de 65 años (25,4%, RR 1,2), diabetes (28,8%, RR 1,1) y demencia (54,5%, RR 1,75). Asimismo, se apreció relación entre mortalidad y presentar menos de un 65% de determinaciones de INR en rango (31,4%, RR: 1.1). No se encontraron diferencias con el resto de factores estudiados.

Conclusiones

La mortalidad de los pacientes en tratamiento con AVK es superior en diabéticos, nefrópatas, dementes

y anticoagulados por FA. La mortalidad en mayores de 65 años anticoagulados es 3,5 veces superior a la población española del mismo rango de edad. El número de determinaciones del INR fuera de rango podría plantearse como predictor de mortalidad en pacientes anticoagulados.

414/279. Consumo de tiras reactivas de glucemia durante el bienio 2016-2017 en nuestra provincia

Autores:

J. Escribano Serrano¹, L. García Domínguez², M. Méndez Esteban³, A. García Bonilla⁴, M. Márquez Ferrando⁵, A. Michán Doña⁶.

Centro de Trabajo:

¹Unidad de Gestión Clínica San Roque, ²Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Menéndez Tolosa. Área de Gestión Sanitaria. Campo de Gibraltar. Cádiz, ³Farmacéutica. Unidad de Gestión Clínica Farmacia. Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Cádiz, ⁴Farmacéutico. Unidad de Gestión Clínica Farmacia. Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz. Cádiz, ⁵Farmacéutica. UGC Farmacia. Distrito AP Cádiz-Bahía-Janda. Cádiz, ⁶Internista. UGC Medicina Interna. Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz.

Introducción (incluyendo objetivos)

El adecuado uso de las Tiras reactivas (TR) para control glucemia ha sido muy poco estudiado.

Se plantea evaluar el consumo de TR en la provincia de Cádiz durante el Trienio 2015-2017 y su relación con el tipo de tratamiento.

Material y métodos

Estudio transversal. Atención Primaria y Hospitalaria. AGS Bahía-Cádiz-Janda, Campo de Gibraltar y Norte de Cádiz

Consumo de tiras reactivas de glucemia (TR) y de fármacos grupo A10 (fármacos DM).

Persona con diabetes (PDM) aquellos que han consumido fármacos A10.

PATRÓN Tratamiento: insulinas solas (IN), no insulinas (OR) y mixto (MX).

CARGA tratamiento: ADA1 monoterapia oral, ADA2 dos fármacos orales, ADA3 con tres o más orales, ADA4 cualquier combinación con insulina basal y ADA5 cualquiera con insulina prandial.

Fuente de datos: datos Farmacia de ÁGS de la provincia.

Resultados

Consumo bruto TR fue aproximadamente 800.00 envases (menor 2017 con 205.426 envases) con un costo PVP de casi 5 millones €.

Utilizaron TR 44.797 P (32.480 en 2015, 32.996 en 2016 y 28.877 en 2017) con 18.866 P usuarios durante trienio completo.

Prevalencia 2015 de 2,73% que descendió a 2,42% en 2017, con predominio siempre de la mujer 55%.

Los usuarios >60 años son un 70,3%, entre 30-59 años un 25,5% y <30 años un 4,5%.

En AGS Norte 42% usuarios, en Bahía 42% y en Campo 16%, sin cambios a lo largo del trienio. La prevalencia de uso por AGS en 2017 fue de 2,55% AGS Norte, Bahía 2,43% y Campo 1,95%

Por Patrón: un 42% usaba patrón MX, 26% usaba IN, 25 patrón OR y en un 7% no constaba el uso de fármacos. En 2017 los usuarios OR descendieron al 22% y los que no usaban fármacos al 3,7%.

Los usuarios OR se dividen por carga en ADA1 un 6,5%, ADA2 un 11% y en ADA3 un 7,2%, estos valores descienden en 2017 para ADA1 a 4,8% y en ADA2 a 9,8%.

Conclusiones

El consumo de TR supone una parte importante del gasto asignado a la DM

El consumo se centra en pacientes mayores de 60 años con predominio femenino y tratamiento mixto oral-insulina

El uso de TR en pacientes con tratamiento oral continúa siendo muy alto

Comunicaciones

Orales Médico Residentes

414/41. Análisis de obesidad y otros factores de riesgo cardiovascular en pacientes incluidos en el estudio gonartrosis Andalucía

Autores:

J. Ignacio Expósito¹, N. Carrillo Peñas¹, J. Benítez Rívero².

Centro de Trabajo:

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

Introducción (incluyendo objetivos)

La artrosis es la enfermedad reumática más prevalente en la población de edad avanzada. La artrosis constituye una de las patologías más frecuentes en las consultas de atención primaria (AP), estimándose una prevalencia global en nuestro país entorno al 23%.

En la actualidad se considera un problema grave de salud pública por las consecuencias socio-sanitarias que entraña. Un tercio de los pacientes con artrosis se encuentra de baja laboral y que la calidad de vida estaba seriamente afectada por la limitación funcional en la deambulación, especialmente de las personas mayores. El progresivo envejecimiento de la población y la obesidad implican un aumento exponencial de su prevalencia, alcanzado tasas del 50% en edades superiores a los 65 años. El estudio "Características clínicas de los pacientes diagnosticados de Gonartrosis en la Comunidad Autónoma de Andalucía." se desarrolla con la colaboración de SEMERGEN.

Objetivo específico de la comunicación:

- Analizar la prevalencia y asociación de la obesidad y otras comorbilidades con el diagnóstico de gonartrosis en los pacientes incluidos en estudio Gonartrosis Andalucía.

Material y métodos

Metodología y diseño

- Estudio descriptivo transversal con datos procedentes de historia de salud digital (DIRAYA).
- Aprobado por Comité de Bioética provincial de Cádiz. Hospital Universitario Puerta del Mar.

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres ≥ 65 años.
- Disponibilidad de historia clínica digital.
- Diagnóstico de GONARTROSIS CIE9: 715.36 y 715.96

Análisis de datos:

- Frecuencias absolutas y relativas, expresadas con valores de media, mediana, desviación típica y valores de confianza al 95%.
- Pruebas paramétricas (ANOVA, t de student) y no paramétricas (Kruskal Wallis).
- Uso del Software Estadístico SAS v. 9.2.

Resultados

Los pacientes con diagnóstico de gonartrosis presentaron una distribución según su IMC en la que el 8,6% era normopeso, un 28,6% sobrepeso y un 62,9% obesos. Alta prevalencia de HTA (76%), DM (32%), cardiopatía isquémica (13,4%), enfermedad cerebrovascular (11,8%). Hallazgos de asociación del IMC respecto a resto de FRCV a desarrollar en la presentación debido a límite de palabras.

Conclusiones

- Pacientes con gonartrosis presentan una elevada tasa de obesidad 63%
- esta circunstancia predispone al aumento del resto de frcv
- existen diferencias según género en consumo de tabaco y prevalencia de cardiopatía isquémica
- estos pacientes presentan un mal control metabólico, analítico y antropométrico en el que el médico de atención primaria tiene un amplio margen de actuación

414/45. Características socio-sanitarias en pacientes con diagnóstico de gonartrosis en Andalucía

Autores:

N. Carrillo Peñas¹, J. Ignacio Expósito¹, J. Benítez Rivero².

Centro de Trabajo:

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

Introducción (incluyendo objetivos)

La artrosis es la enfermedad reumática más prevalente en la población de edad avanzada. La artrosis constituye una de las patologías más frecuentes en las consultas de atención primaria (AP), estimándose una prevalencia global en nuestro país entorno al 23%. En la actualidad se considera un problema grave de salud pública por las consecuencias socio-sanitarias que entraña. Un tercio de los pacientes con artrosis se encuentra de baja laboral y que la calidad de vida estaba seriamente afectada por la limitación funcional en la deambulación, especialmente de las personas mayores. El progresivo envejecimiento de la población y la obesidad implican un aumento exponencial de su prevalencia, alcanzado tasas del 50% en edades superiores a los 65 años. El estudio "Características clínicas de los pacientes diagnosticados de Gonartrosis en la Comunidad Autónoma de Andalucía." se desarrolla con la colaboración de SEMERGEN

Objetivo específico de la comunicación:

- Analizar las principales características clínicas y sociosanitarias de los pacientes con diagnóstico de gonartrosis incluidos en estudio Gonartrosis Andalucía.

Material y métodos

METODOLOGÍA Y DISEÑO. Estudio descriptivo transversal con datos procedentes de historia de salud digital (DIRAYA). Aprobado por Comité de Bioética provincial de Cádiz. Hospital Universitario Puerta del Mar.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Hombres y mujeres ≥ 65 años.

- Disponibilidad de historia clínica digital.
- Diagnóstico de GONARTROSIS CIE-9: 715.36 y 715.96

ANÁLISIS DE DATOS:

Frecuencias absolutas y relativas, expresadas con valores de media, mediana, desviación típica y valores de confianza al 95%. Pruebas paramétricas (ANOVA, tstudent) y no paramétricas (Kruskal-Wallis). Uso del Software Estadístico SAS v.9.2.

Resultados

La distribución por género fue 70% mujeres frente a 30% hombres.

La distribución por grupos de edad fue (de 65-69: 251 personas (23,48%)) (de 70-74: 239 personas (22,35%)) (de 75-79: 251 personas (23,48%)) (de más de 80: 328 personas (30,68%)).

Se obtuvo un resultado de IMC medio de 32,32 presentando además una prevalencia de obesidad del 63%.

Prevalencia FRCV: HTA 70%, obesidad 60%, DM 30%, DLP 20%, tabaquismo 4,2%.

Prevalencia Artrosis en otras localizaciones: 45%, poliartritis: 11%, artrosis de cadera: 7,6%.

Conclusiones

Se encontró una prevalencia de gonartrosis más alta en mujeres frente a hombres. (70-30%)

Los pacientes presentaron una edad media avanzada: 76 años

Destaca una alta prevalencia de obesidad en esta patología: 62,9% obesos

Se muestra una alta asociación de esta patología con presentar FRCV: HTA 70%, obesidad 60% y DM 30%.

Diagnóstico de gonartrosis presenta una alta asociación con artrosis en otras localizaciones.

414/135. Deficiente control glucémico en personas con diabetes mellitus

Autores:

F. Hidalgo Martín¹, T. Sanz Ortega², A. Abril Rubio³, P. Arjona González⁴, N. Castillo Fernández⁵, M. Sánchez Pérez⁶.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ²Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica. Ciudad Jardín. Málaga., ³Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ⁴Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ⁵Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Ciudad Jardín. Distrito de Salud Málaga-Guadalhorce, ⁶Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín Málaga.

Introducción (incluyendo objetivos)

Analizar las características de las personas con diabetes que tenían un control glucémico deficiente y los factores asociados al mal control.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Población de estudio personas con diabetes con A1c $\geq 9\%$ (165 casos). Variables demográficas, clínicas, analíticas y tratamiento. Se consideró control glucémico deficiente A1c $\geq 9\%$. Para el análisis estadístico se emplearon medidas de frecuencia y de asociación. Se realizó análisis multivariado. Se estableció un nivel de significación para una probabilidad $< 0,05$.

Resultados

Se analizaron 165 personas (57,6 %) hombres. Edad media ($\pm$ DE): 63 ± 12 , sin diferencias entre sexos. Duración de la diabetes 10 ± 2 años. A1c media $10,36\% \pm 1,1$. HTA $50,3\%$ y dislipemia $44,2\%$. Complicaciones macrovasculares: $7,3\%$ ictus, $13,9\%$ infarto (más en hombres, $p < 0,001$) y $1,8\%$ enfermedad arterial periférica. Complicaciones microvasculares: $12,1\%$ retinopatía, $7,3\%$ enfermedad renal diabética y $5,5$

$\%$ neuropatía (sin diferencias entre sexos). La media del IMC 32 Kg/m^2 , PAS 132 mmHg y PAD 75 mmHg (sin diferencias entre sexos). A1c media $10,36\% (\pm 1,1)$, colesterol total $190 \text{ mg} (\pm 52)$, cHDL $44 \text{ mg/dl} (\pm 52)$, cLDL $107 \text{ mg/dl} (\pm 43)$, triglicéridos $192 \text{ mg/dl} (\pm 117)$ y eFG $72 (\pm 19) \text{ mL/min/1,73 m}^2$. No hubo diferencia entre sexos en los parámetros analíticos. En lo referente al tratamiento hipoglucemiante, 61% tomaban metformina, 66% algún tipo de insulina y 31% iDPP4. Tomaban estatinas 59% , antiagregantes 17% . No hubo diferencias entre sexos en el tratamiento. En el análisis multivariado no se encontró asociación entre el mal control glucémico y las distintas variables analizadas.

Al comparar con la población total con diabetes se encontró diferencia en el tratamiento con insulina (66% frente a 28% , $p = 0,0001$).

Conclusiones

El perfil fue hombres, mediana edad, varios factores de riesgo, escasas complicaciones, obesos y buen control presión arterial y lipídico.

No diferencias en la asociación entre las características clínicas, de laboratorio y de tratamiento con el mal control glucémico.

La utilización de insulinas es más frecuente que en las personas con buen control glucémico.

414/143. Utilización de las urgencias hospitalarias por personas adscritas a un cupo médico.

Autores:

A. Abril Rubio¹, P. Arjona González², N. Castillo Fernández³, F. Hidalgo Martín⁴, T. Sanz Ortega⁵, J. Mancera Romero⁶.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ²Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ³Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud.

Ciudad Jardín. Distrito de Salud Málaga-Guadalhorce, ⁴Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ⁵Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica. Ciudad Jardín. Málaga, ⁶Médico de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

Introducción (incluyendo objetivos)

Analizar las características de las personas adscritas a un cupo médico de un centro de salud

que acudieron a urgencias hospitalarias.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Población de estudio: personas adscritas a un cupo médico que

acudieron en alguna ocasión a las urgencias hospitalarias. Centro de salud urbano abierto los

días laborables desde 8 a 20 h. Año 2018. Tamaño del cupo: 1560 pacientes. Se estudiaron

variables del paciente (sexo) y del episodio (día, mes, festivos y número de veces que acudió a

urgencias). Fuente de datos: notificación de asistencia a urgencias en buzón del sistema

informático compartido. Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de frecuencia y

asociación. Se consideró un nivel de significación estadística inferior a 0,05.

Resultados

Durante el período de estudio acudieron a urgencias hospitalarias 540 personas (35 % del cupo

médico), que generaron 865 episodios. El 56 % de los episodios (IC 95 %: 53-60) fueron en

mujeres. El 17 % de los pacientes acudieron en días festivos (IC 95 %: 15-20). La media de

episodios al mes fue de 72 (8,32 %), oscilando entre 3,2 % en marzo (IC 95 %: 2-4) y 10,2 % (IC

95 %: 8-12) en octubre. El martes fue el día de la semana con mayor número de episodios

(16,9 %, IC95 %: 14-19) y el jueves el que menos (11,9%, IC 95 %: 10-14). De los 540 pacientes,

183 (33 %, IC 95 %: 30-37) acudieron en más de una ocasión (entre 2 y 16 veces).

Conclusiones

Un tercio de los pacientes del cupo médico acudió a urgencias hospitalarias. La distribución es

similar en días y mes. No hubo diferencias entre días laborables y festivos. Un tercio de los

pacientes que acudieron a urgencias consumieron la mitad de los episodios.

414/159. Características del programa de cribado de cáncer de cérvix de un centro de salud

Autores:

P. Arjona González¹, A. Abril Rubio², F. Hidalgo Martín³, T. Sanz Ortega⁴, D. Tirado Sánchez⁵, F. Paniagua Gómez⁶.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ²Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ³Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ⁴Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica. Ciudad Jardín. Málaga., ⁵Técnico auxiliar de Enfermería. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ⁶Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga.

Introducción (incluyendo objetivos)

Analizar algunas características de las citologías realizadas dentro del programa de detección precoz del cáncer de cérvix en un centro de salud.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Citologías realizadas durante el año 2018 en un centro de salud urbano. Se

estudiaron variables del paciente (edad y cupo médico) y de la prueba (mes y resultado [L-SIL, H-SIL, ASCUS, no válida, resultado normal, alteración glandular]). Fuente de datos libro específico de datos de citologías para el programa de cribado de cáncer de cérvix. Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de frecuencia.

Resultados

Se analizaron las 924 citologías a 924 mujeres diferentes. La edad media de las mujeres fue 44 años (DE ± 11), mínima de 19 y máxima de 71 años.

Los meses con mayor número de pruebas realizadas fueron abril (118 - 12'8 %) y noviembre (110 - 11'9 %), seguidos por mayo (109 - 11'8 %), octubre (108 - 11'7 %) y junio (105 - 11'4 %). Septiembre (21 - 2'3 %) y diciembre (67 - 7'3 %) fueron los meses con menor número.

Los resultados de las citologías: normales 868 (93'9 %), ASCUS 16 (1'7 %), L-SIL 16 (1'7 %), H-SIL 4 (0'4 %) y no válidas 19 (2'1 %).

El número medio de citologías por profesional fue de 46 (oscilando entre un máximo de 91 y un mínimo de 8). Los médicos 1, 6, 9, 10 y 18 realizaron más del 7% del total de las citologías (9'8 %, 7'3 %, 7'1 %, 7'6 % y 7'5 % respectivamente). Mientras que los médicos 2, 5, 8, 13, 14, 17 y 19 se encuentran por debajo del 4% (2'5 %, 3'6 %, 3'5 %, 3'5 %, 3 %, 2'9 % y 3'5 %).

Conclusiones

La inmensa mayoría de las citologías fueron normales.

Existen apreciables diferencias en la cobertura del programa dependiendo de los cupos médicos.

Escaso porcentaje de citologías con resultados no válidos.

414/174. Diferencias en el efecto pronóstico del tratamiento con IECA o ARA-II en el estudio IBERICAN

Autores:

M. Fernández Lara¹, I. Gil Gil², T. Rama Martínez³, E. Loizaga González⁴, M. Gómez González⁵, A. Moyá Amengual⁶.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de ² año. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga., ²Médico de Familia. Centro de Salud de Vielha. Lleida, ³Médico de Familia. CAP El Masnou-Alella. Barcelona, ⁴Médico de Familia. Hospital Infanta Luisa. Sevilla, ⁵Médico de Familia. Centro de Salud de Garrucha. Almería, ⁶Médico de Familia. Centro de Salud Santa Catalina. Baleares.

Introducción (incluyendo objetivos)

Los objetivos generales del estudio IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en España, así como de los eventos cardiovasculares. El objetivo específico de este trabajo es analizar si existen diferencias en el pronóstico cardiovascular de los pacientes del estudio IBERICAN en función de recibir IECA o ARA-II.

Material y métodos

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico que incluyen pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. Actualmente el tamaño muestral es de 7.121 pacientes, de los que 2.738 recibieron IECAs o ARA-II, que serán seguidos durante al menos 5 años. Se analizaron los pacientes que recibieron IECAs o ARA-II y se muestran los datos en este mismo orden. Se estimó la incidencia de eventos cardiovasculares incluyendo tanto los mortales como no mortales (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular y enfermedad arterial periférica) calculando el riesgo relativo (RR) y su correspondiente intervalo de confianza (IC95%) tomando como referencia el grupo de pacientes con IECAs.

Resultados

De los 2.738 pacientes analizados: el 47,0% recibieron IECAs y el 53% ARA-II. La edad media fue mayor en los pacientes que recibieron ARA-II (64,6 $\pm$ 11,1 vs 65,9 $\pm$ 10,4 años, $p=0,001$) y mayor porcentaje de mujeres (45,1% vs 49,2%, $p=0,029$). Disponemos de datos de seguimiento de 4.183 pacientes, con una mediana de 20 meses (RIQ=19 meses). El grado de control de los tres FRCV fue similar en ambos grupos: HTA (57,2% vs 59,5%, $p=0,362$), dislipemia (36,0% vs 38,8%, $p=0,288$) y diabetes (71,4% vs 70,1%, $p=0,854$).

= 0,607). La incidencia de eventos cardiovasculares fue similar en ambos grupos, (16,9% vs 19,7%) con un RR 0,88 (IC95%: 0,69-1,10). Ninguno de los eventos individualmente alcanzó significación estadística: cardiopatía isquémica (1,02 [IC95%: 0,49-2,16]), ictus (0,69 [IC95%: 0,25-1,90]) arteriopatía periférica (1,40 [IC95%: 0,51-3,86]) o insuficiencia cardíaca (0,79 [IC95%: 0,37-1,69]).

Conclusiones

El perfil de prescripción de IECA o ARA-II no influyó en el grado de control de los FRCV ni mostró diferencias en el pronóstico cardiovascular de los pacientes.

414/176. Coexistencia de enfermedad renal y cardiovascular de los pacientes incluidos en el estudio IBERICAN

Autores:

M. Gutiérrez Jansen¹, C. Santos Altozano², R. Abad Rodríguez³, A. García Lerín⁴, F. Leiva Cepas⁵, J. Esturo Alcaine⁶.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga., ²Médico de Familia. Centro de Salud. Azuqueca Henares. Guadalajara., ³Médico de Familia. Centro de Salud. Pola de Siero. Asturias., ⁴Médico de Familia. Centro de Salud. Almendrales. Madrid., ⁵Colaborador Honorario. Facultad de Medicina y Enfermería. Departamento de Ciencias Morfológicas. Universidad de Córdoba., ⁶Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Montealegre. Cádiz.

Introducción (incluyendo objetivos)

Los objetivos generales del estudio IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares. El objetivo específico de la presente comunicación es conocer la prevalencia de enfermedad renal en los pacientes con enfermedad cardiovascular incluidos en el estudio.

Material y métodos

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo pacien-

tes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. Actualmente el tamaño muestral es de 7.121 pacientes, alcanzando el tamaño muestral objetivo, que serán seguidos durante al menos 5 años. Se clasificaron los pacientes en prevención secundaria cuando presentaron cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, ictus o enfermedad arterial periférica. Se asumió enfermedad renal a través de la estimación del filtrado glomerular (FG) por la fórmula CKD-EPI, si era <60ml/min; también se calculó la albuminuria a través del cociente albúmina/creatinina en orina.

Resultados

La edad media de los sujetos incluidos en el estudio es 57,8±14,7 años, y el 54,2% son mujeres. El 16,2% de los pacientes presentaban una enfermedad cardiovascular previa. La edad media de los pacientes con ECV es superior (65,5±12,7 vs 56,3±14,7, p<0,001) y hay mayor porcentaje de varones (54,9% vs 44,0%, p<0,001). Tanto la enfermedad renal (17,7% vs 6,6%, p<0,001) como la albuminuria (14,8% vs 6,6%, p<0,001) fueron más frecuentes en pacientes con ECV. Si analizamos simultáneamente ambas lesiones, la presencia de enfermedad renal aislada (13,9% vs 6,7%, p<0,001), la albuminuria aislada (9,1% vs 5,5%, p<0,001) y ambas simultáneas (5,8% vs 1,3%, p<0,001) fueron más frecuentes en pacientes con ECV.

Conclusiones

los pacientes con ECV son varones de mayor edad y mayor asociación de todas las formas de enfermedad renal. Probablemente la asociación entre ECV y enfermedad renal implique peor pronóstico cardiovascular que se deberá confirmar en el seguimiento de la cohorte.

414/202. Estudio descriptivo de la Fibrilación auricular en pacientes ingresados por ictus.

Autores:

M. Miguel Moreno¹, E. Sánchez Ruiz-granados², R. Guzmán Jabares¹.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Huelva., ²Médico Internista. Hospital Infanta Elena. Huelva.

Introducción (incluyendo objetivos)

El 30-40% de los ictus isquémicos son idiopáticos. Uno de los factores de riesgo de estos ictus son las arritmias auriculares (fibrilación auricular (FA) y Flutter), siendo la causa en un 10-20% en EEUU. La FA permanente o crónica tiene el mismo riesgo de ictus isquémico que la fibrilación auricular paroxística (FAP), siendo estas últimas asintomáticas (FA oculta) y difíciles de diagnosticar. Los estudios demuestran que las FAP en pacientes con AIT están infradiagnosticadas.

La detección de FA oculta para iniciar tratamiento anticoagulante (si precisa) es una forma óptima de prevenir nuevos ictus. Las últimas guías recomiendan hacer un Holter de 24-48h ante el diagnóstico de ictus/AIT. Los estudios demuestran que si el paciente se monitoriza de forma ambulatoria con un Holter implantable subcutáneo, a los 6 meses el número de pacientes que presentan FA paroxística es mucho mayor. Por lo tanto, una monitorización continua podría diagnosticarlas.

OBJETIVOS:

- Detección de FA oculta en pacientes con ictus isquémico/AIT para prevenir eventos futuros con tratamiento anticoagulante.

Material y métodos

Cogimos una muestra representativa (n=220) de todos los pacientes ingresados por ictus/AIT en Hospital Infanta Elena, al servicio de Neurología y Medicina Interna. Se les realizó un Holter de 24horas para detectar FA oculta. Se excluyeron los pacientes que tenían FA previa.

Resultados

Características de los pacientes:

Hombres 57,73%

Mujeres 42,27%

Edad media de 66.68 años

HTA 65,45%

Dislipemia 48,18%

Diabetes 31,36%

AIT/ictus previo 18,18%

Cardiopatía isquémica 13,18%

Insuficiencia cardiaca 4,09%

Valvulopatía mitral 7,27%

FA/Flutter en Holter 9,54%

ACO al alta 17,73%

AIT 17,73%

Ictus Hemisférico 55,45%

Ictus Lacunar 20,45%

FE Disminuída (<50%) 3,64%

AI Dilatada (>45mm) 30%

CHADSVASC Mínimo 1, máximo 6, con una media de 3'39.

Conclusiones

De los pacientes descritos, encontramos un alto porcentaje de pacientes con HTA, un 18% de ellos habían tenido ictus previo, y el ictus más frecuente encontrado fue el hemisférico (55% de nuestros pacientes). Un porcentaje considerable de nuestros enfermos (30%) tenían una AI dilatada.

Aunque la incidencia de FA encontrada fue de 9'5%, hubo un porcentaje mayor de pacientes anticoagulados. La frecuencia de FA encontrada en el Holter 24h ha sido mayor que la descrita en otros estudios.

414/206. Factores relacionados con la fibrilación auricular oculta en pacientes ingresados por ictus.

Autores:

M. Miguel Moreno¹, E. Sánchez Ruiz-granados², R. Guzmán Jabares¹.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Huelva., ²Médico Internista. Hospital Infanta Elena. Huelva.

Introducción (incluyendo objetivos)

Sabemos que aproximadamente un 30-40% de los ictus isquémicos son idiopáticos, de los cuales un 10-20% son consecuencia de arritmias auriculares (fibrilación auricular (FA) y Flutter). Las arritmias au-

riculares no son siempre fáciles de diagnosticar, ya que algunas FA paroxísticas son asintomáticas.

En algunos estudios se ha visto que hay factores relacionados con el diagnóstico de FA oculta en pacientes con AIT/ictus, como son el tamaño de la aurícula izquierda, la hipertensión arterial o la obesidad.

Por ello, en este trabajo observamos distintos factores para ver si tienen relación con la aparición de arritmias en pacientes ingresados por ictus. Esto nos podría ayudar a sospechar que el paciente pueda tener una FA paroxística silente.

OBJETIVOS:

- Estudiar otras características (tamaño de la aurícula, factores de riesgo vascular, edad...) que asocian el ictus con FA oculta.
- Conocer si el tipo de ictus que presenta el paciente está relacionado con mayor probabilidad de encontrar FA oculta.

Material y métodos

Cogimos una muestra representativa (n=220) de todos los pacientes ingresados por ictus/AIT en Hospital Infanta Elena, al servicio de Neurología y Medicina Interna. Se les realizó un Holter de 24 horas para detectar FA oculta. Se excluyeron los pacientes que tenían FA previa. Se usó el Test de Fisher.

Resultados

Comorbilidades	Pacientes con FA	Pacientes sin FA
Edad >70	15 (71%)	77 (41%) p<0'05
Sexo mujer	12 (57%)	79 (42%)
HTA	12 (57%)	122(65%)
Dislipemia	11 (52%)	89(47%)
Diabetes Mellitus	9 (42%)	56 (30%)
Ictus previo	2 (9%)	37(19%) p<0'05
C.Isquémica	2 (9%)	22 (11%)
Aurícula izq dilatada	5 (23%)	51 (27%)
Valvulopatía mitral	5 (23%)	10 (5%) p<0'05
FE deprimida	0 (0%)	5 (2%)

Conclusiones

Podemos concluir que existe mayor diagnóstico de FA entre los mayores de 70 años y en aquellos que tuvieron un ictus previo, y en aquellos que tenían valvulopatía mitral, encontrando asociación estadísticamente significativa.

En cuanto al sexo hubo más frecuencia de presentación de FA entre las mujeres con asociación cercana a la significación estadística.

No encontramos asociación entre el diagnóstico de FA y otras variables, como la cardiopatía isquémica, diabetes, dislipemia, ictus previos etc...

414/208. Características clínicas de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales por fibrilación auricular

Autores:

T. Sanz Ortega¹, F. Hidalgo Martín², M. Gutiérrez Jansen³, P. Arjona González⁴, A. Abril Rubio⁵, M. Sánchez Pérez⁶.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica. Ciudad Jardín. Málaga, ²Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ³Médico Residente 4º año. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga., ⁴Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ⁵Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ⁶Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín Málaga.

Introducción (incluyendo objetivos)

Analizar las características clínicas de los pacientes diagnosticados de fibrilación auricular (FA) en tratamiento con anticoagulantes orales

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Atención Primaria. Centro de salud urbano que atiende a una población de 39.000 personas. Período de estudio: desde octubre de 2017 a septiembre 2018. Población de estudio: personas mayores de 18 años con diagnóstico de FA y en tratamiento con anticoagulantes orales (605 pacientes). Datos aportados por Servicio de Farmacia del Distrito. Se calculó un tamaño muestral de 257 pacientes, realizándose un muestreo aleatorio sistemático. Variables: edad, sexo, etiología, clasificación, hábitos tóxicos, comorbilidades, presión arterial (PA), frecuencia cardíaca e inclusión en programa de anticoagulación. Para el análisis estadístico se emplearon medidas de frecuencia y de asociación. Se estableció un nivel de significación para una probabilidad $<0,05$. Se contó con la aprobación del CEIC local.

Resultados

Se analizaron finalmente 208 pacientes, excluyéndose 49 pacientes por diagnóstico erróneo de FA o en tratamiento con anticoagulantes orales por otras patologías. Fueron mujeres 106 (51 %, IC 95 %: 44-57). Edad ($\pm$ DE): 75 $\pm$ 11 años, sin diferencias entre sexos. La etiología fue valvular en 39 (19 %, IC 95 %: 14-24), no valvular en 149 (72 %, IC 95 %: 65-77) y en 20 (9 %, IC 95 %: 6-14) no constaba. Clasificación: 134 (64 %, IC 95 %: 57-70) presentaron una FA permanente, 58 (28 %, IC 95 %: 22-34) paroxística, 10 (5 %, IC 95 %: 2-8) persistente y 6 (3 %, IC 95 %: 1-6) persistente de larga evolución. Fumaban 21 (10 %, IC 95 %: 6-14). Comorbilidades: HTA 168 (81 %, IC 95 %: 74-85), dislipemia 106 (51 %, IC 95 %: 44-57), diabetes 61 (22 %, IC 95 %: 17-28) e insuficiencia cardíaca 46 (22 %, IC 95 %: 17-28). Exploración física: PA sistólica ($\pm$ DE): 127 $\pm$ 15 mmHg y diastólica ($\pm$ DE): 72 $\pm$ 10 mmHg, Frecuencia cardíaca ($\pm$ DE): 71 $\pm$ 11 lpm. Un 80% estaban incluidos en el programa de anticoagulación oral.

Conclusiones

LA FA no valvular es la etiología más frecuente.

La FA permanente establecida es la más prevalente.

Se asocia de manera habitual a factores de riesgo cardiovascular.

414/229. Factores de riesgo asociados a las caídas en personas mayores institucionalizadas: análisis descriptivo

Autores:

J. García-Revilla Fernández¹, F. Alarcón Porras², V. Trigos Domínguez², A. Plata Illescas³, E. López Domínguez³, J. González Lama⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba., ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba., ³Farmacéutico de Atención Primaria. Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba. Cabra. Córdoba., ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba.

Introducción (incluyendo objetivos)

Se estima que el 40% de los mayores de 65 años que viven en residencias (MVR) sufre al menos una caída al año. A pesar de los estudios realizados, no se han identificado con claridad los factores modificables para predecir el riesgo de caídas en mayores institucionalizados con movilidad y sin demencia. El objetivo principal del estudio es evaluar la prevalencia de caídas en MVR y describir posibles variables asociadas

Material y métodos

Tras obtener el permiso de las direcciones de las residencias de mayores y la firma del consentimiento informado (CI) de todos los MVR que cumplían los criterios de selección (>65 años, no inmovilizados, con capacidad para firmar el CI no delegado), se obtuvieron las variables del estudio (edad, sexo, índice de masa corporal-IMC-, índice de Barthel-IB-, índice de Charlson-IC-, índice de riesgo de caídas de FRASE-IF-, índice de riesgo de caídas de Downton-ID-, presencia de incontinencia urinaria-IU-, medicación prescrita, caídas y fracturas derivadas de las mismas) de sus registros clínicos. Se ha realizado un estudio descriptivo de los pacientes incluidos hasta el mo-

mento, para valorar la calidad y consistencia de los datos recogidos.

Resultados

Se han incluido 82 MVR de 5 residencias de 4 localidades. La edad media fue de 84 años (DE 8,4), y el 63% eran mujeres. La media del IMC fue 28,45 (DE 5,7), del IB 54 (DE 32,8) y del IC 6 (DE 1,8). El 24% sufren IU. La media del IF fue de 10,25 (DE 3,8), y la del ID de 2,7 (DE 1,4). La media de fármacos que tienen prescritos es de 10 (SD 5), la mediana de 10 y el rango 1-19. El 37% se han caído al menos una vez en el último año y el 24% lo han hecho en el último mes, lo que ha provocado al menos una fractura en el 9% de los MVR estudiados.

Conclusiones

Se aprecia una importante carga de enfermedad y polimedicación, con un riesgo de caídas medio/alto, constatando que más de un tercio de los MVR han sufrido al menos una caída en el último año.

414/234. Utilización de los anticoagulantes orales como tratamiento de la fibrilación auricular en Atención Primaria

Autores:

F. Hidalgo Martín¹, T. Sanz Ortega², M. Gutiérrez Jansen³, A. Abril Rubio⁴, P. Arjona González⁵, M. Sánchez Pérez⁶.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ²Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica. Ciudad Jardín. Málaga, ³Médico Residente 4º año. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga., ⁴Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ⁵Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ⁶Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

Introducción (incluyendo objetivos)

Conocer las indicaciones de Anticoagulación Oral (ACO) de los pacientes con Fibrilación Auricular (FA) y analizar el tipo de ACO con el que se tratan.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Atención Primaria. Centro de salud urbano que atiende a 39.000 personas. Población de estudio: personas mayores de 18 años con diagnóstico de FA y en tratamiento con ACO (605 pacientes). Datos aportados por Servicio de Farmacia del Distrito. Se calculó un tamaño muestral de 257 pacientes, realizándose un muestreo aleatorio sistemático. Variables: edad, sexo, etiología, escalas CHAD2S2-VASc y HAS-BLED, tipo de ACO, rango de INR en caso de acenocumarol. Para el análisis estadístico se emplearon medidas de frecuencia y asociación. Se estableció un nivel de significación para una probabilidad <0,05. Se contó con la aprobación del CEIC local.

Resultados

Se analizaron 208 pacientes, excluyéndose 49 pacientes por diagnóstico erróneo de FA o en tratamiento con ACO por otras patologías. Mujeres 106 (51 %, IC 95 %: 44-57). Edad ($\pm$ DE): 75 $\pm$ 11años, sin diferencias entre sexos. La etiología no valvular en 149 (72 %, IC 95 %: 65-77), 39 valvular (19 %, IC 95 %: 14-24), no constaba en 20 pacientes (9 %, IC 95 %: 6-14). Registro de la escala CHA2DS2-VASc en 31 pacientes (15 %, IC 95 %: 10-19) y HAS-BLED en 4 (2 %, IC 95 %: 1-3). Los tipos de ACO usados fueron acenocumarol 67 pacientes (32 %, IC 95 %: 25-38); apixaban 62 (29 %, IC 95 %: 23-36); dabigatran 23 (11 %, IC 95 %: 6-15); edoxaban 10 (4 %, IC 95 %: 1-7); rivaroxaban 39 (18 %, IC 95 %: 13-24) y warfarina en 1 (0,5 %, IC 95 %: 0-1), no estaban en tratamiento ACO 6 pacientes (2 %). Los pacientes con acenocumarol tuvieron sus controles INR en rango en un 52 % de las mediciones.

Conclusiones

La FA no valvular es la etiología más frecuente. El registro de escalas CHAD2S2-VASc y HAS-BLED es

escaso. Se utilizan más los ACO de acción directa que los antagonistas de la vitamina K.

414/253. Valoración de la introducción del dermatoscopio en atención primaria como mejora en la detección precoz del cáncer de piel.

Autores:

L. Guerrero Vázquez¹, P. Cabezas Saura².

Centro de Trabajo:

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

Introducción (incluyendo objetivos)

Durante las últimas décadas la incidencia de cáncer cutáneo ha aumentado. Los Médicos de Familia y los dermatólogos, tienen un papel fundamental en la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento del mismo. En este contexto surge la teledermatología (TD), técnica fácil, reproducible y económica con alta sensibilidad y especificidad. Tras el proyecto IMPAC-TDC se introduce el dermatoscopio (TDD). Nuestro objetivo es evaluar la efectividad del programa de Teledermatología y la concordancia diagnóstica entre Primaria (AP) y Dermatología (AH) tras introducir el dermatoscopio.

Material y métodos

Se realiza un estudio descriptivo transversal en el Centro de Salud Mercedes Navarro, Sevilla, con los pacientes atendidos en el Programa entre el 1 de Enero de 2016 y 31 de Diciembre de 2017. Se determina efectividad mediante comparación de proporciones (casos resueltos en Atención Primaria vs Consultas). Determinamos concordancia diagnóstica mediante índice kappa, teniendo en cuenta que nuestro gold estándar es el diagnóstico emitido por el dermatólogo.

Resultados

De los 675 pacientes, 373 (55,4%) fueron mujeres. La edad media de los pacientes 58,45 años. El 51,2% de las lesiones consultadas se diagnostican como benignas.

La lesión benigna más frecuente es la queratosis seborreica seguida de Nevus. Respecto a lesiones malignas, la más frecuente es la queratosis actínica seguida de carcinoma basocelular. Probamos validez de la TDD a través del cálculo de concordancias obteniéndose un índice kappa de 0,725 con TD frente a k: 0,87 en TDD dermatoscópica. El manejo clínico de teleconsultas más frecuente fue el alta seguido de CLP. Tras la introducción de TDD existe un aumento estadísticamente significativo de resolución de casos desde Primaria, un 10%.

Conclusiones

Concluimos por tanto que la TDD aumenta concordancia diagnóstica entre AP y AH, y que es más efectiva que la TD ya que reduce el número de derivaciones a AH y aumenta el número de casos resueltos en AP.

414/270. Pacientes hiperfrecuentadores de urgencias hospitalarias.

Autores:

A. Abril Rubio¹, P. Arjona González², F. Hidalgo Martín³, T. Sanz Ortega⁴, J. García Lupiáñez⁵, N. Castellano Muñoz⁵.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ²Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ³Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ⁴Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica. Ciudad Jardín. Málaga., ⁵Auxiliar de enfermería. Centro de Salud. Ciudad Jardín. Málaga.

Introducción (incluyendo objetivos)

Analizar las características de las personas adscritas a un cupo médico de un centro de salud hiperfrecuentadoras de urgencias hospitalarias

Material y métodos

Estudio descriptivo trasversal. Población de estudio: personas adscritas a un cupo médico que

acudieron a las urgencias hospitalarias durante el año 2018. Se consideró hiperfrecuentación 5 o más visitas. Centro de salud urbano abierto los días laborales desde 8 a 20 h. Tamaño del cupo: 1560 pacientes. Se estudiaron variables del paciente (sexo, edad, patologías asociadas, citas en centro de salud) y del episodio (mes, resolución, diagnóstico en urgencias). Fuente de datos: notificación de asistencia a urgencias en buzón del sistema informático compartido y posterior análisis en Historia Clínica de Diraya. Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de frecuencia. Se consideró un nivel de significación estadística inferior a 0,05.

Resultados

Durante el período de estudio acudieron a urgencias hospitalarias 540 personas (35 % del cupo médico), de las que 17 lo hicieron en 5 o más ocasiones. La edad media de los pacientes fue 51 años, el 52 % de los pacientes fueron hombres (IC 95 %: 29-77). El 41 % de los pacientes presentaban al menos un factor de riesgo cardiovascular, siendo la hipertensión el más prevalente (35 %). Los problemas músculoesqueléticos (35%), los neurológicos (23 %), los de salud mental (29 %) y los hematológicos (23 %) también estuvieron presentes.

Se registraron un total de 118 episodios, con una media de 6,94 por paciente. El 87 % de los episodios recibieron el alta, el 12 % se derivaron a consultas externas (Urología y digestivo) y el 7 % requirieron ingreso hospitalario. Los diagnósticos más frecuentes fueron genitourinarios (17 %) y musculoesqueléticos (14 %), seguidos de patología infecciosa (13 %) y digestiva (10 %). Un paciente acudió 16 veces a urgencias. La media de episodios por mes fue de 9 episodios (rango 2-17 episodios).

Conclusiones

Un discreto porcentaje de pacientes fueron hiperfrecuentadores. No existen diferencias entre sexos. Más de un tercio tienen factores de riesgo cardiovascular, patología muscular y mental. La mayoría de los hiperfrecuentadores presentaban patología musculoesquelética y genitourinarias.

414/294. Influencia de la alfabetización en salud en la evolución de los pacientes con EPOC.

Autores:

J. López Díaz¹, M. Luna Pereira¹, J. Ortega Blanco², D. Ramírez Sánchez³, M. Pedregal González⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva., ²Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Molino de la Vega. Huelva., ³Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva., ⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente. Huelva.

Introducción (incluyendo objetivos)

OBJETIVOS

Generales:

- Analizar el nivel de alfabetización en salud en pacientes con EPOC en nuestra ciudad.
- Determinar la asociación entre la alfabetización en salud de los pacientes EPOC y la evolución de su enfermedad.

Específicos:

- Analizar la evolución clínica de los pacientes con EPOC.
- Analizar la asociación entre ambas (alfabetización y los parámetros clínicos).
- Analizar el nivel de alfabetización y su asociación con el cumplimiento terapéutico.
- Describir la situación sociocultural y económica de los pacientes con EPOC y determinar su relación con la alfabetización en salud.
- Analizar la efectividad de una intervención en aquellos pacientes con alfabetización limitada y su asociación con la adherencia al tratamiento y la evolución de la enfermedad.

Material y métodos

Estudio de Cohortes.

Población diagnosticada de EPOC hasta diciembre de 2017 de los 7 centros de salud de la ciudad de Huelva.

Muestreo aleatorio ponderado por el tamaño de la población de cada centro de salud.

Al no haber datos concluyentes, se asume una alfabetización del 50% con una precisión del 5% y una confianza del 95%: $n = 384$.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: personas mayores de 40 años, diagnosticadas de EPOC, ausencia de problemas visuales o auditivos que impidan leer.

Resultados

El 80% de la muestra tiene una alfabetización limitada.

El 89,7% de los pacientes no cumplidores tienen una alfabetización limitada.

El 98,6% de los pacientes de clase social baja/muy baja presentan una alfabetización limitada, al igual que el 58,9% de los de clase social media/alta.

El 78,6% de los pacientes con estadio GOLD I y II presentan una alfabetización limitada, al igual que el 86,4% de los de GOLD III y el 100% de los de GOLD IV.

El 75% de los pacientes con disnea grado 1 tienen una alfabetización limitada, al igual que el 81,5% de los de grado 2, el 95% de los de grado 3 y el 100% de los de grado 4.

Conclusiones

Una mala alfabetización se relaciona con un peor estadio GOLD.

Conforme peor apoyo social peor alfabetización.

Una mala alfabetización se relaciona con un aumento de la disnea.

La clase social baja/muy baja se relaciona con una mala alfabetización.

A mayor alfabetización mejor cumplimiento terapéutico.

Proyectos de Investigación

Orales Médico de Familia

414/23. Comparación de resultados de INR obtenidos mediante coagulómetro portátil frente a analizador automatizado de laboratorio de referencia.

Autores:

M. Sousa Montero¹, J. Velasco Soto².

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Valverde del Camino. Huelva., ²Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva.

Introducción

Los AVK (antivitamina K) precisan de una monitorización constante para ajustar la dosis, dado el estrecho margen terapéutico y la gran variabilidad de respuesta que presentan estos fármacos.

Para valorar si el paciente esta correctamente anticoagulado y dentro de unos parámetros de seguridad que eviten eventos adversos, se emplea el INR.

El rango terapéutico de INR se ha establecido entre 2 y 3, excepto casos en que el hematólogo lo determine.

Para la monitorización de los pacientes en TAO en Atención Primaria, se utilizan coagulómetros portátiles (en Valverde del Camino microINR concretamente), sangre capilar.

En los Hospitales de referencia, se determina el INR mediante analizadores automáticos, sangre venosa.

Objetivos

Determinar la concordancia entre el dispositivo de coagulometría portátil microINR utilizado en el Centro de Salud de Valverde del Camino y el analizador

automático del Laboratorio de Referencia del Servicio de Hematología del Hospital de Riotinto.

Diseño

Diseño de estudio: Estudio observacional, descriptivo transversal.

Emplazamiento

Población de estudio: La población de pacientes en TAO seguidos en Centro de Salud de Valverde del Camino (Huelva).

Material y métodos

Se anotarán la cifra de INR obtenida por microINR. En el CS de Valverde del Camino, se dispone de 3 monitores; 1)SN205764-0663-002, 2)SN205394-0598-002, 3)SN207260-0072-002. Se tomará una muestra de sangre capilar y se analizará con el microINR1) y se ofrecerá la oportunidad al paciente de participar en el estudio, si acepta y tras firmar el consentimiento informado, se tomará otra muestra de sangre capilar que se analizará con microINR2) y una muestra de sangre venosa para ser analizado mediante CA (Siemens CS-2100i). El microINR3) se reservará para atender los controles de INR domiciliarios.

Se comprobará el grado de concordancia entre los CP y de estos con el CA hospitalario.

Análisis de datos: se usará el programa informático SPSS. Las variables cuantitativas se describirán mediante la media y la desviación típica. Las cualitativas, mediante porcentajes. Se calcularán intervalos de confianza al 95%. La concordancia entre variables cuantitativas se estudiará mediante el coeficiente de correlación intraclase.

Aplicabilidad

Caso de encontrarse diferencias significativas entre ambos tipos de medida de INR, daría pie a estudios posteriores para averiguar las causas de la discordancia. Caso que la decisión clínica en cuanto a la dosificación del fármaco AVK variase, se abrirían nuevas líneas de investigación.

Sobre los pacientes fuera de rango terapéutico, se informará a quien corresponda para que tome las medidas pertinentes.

Aspectos ético-legales

Se respetaran las Normas de Buena Práctica Clínica, los principios éticos fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki y el Convenio de Oviedo, así como lo establecido en la legislación española en el ámbito de la investigación.

Respetando: Ley de Protección de Datos de Carácter Personal, Ley 41/2002 del 14/11, Ley 3/2001 del 28/05, Ley 3/2005 del 7/03 y el Decreto 29/2009 de 5/02, que regulan el acceso a la historia clínica electrónica.

El proyecto será enviado al Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC), para aprobación.

El consentimiento informado destacará la importancia del carácter voluntario del mismo.

Los datos de la Historia Clínica, serán incluidos en una base de datos de carácter anónimo.

414/44. Percepción de salud y causas de enfermedad en el médico de familia de atención primaria. ¿Demandan los profesionales asistencia sanitaria?

Autores:

M. Oliva Márquez¹, M. Neila López², J. Gonzalez Aguilera³, C. Mellado Prenda⁴, M. Pedregal González⁵, L. García Almendro⁶.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año. Centro de Salud Moguer. Huelva., ²Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Bollullos del Condado. Huelva., ³Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Isla Chica. Huelva., ⁴Médico Residente 4º año. Centro de Salud Adoratrices. Huelva., ⁵Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente. Huelva., ⁶Médico Residente 3º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Moguer. Huelva.

Introducción

El Médico de Familia es el primer contacto para el paciente, resuelve hasta el 95% de los problemas de

salud. Realiza una atención continuada en consultas, visitas domiciliarias, planificación familiar, urgencias y emergencias, acciones comunitarias, procesos preventivos, cirugía menor.

Se ve sometido a una sobrecarga asistencial, que puede derivar en un estrés laboral, cansancio físico y emocional, lo cual puede llevar a un empeoramiento de la calidad asistencial.

Objetivos

Determinar la percepción de salud por el Médico de familia de Atención Primaria.

Determinar la prevalencia de enfermedades que padecen y los grupos de riesgo.

Describir si los Médicos de familia consultan por sus problemas de salud.

Diseño

Descriptivo observacional

Emplazamiento

Población de estudio:

Médicos de Familia de Atención Primaria que trabajan en la provincia de Huelva, en centros de salud acreditados para la docencia, especialistas y residentes. n= 176

Material y métodos

Variables recogidas en el cuestionario ICT-WAI: edad, sexo, años trabajados, número de guardias, centro de trabajo, tutor, residente...

Variables subjetivas:

- Si considera que su trabajo es físicamente exigente, psicológicamente exigente o ambas
- La valoración de la capacidad actual para realizar su trabajo del 0 al 10
- Si se sienten activos o animados optimistas o esperanzados con su futuro.

Enfermedades recogidas en una lista:

- Lesiones debidas a algún accidente
- Enfermedades del sistema músculo-esquelético

- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedades respiratorias
- Enfermedades mentales
- Enfermedades neurológicas y sensoriales
- Enfermedades del sistema digestivo
- Enfermedades genitourinarias
- Enfermedades de la piel
- Tumores o cáncer
- Enfermedades endocrinas y metabólicas
- Enfermedades de la Sangre
- Enfermedades congénitas
- Otros trastornos o enfermedades (Agresiones, acoso, maltrato, discriminación laboral)

Aplicabilidad

Con este estudio podremos conocer la percepción de salud por el Médico de familia de Atención Primaria. Nos sirve en nuestra práctica clínica para determinar las enfermedades que padecen y los grupos de riesgo, así como si los Médicos de familia consultan por sus problemas de salud.

Con respecto al análisis estadístico descriptivo, hemos utilizado medias y desviaciones típicas para variables cuantitativas y porcentajes en las cualitativas, y para el análisis inferencial, test estadísticos como ANOVA o chi cuadrado. Siempre verificando las condiciones de aplicación.

Aspectos ético-legales

Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos.

Convenio de Oviedo. Fue aprobado por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa el 28 de septiembre de 1996, y está en vigor en nuestro país desde el 1 de enero de 2000. El capítulo II de dicho texto se dedica íntegramente al consentimiento informado.

Los principios básicos de la Declaración de Helsinki: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética de Huelva.

414/125. Coexistencia de obesidad y enfermedad cardiovascular en el estudio IBERICAN

Autores:

C. Gómez Montes¹, Á. Morán Bayón², M. Seoane Vicente³, B. De Román Martínez⁴, M. Grande Grande⁵, M. Castillejo Boguerín⁶.

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud. Estepona., ²Centro de Salud. Periurbana Sur Salamanca., ³Centro de Salud Acequión. Torrevieja. Alicante., ⁴Centro de Salud Los Cubos. Burgos., ⁵Centro de Salud. Gamonal Antigua. Burgos., ⁶Centro de Salud Montesa. Madrid.

Introducción

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. Actualmente el tamaño muestral es de 7.121 pacientes. La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en España. Sus complicaciones se ven en edad madura o avanzada, sin embargo la aterosclerosis comienza en la infancia y evoluciona gradualmente, esto aunarado a la suma de factores de riesgos cardiovascular a lo largo de la vida, perfila las complicaciones a futuro de enfermedad cardiovascular y pasa a ser objetivos del estudio.

Objetivos

Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares. El objetivo del presente trabajo es analizar la presencia de enfermedad cardiovascular en los pacientes obesos.

Diseño

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo pacientes de todas las Comunidades españolas.

Emplazamiento

Centros de salud de atención primaria españolas.

Material y métodos

Tamaño muestral 7.121 pacientes, que serán seguidos durante 5 años. Edad entre 18 - 85 años escogiendo los 10 primeros pacientes de la consulta de forma consecutiva, atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. Se definió la obesidad como la presencia de un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m². Se clasificaron los pacientes en prevención secundaria cuando presentaron cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, ictus o enfermedad arterial periférica.

Aplicabilidad

Resultados: La edad media de los sujetos incluidos es $57,8 \pm 14,7$ años, y el 54,2% son mujeres. La prevalencia de obesidad es del 35,8% y de obesidad abdominal del 55,6%. Los pacientes con obesos eran de mayor edad ($60,4 \pm 13,2$ años vs $56,4 \pm 15,4$ años, $p < 0,001$) y con menor porcentaje de mujeres (52,3% vs 55,4%, $p = 0,057$).

La prevalencia de enfermedad cardiovascular (19,8% vs 14,5%, $p = 0,001$) fue más frecuente en pacientes obesos. La cardiopatía isquémica (9,0% vs 6,3%, $p = 0,007$) e insuficiencia cardíaca (4,7% vs 2,5%, $p = 0,002$) fueron más frecuentes en pacientes obesos. El ictus (4,5% vs 3,7%, $p = 0,627$), la enfermedad arterial periférica (5,7% vs 4,3%, $p = 0,250$) y la retinopatía (0,7% vs 0,5%, $p = 0,733$) no alcanzaron diferencias estadísticamente significativas. La fibrilación auricular tampoco mostró diferencias estadísticamente significativas, aunque fue más frecuente en obesos (7,2% vs 5,0%, $p = 0,075$).

Conclusiones: la prevalencia enfermedad cardiovascular es mayor en los pacientes obesos, en particular la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca, que son la patologías con peor pronóstico asociado en términos de incidencia de nuevos eventos, lo que

nos hace suponer un mayor riesgo cardiovascular que se evaluará en el seguimiento de la cohorte.

Aspectos ético-legales

Aprobado por el CEIC del Hospital Clínico San Carlos de Madrid

Información al paciente, firma de consentimiento informado.

El registro se incluirá en un registro que cumple con los requisitos del International Committee of Medical Journal Editor.

Confidencialidad de los datos.

Planes de disseminación de los datos.

414/145. Detección de disfunciones sexuales en pacientes consumidores de antidepresivos.

Autores:

M. Castillo Moraga, J. Gómez Brioso, M. Otero Haraña, L. Garralón Ruiz, I. Morales Rodríguez, C. Camejo Calderón.

Centro de Trabajo:

Médico de Familia. Centro de Salud Sanlúcar Barrio Bajo. Cádiz.

Introducción

La sexualidad supone un aspecto fundamental en la salud del ser humano e integra tanto aspectos orgánicos como psicosociales. Las disfunciones sexuales se han correlacionado con niveles más bajos de calidad de vida y con diversas patologías tanto físicas como psíquicas y pueden ocurrir en cualquier etapa del ciclo vital. En muchos casos no se relacionan los trastornos sexuales con otras enfermedades, por lo que no se diagnostican y por lo tanto no se tratan. La morbilidad psiquiátrica se asocia frecuentemente a trastornos en la esfera sexual, siendo la ansiedad y la depresión un claro ejemplo de ello, tanto por la propia enfermedad como por los tratamientos farmacológicos que se emplean. El consumo de psicofármacos es cada vez más frecuente y demandado

por pacientes de diversas edades ante problemas afectivos o vitales que serían susceptibles de abordar por otras vías terapéuticas. La aparación de alguna disfunción en la esfera sexual durante el tratamiento con psicofármacos puede conllevar una disminución de la adherencia al tratamiento y en algunos casos incluso el abandono del mismo.

Objetivos

Detectar disfunciones sexuales en pacientes que consumen antidepresivos y acuden a la consulta del médico de familia.

Planificar la necesidad de desarrollar estrategias de abordaje de las disfunciones sexuales en estos pacientes.

Diseño

Estudio descriptivo transversal

Emplazamiento

Centro de salud de un núcleo de población rural

Material y métodos

Población: pacientes de ambos sexos entre 18 y 65 años que acuden a su médico de familia por cualquier motivo y consumen algún tipo de antidepresivo.

Mediciones e intervenciones: realización por parte del médico de familia del Cuestionario de Disfunción Sexual asociada a psicofármacos (SALSex), el cual consta de siete preguntas que exploran el efecto de los antidepresivos sobre la esfera sexual. Según la puntuación obtenida se clasifican en disfunción leve (entre 1 y 5 puntos), moderada (entre 6 y 10 puntos) e intensa (entre 11 y 15 puntos).

Técnica de análisis: los datos se analizaron mediante programa informático PSPP.

Limitaciones: negativa de algunos pacientes a participar en el estudio

Aplicabilidad

Es necesario abordar la sexualidad como parte integrante de la salud por parte del médico de familia. La búsqueda de disfunciones sexuales debe ser activa y oportunista, sobre todo en aquellos pacientes que presentan factores de riesgo predisponentes o

situaciones facilitadoras como es el consumo de antidepresivos. La detección de estas disfunciones es fundamental para plantear estrategias terapéuticas alternativas a los psicofármacos siempre que sea posible, mejorando de esta forma la salud y la calidad de vida de los pacientes.

Aspectos ético-legales

Se solicitó consentimiento informado verbal a los pacientes previo a realizar la encuesta. El cuestionario se realizó de forma anónima y sin datos identificativos del paciente por médicos de familia del centro y se entregó posteriormente a la persona encargada del análisis estadístico de los datos.

414/209. Correlación clínico-patológica en sarcomas. Del Centro de Salud a Anatomía Patológica.

Autores:

F. Leiva Cepas¹, T. Caro Cuenca², A. Moreno Vega³, J. De Haro Padilla⁴, M. González Serrano², R. Ortega Salas⁵.

Centro de Trabajo:

¹Colaborador Honorario. Facultad de Medicina y Enfermería. Departamento de Ciencias Morfológicas. Universidad de Córdoba., ²Facultativo Especialista de Área de Anatomía Patológica. Unidad de Gestión Clínica de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba., ³Facultativo Especialista de Área de Oncología Médica. Unidad de Gestión Clínica de Oncología Médica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba., ⁴Facultativo Especialista de Área de Cirugía Plástica y Reparadora. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Plástica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba., ⁵Directora de Unidad de Gestión Clínica de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción

Los sarcomas son tumores que tienen una baja incidencia pero una elevada morbilidad, que en múltiples ocasiones tienen un diagnóstico tardío por la evolución larvada, la forma clínica no sospecho-

sa o la falta de conocimiento por parte del colectivo médico en general. Recientemente se ha realizado una encuesta a los Médicos de Familia a través de la Asociación Española de Afectados por Sarcoma (AEAS) donde se muestran unos resultados dispares entre los encuestados sobre sus conocimientos en sarcomas.

Objetivos

- Evaluar en una muestra controlada de sarcomas recibidos en un servicio de Anatomía Patológica la implicación de Atención Primaria y Hospitalaria en su detección.
- Analizar en la historia clínica de los pacientes el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico en distintos niveles asistenciales
- Identificar qué tipos de sarcomas son los que generan mayor retraso diagnóstico-terapéutico.

Diseño

Estudio descriptivo longitudinal y retrospectivo.

Emplazamiento

Servicio de Anatomía Patológica de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos

Población: pacientes con diagnóstico anatomopatológico de sarcoma entre los años 2000-2018. Para un error alfa del 5%, una precisión del 3% y una proporción del 50%, sería necesario reclutar para el estudio a 111 pacientes afectos. Se analizarán las siguientes variables contenidas en la historia clínica: datos demográficos, tipo de tumor y localización, nivel asistencial en el que se establece el diagnóstico de sospecha (Atención Primaria o Atención Hospitalaria), tiempo transcurrido hasta la confirmación diagnóstica, asistencia sanitaria previa al diagnóstico, mortalidad y supervivencia. Se hará una estadística descriptiva e inferencial (análisis bivariado y multivariado; $p < 0,05$).

Aplicabilidad

El sarcoma es un tumor de elevada morbimortalidad. El retraso en su diagnóstico, a pesar de la accesibilidad a la atención primaria, está relacionado en muchos casos con la baja sospecha clínica, especial-

mente en pacientes jóvenes. Esta circunstancia, junto con la falta de comunicación y relación entre niveles asistenciales, contribuye a retrasar un diagnóstico precoz de esta entidad. El análisis de los casos confirmados de sarcoma permitirá elaborar estrategias formativas que mejoren la identificación de posibles casos de forma precoz en Atención Primaria y realizar una gestión más eficiente de los mismos en Atención Hospitalaria.

Aspectos ético-legales

Se han obtenido todas las autorizaciones por el Comité de Ética para la Investigación de la Provincia de Córdoba y se manejarán los datos de los pacientes de manera anonimizada y acorde a la LOPDCP.

414/216. Dolor crónico no oncológico (DCNO) en pacientes mayores desde la perspectiva de atención primaria

Autores:

N. Ktiri Fakih¹, N. Ktiri Fakih¹, I. Bellido Estevez², G. Amselem Garcia¹, D. Hamadi Mohamed³, M. Yaoubi Badah⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Urgencias Hospitalarias. Hospital Comarcal de Melilla, ²Profesora Titular de Medicina. Departamento de Farmacología. Universidad de Málaga., ³Enfermera Urgencias Hospitalarias. Hospital Comarcal de Melilla., ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Melilla.

Introducción

El dolor crónico tiene un gran impacto en la función física, emocional y cognitiva, en la vida social y familiar, y en la capacidad de manejos de todo paciente. La evaluación significativa del dolor crónico es una tarea más exigente que la evaluación del dolor agudo. Esto es cierto tanto en la práctica clínica como en la realización de ensayos de manejo del dolor prolongado.

Objetivos

Evaluar el dolor crónico y su impacto en las funciones físicas, emocionales y sociales en todo paciente, y principalmente en pacientes mayores

Evaluar el grado tanto de manejo como de implicación del médico de AP

Diseño

Se realizó un estudio transversal, no intervencionista y observacional mediante la evaluación de escalas diagnósticas en pacientes con dolor crónico no oncológico (DCNO) en tratamiento con opiáceos mayores, así como la valoración del seguimiento por su médico de AP

Emplazamiento

El control del dolor crónico resulta más complejo en los pacientes mayores debido a la pluripatología, las comorbilidades y la polimedicación, que a menudo presentan estos pacientes y que incrementan el riesgo de efectos secundarios y de interacciones.

La mayoría de los pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria son mayores de 65 años, un adecuado seguimiento y control del DCNO desde esta área sanitaria es de enorme importancia para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Material y métodos

Se trata de una muestra de 247 pacientes con DCNO y en tratamiento con opiáceos mayores que cumplieron criterios de inclusión

El número de facultativos de Atención Primaria que participaron el estudio y que completaron el cuestionario auto-administrado fue de 29, los Instrumentos de recogida de datos: Las historias clínicas fueron revisada a través de la base de datos del e-SIAP

Para la evaluación del manejo del dolor crónico en Atención Primaria se suministró a los pacientes un cuestionario que incluyó tres apartados.

1º- EVA

2º- Índice de Lattinen

3º- Cuestionario de salud SF 12

4º- Cuestionario auto-administrado a los médicos de Atención Primaria (MAP) para la valoración, principalmente del grado de su implicación.

Aplicabilidad

Mejorar el manejo del dolor crónico no oncológico, principalmente en pacientes ancianos implicando así al MAP. Dado que la mayoría de las consultas de Atención Primaria son generadas por personas mayores de 65 años y el dolor crónico en estos pacientes puede tener una mayor repercusión en su calidad de vida, debido a factores como la pluripatología y la polifarmacia.

Aspectos ético-legales

La investigación epidemiológica sobre el dolor crónico ha proporcionado información importante sobre la prevalencia y los factores asociados con su aparición y persistencia. Nuestra comprensión de los factores asociados facilitará el manejo clínico, limitando la severidad y minimizando la discapacidad.

Para 2030, la OMS predice que los cuatro principales contribuyentes de la carga mundial de la enfermedad serán la depresión unipolar, la enfermedad coronaria, la enfermedad cerebrovascular y los accidentes de tráfico. El dolor crónico es una comorbilidad importante asociada con todo esto. Pero el dolor crónico es más que una comorbilidad de otra enfermedad o lesión identificable. El dolor crónico hoy, se reconoce como una condición en sí misma

414/255. Benzostopjuntos 2: efectividad de una intervención comunitaria en el uso crónico de benzodiazepinas: estudio aleatorizado controlado

Autores:

I. Ferrer López¹, E. García Bermúdez², M. Murillo Fernández³, C. Herrera Ruiz⁴, M. Blazquez Barba⁵, A. García Delgado⁶.

Centro de Trabajo:

¹Unidad de Gestión Clínica. Farmacia Atención Primaria Sevilla. Intercentros. Distrito Atención Primaria Sevilla. Servicio Andaluz de Salud., ²Coordinadora del Centro de Información de Medicamento del Real e Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Sevilla., ³Farmacéutica Comunitaria en Sevilla. Vicepresidenta ^{3a} de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria., ⁴Enfermera.

Directora de la Unidad de Gestión Clínica. El Cachorro. Distrito Atención Primaria Sevilla. Servicio Andaluz de Salud., ⁵Médico de Familia. Directora de la Unidad de Gestión Clínica. Alamillo y San Jerónimo. Distrito Atención Primaria Sevilla. Servicio Andaluz de Salud., ⁶Farmacéutica Comunitaria en Sevilla. Presidenta de la delegación de Andalucía de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria.

Introducción

La información al paciente consigue mejorar el conocimiento y empoderarlo con el objetivo de aumentar el control, para que tomen la iniciativa, la resolución de problemas y la toma de decisiones.

En Sevilla, el 13% de la población consume benzodicepinas (BZD), el 71 % son mujeres y el 50% son mayores de 65 años. En 91% las tomas de manera crónica (>28 días). Promedio de duración de la prescripción 190 días DE: 107 días

Solo se deberían usar BZD a corto plazo (2-4 semanas), en crisis de ansiedad, cuando sea crucial el control de síntomas, o en insomnio grave que interfiere con la vida cotidiana. Generan problemas de seguridad, con cociente riesgo/beneficio desfavorable.

Intervenciones breves y sencillas, consiguen un abandono del 25% y se mantiene en el tiempo (6-12 meses), inclusive a los 10 años.

Objetivos

Hipótesis: mejorar el conocimiento de los pacientes sobre las BZD, favorece su deshabituación.

Objetivo: evaluar la efectividad de un programa educativo comunitario basado en información directa al paciente, en la reducción del número de pacientes con uso crónico de BZD

Diseño

Estudio aleatorizado con grupo control.

Emplazamiento

centros de salud urbano de Atención Primaria.

Material y métodos

Médicos de atención primaria, enfermeros y farmacéuticos de oficina de farmacia del ámbito del centro

de salud captarán a los pacientes de manera oportunista. Se les hará lectura y recogida del consentimiento informado, suministro de un cuestionario autoadministrado sobre conocimiento y creencias sobre las BZD y calidad de vida mediante EQ5D.

Aleatorización por el servicio de farmacia de Atención Primaria de pacientes al grupo control e intervención y envío del material educativo al domicilio de los pacientes en el plazo de 1 mes y los controles se demorará 6 meses.

La intervención persigue el paso de la etapa precontemplativa a la contemplativa de las fases del modelo Prochaska y DiClemente. Los contenidos incluyen ventajas, inconvenientes y alternativas a las BZD. Recomendando la consulta médica para la deshabituación. Traducción con adaptación local, con permiso de los autores de un ensayo clínico con resultados positivos. El contenido está apoyado por 3 colegios profesionales y 6 sociedades científicas de ámbito local y nacional.

Muestra: 167 pacientes por grupo para una proporción estimada de abandonos en el grupo control del 5% y en el grupo intervención 27%, considerando un error alfa de 0,01, una potencia del 90% y un porcentaje de pérdidas del 20%.

Duración: 6 meses.

Análisis estadístico por protocolo y por intención de tratar: descriptivo, de contraste de diferencias y se construirán modelos de regresión logísticos.

Aplicabilidad

El uso de BZD es un problema de salud pública, debido al alto consumo con balance beneficio/riesgo desfavorable (incremento de mortalidad, fracturas...). Esta estrategia educativa podría tener un efecto importante y serían aplicables a la práctica clínica diaria de los pacientes con ansiedad e insomnio, implicando una nueva perspectiva en la retirada de BZD.

Limitación por captación oportunista de los pacientes.

Aspectos ético-legales

Se siguen directrices de LOPD, información verbal sobre autores, objetivos e intervención con firma de

consentimiento informado. Solicitada evaluación al Comité de Ética.

414/257. Estudio ecológico retrospectivo sobre deshabituación de benzodiacepinas mediante intervención breve en un centro de salud rural.

Autores:

F. Atienza Martín¹, S. Baz Montero², A. García Delgado³, E. García Bermúdez⁴, M. Blazquez Barba⁵, I. Ferrer López⁶.

Centro de Trabajo:

¹Centro Médico Psicosomático. Sevilla., ²Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica de Punta Umbría. El portil. Distrito Atención Primaria Huelva costa., ³Farmacéutica Comunitaria en Sevilla. Presidenta de la delegación de Andalucía de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria., ⁴Coordinadora del Centro de Información de Medicamento del Real e Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Sevilla., ⁵Médico de Familia. Directora de la Unidad de Gestión Clínica. Alamillo y San Jerónimo. Distrito Atención Primaria Sevilla. Servicio Andaluz de Salud., ⁶Unidad de Gestión Clínica. Farmacia Atención Primaria Sevilla. Inter-centros. Distrito Atención Primaria Sevilla. Servicio Andaluz de Salud.

Introducción

El consumo de benzodiacepinas (BZD) se asocia a problemas de seguridad. Su uso crónico

ocasiona tolerancia y dependencia desde las pocas semanas de su uso. Datos recientes muestran

que el 35.8% de los pacientes con nuevas prescripciones de BZD continúan usando el

medicamento después de 3 meses, el 15.2% lo usa durante 1 año y el 4.9% durante 8 años. El uso

de BZD tiende a aumentar significativamente con la edad.

Objetivos

Evaluar el impacto de una intervención breve educativa sobre el consumo crónico de benzodiacepinas.

Diseño

Estudio ecológico de tendencias en el tiempo. La intervención se aplica a un grupo entero y el resultado se mide a nivel grupal.

Emplazamiento

Centro de salud rural con una sola clave médica. Seguimiento retrospectivo: 6 meses.

Material y métodos

Población: pacientes usuarios de BZD.

Muestra: Todos aquellos pacientes que no presenten patología dual, dependencia alcohólica, temblores, sin patología mental grave, demencia, terminales o pronóstico de vida limitado o que tengan disminuida su capacidad de decisión y entendimiento de la hoja de información a pacientes.

Intervención: atención médica, enfermera y farmacéutica habitual incluyendo un material educativo que informa sobre ventajas, inconvenientes, alternativas y pauta descendente de uso de BZD.

Mediciones: variable principal: tasa de uso de BZD estandarizada por edad y tipo de farmacia.

Técnicas de análisis: descriptivos y analíticos (el riesgo relativo, la razón de tasas, coeficiente de correlación, línea de regresión y análisis de regresión).

Aplicabilidad

La información al paciente consigue mejorar el conocimiento y empoderar al paciente con el objetivo de ayudar a las personas a aumentar el control, para que tomen la iniciativa, la resolución de problemas y la toma de decisiones, esto puede aplicarse a diferentes configuraciones en la salud, la asistencia social y la autogestión.

Se fomenta una vida saludable al ir acompañada la intervención de recomendaciones de mejores hábitos de vida gracias a las guías de autoayuda.

Aspectos ético-legales

Se siguen las directrices de LOPD, información verbal sobre autores, objetivos e intervención sin firma de consentimiento informado al ser el estudio retros-

pectivo bajo práctica habitual y evaluación a nivel de clave médica.

414/293. Prevalencia de alteraciones genéticas en la producción de alfa-1 antitripsina en pacientes con EPOC en Atención Primaria

Autores:

L. Ginel Mendoza¹, A. Baca Osorio², J. Guerrero Ruiz³, C. Gómez Montes⁴, R. Reina González⁵, M. Domínguez Santaella⁶.

Centro de Trabajo:

¹Médico Adjunto. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga., ²Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga, ³Médico de Familia. Centro de Salud de Torrequebrada. Benalmádena. Málaga, ⁴Centro de Salud. Estepona., ⁵Médico de Familia. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga, ⁶Centro de Salud Victoria. Málaga.

Introducción

El déficit de alfa-1 antitripsina (DAAT) es un trastorno hereditario, transmitido de manera autosómica co-dominante, con riesgo incrementado de enfisema pulmonar y hepatopatías crónicas. Es responsable de aproximadamente el 1-2% de todos los EPOC. Sólo el 10% de los pacientes con DAAT grave están diagnosticados debido al bajo índice de sospecha clínica. El diagnóstico precoz puede ser determinante en el pronóstico de la enfermedad, así como el poder realizar estudios a familiares para diagnosticar otros casos, dar consejo genético y considerar inicio de tratamiento sustitutivo en los casos en que esté indicado. El diagnóstico del DAAT es de laboratorio, mediante determinación cuantitativa de niveles de alfa-1 antitripsina (AAT) en sangre y la identificación del genotipo. Las recomendaciones de las principales sociedades científicas coinciden en que todo paciente EPOC debe tener al menos una determinación de AAT para descartar esta deficiencia. Disponemos de pruebas sencillas que permitan realizar un screening a estos pacientes.

El presente proyecto pretende la identificación directa del genotipado mediante una técnica novedosa,

muy simple, sencilla y poco invasiva que consiste en la realización de un hisopado de muestra de mucosa gingival que evalúa las 14 mutaciones más frecuentes que causan el DAAT en aquellos pacientes con diagnóstico previo de EPOC.

Objetivos

Objetivo principal: Determinar la prevalencia de alteraciones genéticas en la producción de AAT en pacientes diagnosticados de EPOC. Objetivos secundarios: determinar la factibilidad del genotipado a partir de frotis bucal mediante hisopo para la detección del DAAT en una población de pacientes con EPOC, determinar la prevalencia de las diferentes variantes genéticas de la AAT en pacientes con EPOC así como caracterizar clínicamente los pacientes con mutaciones deficitarias de la AAT.

Diseño

Estudio descriptivo transversal. Multicéntrico.

Emplazamiento

Centros de Salud de la provincia de Málaga.

Material y métodos

Muestra de al menos 400 pacientes diagnosticados de EPOC reclutados de forma consecutiva en las consultas de atención primaria de los centros participantes que no tengan realizada la determinación de AAT. Para inclusión es necesario diagnóstico de EPOC por espirometría y firmar consentimiento. Se realizará análisis de sangre con determinación de ATT y estudio genético en frotis de mucosa bucal (Test Progenika). Se analizan variables sociodemográficas, tabaquismo, variables clínicas y espirométricas, exacerbaciones, analíticas (neutrófilos y eosinófilos), tratamiento, comorbilidades y vacunación. Se realizará un análisis univariante utilizando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. Análisis bivariante, utilizando el test de Chi-cuadrado para variables cualitativas y la t-student para comparar medias.

Aplicabilidad

Los datos obtenidos permitirán conocer las características genéticas de los pacientes con EPOC en rela-

ción al DAAT así como estudiar diferentes características de los mismos.

Aspectos ético-legales

Los datos serán tratados con arreglo a la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y de acuerdo con lo previsto en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo relativo a la protección de las personas físicas. Presentado al Comité de ética para la Investigación.

Proyectos de Investigación

Orales Médico Residente

414/3. Utilidad del Programa de Mantenimiento con Metadona y su valoración en Atención Primaria.

Autores:

M. Luna Pereira¹, J. López Díaz¹, C. Mellado Prenda², D. Ramírez Sánchez³, M. Apolo Gonzalez⁴, F. Hinojosa Fuentes⁵.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva., ²Médico Residente 4º año. Centro de Salud Adoratrices. Huelva., ³Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva., ⁴Médico Residente de 4º año. Centro de Salud. Zona Centro. Badajoz., ⁵Médico de Equipo Básico de Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica Huelva Centro. Huelva.

Introducción

En España no se han realizado en los últimos años estudios sobre como afectan los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) en la esfera biopsicosocial de los pacientes incluidos en estos.

Los trabajos existentes ponen de manifiesto como las diferencias entre los distintos PMM en cuanto a sus características intrínsecas, unido a tamaños muestrales pequeños, afectan negativamente a sus resultados, sin aportar datos fiables. Por ello se considera oportuno realizar un estudio sobre el PMM en Andalucía y para ello se elige una de sus provincias, Huelva.

Además estamos viviendo una época en la que los profesionales sanitarios están dejando de confiar en estos tratamientos, por verlos insuficientes o innecesarios, opiniones alejadas de la realidad que muestran los estudios existentes en el tema, así como los profesionales encargados de los tratamientos y seguimientos estrechos de los pacientes drogodependientes.

Objetivos

Principal: Estudiar la utilidad del Programa de Mantenimiento con Metadona a nivel de Atención Primaria comprobando si cumple su función de mantener en abstinencia a opioides ilegales a los pacientes que forman parte de él, así como permitir una correcta funcionalidad biopsicosocial de los mismos.

Específicos: Determinar el control de las enfermedades infectocontagiosas contraídas en relación con el uso de drogas por vía parenteral. Describir la evolución de las conductas delictivas. Determinar el apoyo social percibido por los pacientes. Describir la reinserción laboral y la funcionalidad familiar. Cuantificar el nivel de ingreso económico. Describir la valoración que tienen los propios usuarios del PMM. Analizar el conocimiento y valoración personal que tienen sobre el PMM los profesionales sanitarios.

Diseño

Estudio Observacional Descriptivo Longitudinal.

Emplazamiento

Centros de salud Molino de la Vega, Los Rosales e Isla Cristina, en la provincia de Huelva.

Material y métodos

La información se conseguirá a través de cuestionarios validados y a través de la Historia Clínica Diraya.

Cada paciente aportará tiempo de evolución en el programa y datos personales como serían, enfermedades infectocontagiosas, antecedentes legales, funcionalidad familiar, apoyo social y situación laboral y económica así como opinión personal de los usuarios sobre el propio programa y las posibles mejoras.

Se facilitará un segundo cuestionario validado de igual manera, a los profesionales sanitarios de los centros anteriormente descritos con los que se objetivarán los conocimientos que tienen los propios profesionales sanitarios del PMM, valoración personal y futuras mejoras.

Todos los cuestionarios desarrollados se validarán mediante un comité de expertos y sometidos a un pilotaje inicial. Tras ello finalmente se medirá la fi-

bilidad de los mismos mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

Análisis de datos: Se determinará la media y la desviación típica para las variables cuantitativas y se calculará porcentajes para las cualitativas. Se calcularán intervalos de confianza del 95%.

Se verificarán las condiciones de aplicación y se analizarán los datos usando el programa informático SPSS para Windows.

Aplicabilidad

No hay estudios recientes que comprueben la utilidad del PMM en nuestro medio, siendo oportuna su realización.

Aspectos ético-legales

- Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente
- Ley 14/1986, General de Sanidad
- El código de Deontología Médica
- Declaración de Helsinki
- Principios fundamentales de la Bioética
- Comité de Ética de Huelva

414/147. Relación del Índice de Masa Corporal con la Calidad de vida y la Severidad de los síntomas en mujeres con Fibromialgia

Autores:

D. Ramírez Sánchez¹, J. López Díaz², G. Castiñeiras Pardo³, M. Luna Pereira².

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva, ²Médico Residente 4º año. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva., ³Médico Residente 3º año. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva.

Introducción

La Fibromialgia es una enfermedad cada vez más prevalente en nuestro país. Estudiar la relación entre

el Índice de Masa Corporal y la calidad de vida ha sido objetivo de varios estudios en pacientes ya diagnosticadas de Fibromialgia, llegando a la conclusión que mayor Índice de Masa Corporal, se relaciona con peor calidad de vida, siendo importante entonces actuar en consecuencia con medidas como mejora en hábitos dietéticos, práctica de ejercicio y uso adecuado de terapias.

En el presente estudio se medirá el Índice de Masa Corporal de las mujeres diagnosticadas de Fibromialgia pertenecientes al Centro de Salud Molino de la Vega de Huelva y su relación con la calidad de vida percibida además de la severidad de los síntomas.

Objetivos

Objetivos principales

- Analizar la relación entre el Índice de masa corporal y la calidad de vida en mujeres diagnosticadas de Fibromialgia
- Analizar la relación entre el Índice de Masa Corporal y la severidad de los síntomas en mujeres diagnosticadas de Fibromialgia.
- Objetivos secundarios
- Definir el perfil socioeconómico y demográfico
- Describir el tipo de tratamiento recibido en mujeres diagnosticadas de Fibromialgia.
- Analizar la relación entre la severidad de los síntomas y el nivel de clase social.
- Analizar la relación entre la Calidad de vida y el apoyo social.

Diseño

Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Emplazamiento

Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva.

Material y métodos

La información se conseguirá a través de cuestionarios validados y a través de la Historia Clínica Diraya.

Se administrarán varios cuestionarios validados en España, entre ellos: FIQ, SF-36, Criterios ACR Fibro-

mialgia 2010, apoyo social percibido. Además cada paciente aportará información acerca de datos sociodemográficos necesarios para establecer clase social.

Tamaño muestra: se calcula una muestra de 280 pacientes. Coincide la muestra con la población a estudio.

Análisis de datos: Se determinará la media y la desviación típica para las variables cuantitativas y se calculará porcentajes para las cualitativas. Se calcularán intervalos de confianza del 95%. Se realizará un análisis multivariante creándose dos modelos de regresión lineal múltiple tomando como variables dependiente la calidad de vida y la severidad de los síntomas respectivamente.

Aplicabilidad

Estudiar la relación entre el Índice de Masa Corporal con la calidad de vida y la severidad de los síntomas en la Fibromialgia puede ser clave a la hora de aplicar hábitos dietéticos, deportivos, sociales en este tipo de pacientes.

Hay pocos estudios que hayan incidido en este tema por lo complejo de la enfermedad.

Aspectos ético-legales

- Ley 14/2007, de 3 de Julio, de Investigación Biomédica.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información documentación clínica.
- Decreto 439/2010 por el que se regulan los órganos de ética e investigación sanitarias y los Ensayos clínicos en Andalucía.
- Se seguirán los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la Declaración de Helsinki.

414/194. Evaluación del impacto de la teledermatología en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones malignas de la piel, en el centro de salud de Bollullos del condado

Autores:

M. Neila López¹, J. Gonzalez Aguilera², M. Oliva Márquez³, M. Ríos Carrasco⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Bollullos del Condado. Huelva., ²Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Isla Chica. Huelva., ³Médico Residente 4º año. Centro de Salud Moguer. Huelva., ⁴Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Cartaya. Huelva.

Introducción

La Teledermatología consiste en la evaluación clínica de las lesiones cutáneas y la revisión de datos de laboratorio por dermatólogos con técnicas de Telemedicina, permitiendo el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes a distancia.

Los objetivos fundamentales de la misma son: Promover la igualdad de los ciudadanos en el acceso a los servicios médicos especializados, Fomentar la cooperación entre niveles (Atención Primaria y especializada), Disminuir los costes de la asistencia sanitaria, Estimular las habilidades de los médicos y otros profesionales de la salud por medio de la formación basada en las teleconsultas y las videoconferencias, Intentar alcanzar el mismo nivel de cuidados clínicos a los pacientes que los que se dan con la tecnología convencional, Reducir la lista de espera, Mejorar y agilizar las consultas entre diferentes unidades de atención especializada e Incrementar la utilización de servicios de salud primarios y secundarios en el domicilio.

Objetivos

Objetivo principal: Comparar el tiempo entre la detección de una lesión cutánea sospechosa de malignidad a nivel de Atención Primaria y su extirpación, antes y después del uso de la Teledermatología

Objetivo secundario: Determinar el grado de concordancia entre las lesiones sospechosas de malignidad de manera macroscópica, con ayuda del dermatoscopio y tras su análisis anatomopatológico

Diseño

Estudio observacional descriptivo:

Para las variables cuantitativas se utilizarán la media y la desviación típica; para las cualitativas, se utilizarán frecuencias absolutas y relativas.

Estadística Inferencial:

Se empleará un intervalo de confianza del 95%. Para comparar medias se utilizará el test de la t para muestras independientes ; y para comparar variables cualitativas se utilizará el test de la Chi-Cuadrado.

Se utilizará el Índice Kappa para establecer la concordancia entre el diagnóstico realizado por el médico de familia y el diagnóstico dermatoscópico, el diagnóstico realizado por el dermatólogo y el diagnóstico anatomopatológico.

En todos los casos se comprobarán las condiciones de aplicación

Emplazamiento

Todos los pacientes mayores de edad de Bollullos del condado derivados a Consultas Externas de Dermatología por sospecha de lesiones malignas cutánea en 2016 y todos los pacientes mayores de edad de Bollullos del condado derivados a la Consulta de Dermatoscopia por sospecha de lesión maligna cutánea en 2018

Material y métodos

Variables: edad, sexo, diagnóstico atención primaria, diagnóstico consulta dermatología, diagnóstico consulta dermatoscopia, diagnóstico tele dermatología, diagnóstico anatomopatológico, fecha consulta atención primaria, fecha consulta dermatología, fecha consulta dermatoscopia, fecha informe tele dermatología, fecha informe anatomopatológico.

Limitaciones del estudio: se descarta el año 2017, ya que fue un año de transición en el centro de salud para la implantación de Tele dermatología, con el fin de evitar sesgos.

Aplicabilidad

La intención de este proyecto de investigación es determinar si la Tele dermatología acelera el proceso de diagnóstico y tratamiento de las lesiones cancerígenas de la piel. Asimismo se comparará el número de lesiones que finalmente son diagnosticadas como cancerígenas con las que inicialmente se derivan por la aplicación de Tele dermatología, para conocer el grado de concordancia diagnóstica.

En caso de obtener resultados positivos en el estudio, éste será un modo de confirmar la necesidad de la implantación del programa de Tele dermatología en el máximo número de centros de salud posibles.

Aspectos ético-legales

Ha sido aprobado por el Comité de Ética de Huelva

414/195. Adecuación del diagnóstico de depresión en pacientes del centro de salud Adoratrices.

Autores:

C. Mellado Prenda¹, M. Luna Pereira², M. Oliva Márquez³, J. Gonzalez Aguilera⁴, Y. Pérez Cornejo⁵, N. Pazos Pazos⁶.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año. Centro de Salud Adoratrices. Huelva., ²Médico Residente 4º año. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva., ³Médico Residente 4º año. Centro de Salud Moguer. Huelva., ⁴Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Isla Chica. Huelva., ⁵Médico Residente 4º año. Centro de Salud Gibralfaró. Huelva., ⁶Médico Residente 4º año. Centro de salud Gibralfaró. Huelva.

Introducción

La depresión es una de las enfermedades más comunes e importantes dentro de las enfermedades de salud mental en Atención Primaria y en una gran mayoría de pacientes es detectada directamente en su centro de salud por el

médico de familia. El infradiagnóstico de depresión se ha convertido en un problema ampliamente estable-

cido y estudiado en muchos artículos. Sin embargo, pocos se centran en otro importante y algo más menospreciado problema que es el

sobrediagnóstico y por tanto sobretratamiento, sobre los que influyen la amplitud y ambigüedad de los síntomas y el estrés de la sociedad moderna actual.

Objetivos

Determinar la prevalencia de la adecuación diagnóstica de depresión en el centro de salud Adoratrices.

Determinar la relación de la depresión con otras variables del paciente.

Comparar la adecuación diagnóstica entre la consulta de atención primaria y la atención especializada (psiquiatría).

Diseño

Observacional, descriptivo, transversal.

Emplazamiento

Centro de salud Adoratrices, Huelva.

Material y métodos

Seleccionamos de manera aleatoria una muestra de pacientes que se encuentren bajo tratamiento anti-depresivo y se les realiza un test diagnóstico de depresión, en este caso el BDI-II validado para su autoadministración. De esta manera se clasifica a los individuos en realmente deprimidos o en pacientes sin depresión, que en este caso estarían sobretratados. Con los resultados obtenidos se calcula la prevalencia de sobrediagnóstico y de prescripción innecesaria de

antidepresivos y se identifican las siguientes variables que influyen en el mismo: sexo, estado civil, nivel de estudios, antecedentes personales y familiares de depresión. Además se compara la adecuación obtenida entre los diagnósticos realizados en atención primaria y el diagnóstico realizado por especialistas de psiquiatría.

Aplicabilidad

Se ha comprobado que hasta un 49,6% de los pacientes en tratamiento con antidepresivos del centro de salud se encontraban sobrediagnosticados y

sobretratados. Dada la alta prevalencia de este tipo de pacientes en nuestro medio, resulta necesaria una revisión del diagnóstico de los mismos de cara a evitar un sobretratamiento teniendo en cuenta los importantes efectos secundarios que conlleva la toma de esta medicación.

Aspectos ético-legales

Se han seguido los aspectos éticos relacionados con el Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos, Jefatura del Estado «BOE» núm. 183, de 30 de julio de 2018. Referencia: BOE-A-2018-10751.

El proyecto ha recibido la aprobación del comité de ética de Huelva y se han seguido los principios de la beneficencia, no maleficencia, justicia y ética y también las condiciones de protección de datos personales y privados.

414/197. Utilidad del peak flow meter en el diagnóstico de asma en pacientes con alta sospecha clínica

Autores:

J. Gonzalez Aguilera¹, M. Neila López², M. Oliva Márquez³, C. Mellado Prenda⁴, E. Ambrona García⁵, A. Ortega Carpio⁶.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Isla Chica. Huelva., ²Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Bollullos del Condado. Huelva., ³Médico Residente 4º año. Centro de Salud Moguer. Huelva., ⁴Médico Residente 4º año. Centro de Salud Adoratrices. Huelva., ⁵Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de El Torrejón. Huelva., ⁶Médico de Familia. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.

Introducción

El asma es una enfermedad muy prevalente, afectando en España al 8-10% de niños y al 5% de adultos. A nivel mundial afecta al 1-18% de la población.

El Asma es una enfermedad que suele estar infra o inadecuadamente diagnosticada sólo con criterios clínicos. Según las guías, para realizar su diagnóstico se necesitan tanto criterios clínicos como una prueba funcional respiratoria (PFR) que confirme el diagnóstico, ya que ninguno de los signos ni síntomas son específicos del asma y su ausencia tampoco lo descarta. La PFR gold standard es la espirometría, pero también tenemos otras como el Peak Flow Meter (PFM) que es el que utilizaremos en nuestro estudio. Estas pruebas permiten demostrar características básicas del asma: Obstrucción del flujo aéreo, Hiperrespuesta Bronquial, Reversibilidad y Variabilidad. Por ello, la hipótesis del estudio será que la medición del pico de flujo mediante PFM permite confirmar el diagnóstico de Asma en pacientes con alta sospecha clínica al poner de manifiesto la variabilidad y/o reversibilidad, características diagnósticas esenciales del Asma.

Objetivos

El objetivo principal será determinar la utilidad del PFM para confirmar el diagnóstico de asma en pacientes con sospecha clínica. Como objetivos secundarios determinar otras variables predictoras asociadas al diagnóstico de asma bronquial mediante PFM.

Diseño

Descriptivo Transversal.

Emplazamiento

Centro de salud urbano de Huelva.

Material y métodos

- Población de estudio: población de centro de salud urbano, con edades entre 10-45 años, con alta sospecha clínica de asma según criterios GINA, que hayan necesitado algún Broncodilatador de acción corta durante el año 2017.
- Criterios de Exclusión: pacientes diagnosticados de asma o EPOC mediante PFR; diagnosticados de otra patología específica de vías respiratorias o cardíaca; embarazadas, y aquellos que presenten infección aguda por virus respiratorio.
- n=72 pacientes.
- Muestreo aleatorio Simple.

- Variable dependiente: porcentaje de pacientes en que se confirme el diagnóstico de asma mediante PFM a través del cálculo de la variabilidad y de la reversibilidad.
- Variables independientes: Edad, sexo, IMC, antecedentes alérgicos, atópicos y/o asmáticos, historial de tabaquismo, tratamientos que realiza, sintomatología respiratoria y medición del pico de flujo.
- Intervención: Llamamos al paciente. Se cita en consulta donde contesta a preguntas que responden a las variables. Firma consentimiento informado. Se entrega el PFM y se adiestra en su uso. Realizamos prueba de reversibilidad. Explicamos cómo hacer el registro del Peak Flow durante una semana para calcular la variabilidad. Entregan el PFM y recogemos los resultados. Los pacientes cogen cita con sus Médicos, a los que informamos de resultados.
- Análisis de datos: Porcentajes para Variables cualitativas y medias y desviaciones estándar para cuantitativas. Chi-Cuadrado para contraste de hipótesis entre variables cualitativas y t-Student para comparar medias.

Aplicabilidad

Estimar porcentaje de Asma no diagnosticada en población de riesgo con criterios GINA y estimular el uso del PFM entre profesionales de salud para objetivar una patología de alta prevalencia infradiagnosticada, ó inadecuadamente diagnosticada solo con criterios clínicos.

Aspectos ético-legales

El proyecto ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Huelva. Los autores declaran no tener conflictos de intereses. Cumple los principios básicos de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

414/289. Factores asociados al uso excesivo de broncodilatadores beta-2 agonistas de acción corta en el asma

Autores:

M. Fernández Lara¹, M. Moreno Garcia¹, M. Gutiérrez Jansen², F. Hidalgo Martín³, L. Ginel Mendoza⁴, A. Baca Osorio⁵.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de 2º año. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga., ²Médico Residente 4º año. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga., ³Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ⁴Médico Adjunto. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga., ⁵Médico Adjunto. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

Introducción

Hay un gran número de asmáticos no controlados a pesar del gran arsenal terapéutico que disponemos para el tratamiento del asma. En este sentido, se ha relacionado el uso inadecuado de SABA con peores resultados en el control e incluso con mayor riesgo de mortalidad en el asma. Se sospecha que pacientes con asma de alto riesgo obtienen alivio sintomático abusando de dosis de SABA y retrasando la ayuda médica en esta situación de mal control. El uso inadecuado de estos están asociados a un aumento significativo de morbilidad y costes sanitarios.

Objetivos

Detectar a los pacientes asmáticos que realizan un uso excesivo de SABA y comprobar si existe correlación entre el abuso de estos con otros indicadores de mal control.

Diseño

Estudio descriptivo transversal

Emplazamiento

Centro de Salud urbano que atiende a 37.000 habitantes

Material y métodos

Se analizarán una muestra de 120 pacientes asmáticos aleatorizados según los cálculos de tamaño muestral y prevalencia de asma en España que cumplan los criterios de inclusión y exclusión determinados. La variable dependiente será "utilización de dos o más inhaladores SABA en un año", y variables independientes serán sociodemográficas (edad y sexo), número de inhaladores SABA prescritos en un año, consultas por asma al médico, neumólogo o alergólogo, visitas a urgencias e ingresos, así como el número total de exacerbaciones.

También se cuantificarán el uso de espirometría u otras pruebas diagnósticas, determinación de gravedad y grado de control, uso de corticoides inhalados solos o asociados a broncodilatadores beta-2 de acción prolongada (LABA), corticoides orales y antileucotrienos, así como número total de fármacos, así como comorbilidades asociadas y hábito tabáquico. Todas las variables cualitativas se expresarán en porcentajes y las cuantitativas en medias y desviación estándar. Se realizará un estudio descriptivo para las diferentes variables y bivalente mediante Chi cuadrado (cualitativas) y t-Student (cuantitativas). Para controlar el posible efecto confusor de las variables independientes sobre la variable dependiente, realizaremos análisis multivariante mediante regresión logística. Las limitaciones principales serían la determinación real del uso de SABA debido a la retirada de estos sin receta médica, así como a la falta de registros en la historia clínica.

Aplicabilidad

Detectar a pacientes con uso excesivo de SABA que podría ser un indicador de mal control de la enfermedad y llevar a cabo un abordaje terapéutico enfatizando la importancia de la introducción temprana de la terapia de control del asma con CI y LABA para superar este uso inadecuado y los resultados adversos asociados.

Aspectos ético-legales

Para los pacientes a estudio se solicitará la firma del consentimiento informado. Se solicitará igualmente autorización al comité de ética en investigación correspondiente. Se evitará cualquier dato que vulnere la confidencialidad, en virtud de la Ley Oficial de Protección de Datos.

414/299. Prevalencia de hígado graso no alcohólico en pacientes con alto riesgo. Control de los factores de riesgo y valoración de la regresión por medio de scores.

Autores:

G. Castiñeiras Pardo¹, J. Cotrina Lino², J. Ortega Blanco³, M. Pedregal González⁴, F. Mora Moreno⁵, D. Ramírez Sánchez⁶.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 3º año. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva., ²Medico Adjunto de Aparato Digestivo. Hospital de Móstoles. Madrid., ³Medico Adjunto de Medicina de Familia. Molino de la Vega. Huelva., ⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad Docente. Huelva., ⁵Medico Adjunto de Medicina de Familia. Molino de la Vega. Huelva., ⁶Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva.

Introducción

La obesidad es una pandemia cuya incidencia está aumentando, al igual que sucede con las enfermedades metabólicas asociadas a ella. Entre estas patologías se encuentra la enfermedad de hígado graso no alcohólico (EHGNA).

La EHGNA presenta una prevalencia mundial entre el 25-30% y constituye actualmente la segunda causa de trasplante hepático en EEUU. Pero los estudios estiman que en la próxima década será la primera.

La prevalencia de la EHGNA -y de la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA)- es directamente proporcional a la prevalencia del síndrome metabólico (SM) y de sus componentes. Se ha visto que dichos componentes constituyen un factor de riesgo para desarrollar EHGNA y también de presentar estadios más avanzados. Por ejemplo, los diabéticos presentan una prevalencia de EHGNA de un 40-70% y de EHNA de un 22%.

Actualmente se dispone de varios scores analíticos validados para EHGNA y para fibrosis. Se empleará para EHGNA el Fatty liver index (FLI) y NAFLD liver fat score. Y para fibrosis, el NAFLD fibrosis score (NFS) y Fibrosis-4 (FIB-4).

Las guías europeas, recomiendan el screening de EHGNA en pacientes de riesgo (> de 50 años, DM tipo 2 y obesos). Desde atención primaria, con la aplicación de los scores y el uso de la ecografía, se podría realizar el screening.

Objetivos

- Valorar la prevalencia de EHGNA, en pacientes diabéticos tipo 2, mayores de 50 años y obesos. Usando los scores de esteatosis y de fibrosis. Con posterior valoración ecográfica.

- Valorar si el control de los componentes del SM se correlacionan con una regresión de la EHGNA medida por scores.

Diseño

Estudio trasversal.

Estudio prospectivo, longitudinal, observacional para valorar la regresión.

Emplazamiento

Molino de la Vega, Huelva.

Material y métodos

Participaran 323 pacientes.

Criterios de inclusión: Diabetes tipo 2, Obesidad (IMC > 30) edad > 50 y menor de 86.

Criterios de exclusión: Consumo de alcohol >30 gr oh/día en varones y 20 gr oh/día mujeres. VHB, VHC, hemocromatosis, enfermedad de Wilson, patología hepática autoinmune (HAI, CBP, CEP), enfermedad celíaca y tiroidea, ingesta de fármacos esteatogénicos (amiodarona, metotrexato y tamoxifeno), cirrosis, neoplasia hepática activa. Fibrosis significativa (F3-F4) en FIB-4 y NFS score. Lesiones ocupantes de espacio (excepto quiste simple) en ecografía. Movilidad reducida. Trastornos psiquiátricos o mentales. Consumidores de drogas. VIH positivo.

Se aplicaran los scores de esteatosis. Clasificando a los pacientes como esteatosis estimada por score si o no. Posteriormente se realizará la ecografía clasificando a los pacientes en esteatosis estimada por ecografía si o no.

En el análisis de datos se utilizará variables cualitativas nominales dicotómicas y cualitativas ordinales. Se empleará el riesgo relativo como medida de asociación y del estadístico chi cuadrado para el análisis de variables cualitativas. Se establecerá un nivel de significación estadística de $p < 0,005$.

Aplicabilidad

La elevada prevalencia en la población diana hará obvio la necesidad de implementar el cribado de EHGNA, al plan andaluz de atención integral al diabético.

Aspectos ético-legales

Se respeta las normas éticas de la Declaración de Helsinki.

414/304. Diferencias en calidad de muerte entre pacientes oncológicos terminales y pacientes con insuficiencia cardiaca terminal en el área de gestión sanitaria Norte de Huelva: Segundos resultados.

Autores:

Á. Rodríguez Ruciero¹, E. Martín Brioso², N. Trujillo Díaz³, C. Gómez Marquez⁴, E. Ruibérriz de Torres Fernández⁵, M. Delgado Moya³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva., ²Médico de Urgencias. Hospital Comarcal de Riotinto. Huelva, ³Médico de Familia. Hospital de Río Tinto. Huelva., ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Moguer de la Frontera. Huelva, ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Valverde del Camino. Huelva.

Introducción

En Andalucía nos regimos por el proceso asistencial integrado de Cuidados Paliativos que limita la entrada al mismo para pacientes en situación terminal de enfermedad oncológica y no oncológica, entendiendo situación terminal como enfermedad avanzada, incurable y progresiva sin posibilidades razonables de tratamiento específico y pronóstico de vida limitado. Asistimos a un envejecimiento progresivo de la población que conlleva un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, motivo que justifican la inclusión de pacientes no oncológicos en el proceso de cuidados paliativos. Conocer la calidad de muerte a través del análisis de la experiencia del cuidador principal tras el fallecimiento del paciente podría ayudarnos a establecer intervenciones sanitarias más eficaces al identificar los aspectos más importantes para la persona en su proceso de morir.

Objetivos

Determinar si existen diferencias en calidad de muerte entre el paciente con insuficiencia cardiaca terminal y el paciente oncológico terminal. Determinar si existen diferencias a la hora de pautar una sedación paliativa entre ambos grupos. Comparar el lugar del fallecimiento (domicilio u hospital) según patología. Analizar si existen diferencias en la inclusión en el proceso asistencial de cuidados paliativos entre ambos grupos.

Diseño

Estudio observacional descriptivo

Emplazamiento

Área de gestión sanitaria Norte de Huelva

Material y métodos

9 Población de estudio: pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna y pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca del área de gestión sanitaria Norte de Huelva. n=70.

Variables:

- Sexo: variable cualitativa dicotómica (mujer u hombre).
- Edad: variable cuantitativa continua; medida en años.
- Causa de la muerte (insuficiencia cardiaca o neoplasia maligna).
- Administración de sedación paliativa: variable cualitativa dicotómica (Sí o No).
- Lugar del fallecimiento: variable cualitativa politémica (domicilio, habitación individual o compartida en hospital o servicio de urgencias).
- Cuestionario sobre calidad de muerte: validado, consta de 30 preguntas. Cada ítem recibe una puntuación de 0 a 10 (mayor puntuación, mayor calidad de muerte).
- Cuestionario del buen morir de Andalucía: conformado por 22 preguntas con respuesta variable (Sí, no o no sabe no contesta).

Aplicabilidad

Conocer la forma en la que los pacientes viven su proceso de morir puede ayudarnos a llevar a cabo estrategias específicas para mejorarlo desde la atención primaria y la especializada. Analizar cuáles son las variables que influyen en dicho proceso puede facilitar el estudiar si existe una discriminación entre los diferentes grupos de pacientes y cuáles son las causas que pueden generar estas desigualdades, no sólo a nivel de recursos materiales y económicos sino también a hacer una autocrítica dentro del colectivo médico en cuanto a su formación teórica en materia de diagnóstico, tratamiento médico y acompañamiento en el final de la vida.

Aspectos ético-legales

Se contactará telefónicamente con el cuidador/a principal del paciente fallecido facilitándole información sobre la investigación que se realiza y si está de acuerdo o no en participar, se solicitará el acceso a la historia clínica del paciente fallecido (consentimiento informado verbal) quedando registrado en su historia clínica. Concretamos una visita a domicilio o lugar de común acuerdo donde se entregará consentimiento informado que deben firmar para poder ser incluidos en el estudio.

Casos Clínicos

Póster Médico de Familia

414/11. El botín del botiquín. Entre todos la mataron...y ella sola se murió.

Autores:

M. Sánchez González¹, O. Drabovich Drabovich².

Centro de Trabajo:

¹Movilizables de Cuidados Críticos y Urgencias y Servicios de Urgencias de Atención Primaria. Distrito Sevilla., ²Médico de Equipo Básico de Atención Primaria. Distrito Sevilla Sur.

Descripción del caso

Mujer, 76 años, sin alergias ni hábitos tóxicos. Avisan al SUAP por disnea en el marco de bronquitis subaguda, ya tratada con inhaladores (SAMA, LABA+Corticoides), corticoide oral en pauta corta descendente, expectorante y antibiótico, que ya prescribió otro SUAP, una semana antes.

Exploración y pruebas complementarias

BEG. Nulo trabajo respiratorio. TA 160mmHg/80, SatO₂: 94%. FC: 86lpm. FR: 18rpm. T^o: 36, 2°C. ACR: arrítmica, con sibilancias aisladas.

Al revisar la medicación que toma, detectamos una acumulación abusiva de fármacos en su botiquín domiciliario (entre 4-7 cajas nuevas de cada medicamento prescrito). La paciente refiere cumplir el tratamiento religiosamente. La medicación la saca de la farmacia del barrio, y la prepara una de sus hijas.

Indagando en su historial como antecedentes a destacar: HTA, DM (con micro y macroangiopatía), IRC, Cardiopatía isquémica, FA, Dislipemia, Asma; SAOS, Esteatosis hepática, Asma, Ansiedad y Poliartrosis. Se encuentra en tratamiento con: 24 fármacos prescritos, de manera crónica, y otros 6 con prescripción activa. Detectamos posibles problemas relacionados con su prescripción:

1-Interacciones: Digoxina + verapamilo: incremento de concentraciones de digoxina (40%-140%). Alo-

purinol + hidroclorotiazida/furosemda: incremento de ácido úrico. Potasio +candesartan: incremento de potasio.

2-Contraindicaciones: Posible contraindicación en hepatopatías: Metformina/vildagliptina. Fenofibrato Paracetamol: Solifenacina.

Posible contraindicación en neumopatías: Metformina/vildagliptina Tramadol, Fentanilo, Alprazolam, Lormetazepam.

Posible contraindicación en nefropatías: Metformina/vildagliptina, Potasio.

Posible contraindicación en insuficiencia cardiaca izquierda, Verapamilo.

Posible contraindicación en HTA: Duloxetine, Ibuprofeno. Interacciones con Acenocumarol: alopurinol, paracetamol, tramadol, IBP, corticosteroides, AINEs y diuréticos tiazídicos.

3-Mal control: Revisando sus controles en los últimos 3 años: la TA está por encima de los límites aconsejados; el potasio, la microalbuminuria, la HbA_{1c} y el ácido úrico: están elevados y las transaminasas (GPT) y los triglicéridos: se han disparado. Sospechamos abandono/seguimiento irregular de tratamientos. La paciente se queja: "mi médica no viene a verme y, a veces, me receta por teléfono". Se pone en conocimiento del Servicio de Farmacología del Distrito, que contacta con los profesionales de su centro de salud.

Juicio clínico

Abuso/mal uso de medicación. Acumulación de fármacos.

Diagnóstico diferencial

Mal cumplimiento/escasa adherencia al régimen terapéutico, abuso de sustancias, uso recreativo de fármacos, por terceras personas.

Comentario final

La ventaja del médico de familia, es que conoce al enfermo, en su entorno. En situaciones urgentes, ese entorno es más vulnerable, queda desprotegido y permite observar, entre otras cosas, qué uso le dan los pacientes a la medicación prescrita. El hecho de que la sanidad pública subvencione gran parte del gasto sanitario, hace

que el paciente/familiares muestren indolencia, ante el coste de esos recursos, y abusen de forma premeditada o no de ellos. La falta de control desde AP, puede provocar problemas relacionados con la seguridad del paciente: mal control, efectos no deseados, y abuso/uso recreativo de psicofármacos (especialmente opioides y benzodiacepinas). Aunque atribuible en parte a recortes y sobrecarga del personal (burnout), no se justifica la mala praxis.

Bibliografía

- Ibarra Barrueta, O. et al. Lo que debes sobre la adherencia al tratamiento. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). 2017.

414/13. Barco a Venus. El médico de familia como coach frente a la dependencia.

Autores:

M. Sánchez González¹, O. Drabovich Drabovich².

Centro de Trabajo:

¹Movilizables de Cuidados Críticos y Urgencias y Servicios de Urgencias de Atención Primaria. Distrito Sevilla., ²Médico de Equipo Básico de Atención Primaria. Distrito Sevilla Sur.

Descripción del caso

Varón, 21 años, que viene a consulta de AP solicitando ayuda para abandonar el consumo de cannabis. Había avisado a urgencias en una ocasión por irritabilidad y angustia. Se diagnostica crisis de ansiedad generalizada y se le recomienda abandono del consumo de cannabis, por lo que se cita, de forma programada, con su MAP.

Exploración y pruebas complementarias

En la actualidad COC, presenta aspecto cuidado, con ligera inquietud. El lenguaje es correcto, fluido, manteniendo contacto visual. Reconoce consumir 10-12 porros diarios. Fuma: 6-8 cigarrillos de tabaco y bebe alcohol esporádicamente, para mitigar su fobia social.

Crítica adecuadamente su consumo y lo relaciona con los síntomas que tiene, pero se ve incapaz de desin-

toxicarse por sí mismo (solicita ingreso hospitalario). Refiere sentir ansiedad, insomnio, labilidad afectiva, disforia y falta de control de impulsos que provocan retraimiento social, imposibilidad de concentrarse y tomar decisiones, y fallos de memoria inmediata. No presenta ideas delirantes, pero sí obsesivas que le atormentan.

Nos cuenta que el padre abandonó a la madre tras su nacimiento. La madre es alcohólica. Fue criado por su abuela materna. El rendimiento escolar era bueno, hasta que a los 16 años comenzaron sus problemas de comportamiento, coincidiendo con consumo esporádico de cannabis. Había probado otras sustancias (alcohol, MDMA y cocaína).

Se propone una desintoxicación ambulatoria, con ayuda de ansiolíticos. 5mg. de alprazolam retard+100 mg. de sertralina diarios. Es capaz de reducir el consumo hasta uno o dos porros/día, mejora el insomnio y dice encontrarse más espabilado, pero refiere gran ansiedad con componente vegetativo, irritabilidad intensa, ideas obsesivas, anorexia, alterna diarrea/estreñimiento, sensación distérmica, onicofagia y aumento del consumo de tabaco. Se propone tratamiento con risperidona: 0, 5mg. al mediodía y noche, que consigue mantener la abstinencia más fácilmente, mejora la ansiedad y le resulta más sencillo planificar actividades.

Juicio clínico

Dependencia de cannabis.

Diagnóstico diferencial

Dependencia de anfetaminas, LSD, cocaína, alcohol, etc, T. psicótico, TOC.

Comentario final

El coaching médico es una herramienta que ha demostrado su utilidad (1) para adquirir hábitos de vida saludable, modificar o abandonar hábitos adquiridos, promover salud y prevenir enfermedades. Para el médico de familia supone un avance en su vertiente: profesional (por ser parte de equipos de trabajo) y personal (herramienta de autoayuda), y para el paciente: permite un abordaje más personalizado, ante los protocolos genéricos de actuación (2).

Bibliografía

- Young, D, et al Patient Engagement And Coaching for Health: The PEACH study a cluster randomised controlled trial using the telephone, to coach people with type 2 diabetes to engage with their GPs to improve diabetes care: A study protocol.
- BMC Family Practice, 8 (2007), pp. 20 <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-8-20>
- Bris Pertíñez, J; Coaching: ¿Una herramienta útil para el médico de familia? RevAtenciónPrimaria. Vol. 48. Núm. 1. Enero2016pág. 1-70 <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.11.002>

414/19. Hemorragia cerebral como debut de Púrpura Trombocitopénica Idiopática

Autores:

L. Hernández Sánchez¹, H. Castillo Bueno², E. Jiménez Alonso².

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud Armilla. Granada., ²Médico Familia. Centro Salud Alfacar. Alfacar. Granada.

Descripción del caso

Mujer de 70 años diabética tipo II con ADO que acude a la consulta de AP por notarla la familia algo desorientada y lenta en últimos dos días. No refiere traumas ni clínica infecciosa.

Exploración y pruebas complementarias

La paciente tiene buen estado general, afebril, cardiopulmonar y abdominal normal. En miembros inferiores destacan petequias en parte baja de piernas y algún hematoma aislado.

Neurológicamente está consciente, bradipsíquica, orientada en espacio, no en tiempo, y colabora poco. Pares craneales normales, vías largas normales, ROT conservados, reflejo cutaneoplantar con tendencia extensora/indiferente. Marcha normal.

Se toman constantes: TA 135/90, FC 82, glucemia capilar 155 y se hace tira de orina que descartó ITU.

Se decide traslado a urgencias hospitalarias para valoración del síndrome confusional y descartar Púrpura Trombocitopénica Idiopática (PTI).

En urgencias se solicita analítica completa objetivándose una plaquetopenia de 4500, sin alteraciones en resto de hemograma ni coagulación. La bioquímica muestra hiperglucemia 168, resto normal, y la orina glucosuria con hematíes aislados. Rx Tórax y EKG normal.

En la TAC se objetiva hematoma subdural izquierdo con efecto masa que colapsa ventrículo lateral izquierdo y desplaza línea media superior a 1 cm. No fracturas.

Con sospecha de PTI el servicio de hematología se hace cargo del caso, iniciando tratamiento con corticoides, inmunoglobulinas y ácido tranexámico, para control de plaquetopenia y posterior valoración quirúrgica del hematoma subdural por Neurocirugía. Los niveles de plaquetas mejoraron en 24h y neurocirugía opta por tratamiento conservador.

Juicio clínico

PTI

Diagnóstico diferencial

- Fármacos. Anticoagulantes, antiagregantes
- Etilismo crónico
- Virus: VIH, VHB, VHC, VEB
- Neoplasia
- Enfermedad autoinmune : LES. EII
- Embarazo

Comentario final

La PTI es una enfermedad hemorrágica autoinmune que radica en una destrucción acelerada y en una producción inadecuada de plaquetas mediada por autoanticuerpos, su diagnóstico es por exclusión.

Suele debutar con plaquetopenia (menos de 30.000) y púrpura cutánea. El riesgo de sangrado aumenta con plaquetas inferiores a 10.000: nasal, gingival, digestivo, respiratorio, hematuria, metrorragia. La

hemorragia cerebral es una forma atípica que se produce con cifras inferiores a 5.000 plaquetas.

Sospecharemos PTI ante un paciente con hematoma subdural no traumático sin factores de riesgo para sangrado espontáneo con una plaquetopenia severa.

Bibliografía

- Sanz Alonso MA, Vicente García V. Directrices de diagnóstico y tratamiento de la PTI: Documento de Consenso. Madrid: SEHH ; 2011

414/24. Actuación del médico de familia ante un paciente que consulta por mordedura de murciélago en Atención Primaria

Autores:

M. Rodríguez Chaves¹, F. Hinojosa Fuentes², A. Carmo-González³.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva., ²Médico de Equipo Básico de Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica Huelva Centro. Huelva, ³Centro de Salud Isla Chica.

Descripción del caso

Paciente varón de 19 años, diabético tipo 1 con buen control clínico. Consulta porque esa misma mañana, mientras se encontraba en el patio de su domicilio, sufre la mordedura de un murciélago en el pulpejo del tercer dedo de la mano derecha mientras intentaba separarlo de su gata. Refieren el paciente y su acompañante que en un primer momento se apreciaban los puntos de inoculación. Asintomático en consulta.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Exploración por aparatos dentro de la normalidad. No se aprecian puntos de inoculación en pulpejo de tercer dedo de la mano derecha (donde el paciente refiere el contacto). No existe reacción local en el momento de la exploración.

Juicio clínico

Mordedura de murciélago

Diagnóstico diferencial

En el caso clínico que nos ocupa, no hay duda respecto al insecto/ animal responsable de la mordedura puesto que el paciente identifica el agente causal. El diagnóstico diferencial en este caso estaría enfocado a identificar el tipo de exposición que ha sufrido el paciente y con ello, el posible riesgo de contraer la rabia y la actitud profiláctica/ terapéutica a llevar a cabo.

Comentario final

Se contacta con Epidemiología del Distrito Sanitario al que pertenece el centro de salud donde se lleva a cabo la atención, estos confirman que el paciente es candidato a inmunoglobulina y vacuna, facilitándola (además de informar sobre la pauta vacunal: 1- 3- 7- 14 y 28 días) para su administración en el centro de salud; se rellena parte de lesiones producidas por animales. Hacen llegar a través del veterinario del distrito un bote específico al paciente y su familiar para poder capturar el murciélago y estudiarlo, capturándose sin incidencias. A las dos semanas recibimos confirmación de que el murciélago estudiado da positivo a rabia (positivo a lisavirus europeo de murciélago tipo 1 (EBLV 1) y el paciente tendrá que completar la pauta vacunal así como someterse a estudio analítico posterior. Durante todo el proceso el paciente se mantiene asintomático y evoluciona sin contratiempos.

Bibliografía

- UpToDate; 2019 (acceso 9 de marzo de 2019). Disponible en: <http://www.uptodate.com>

414/34. Un impétigo que no cura.

Autores:

A. Cabrerizo Carvajal¹, C. Navarro Arco².

Centro de Trabajo:

¹Médico de Atención Primaria. Centro de Salud de Armilla. Granada., ²Médico de Atención Primaria. Centro de Salud Armilla. Granada.

Descripción del caso

Paciente de 78 años con prurito idiopático que presenta habitualmente lesiones de rascado generalizadas. Consulta por inflamación del pabellón auricular izquierdo y lesiones de rascado generalizadas. La pericondritis del pabellón auricular empeora precisando tratamiento con corticoides y antibioterapia combinada (Ciprofloxacino y Amoxicilina-clavulánico) a lo que responde muy bien. Tras la resolución del cuadro infeccioso persiste la lesión eritematosa descamativa supraauricular. Reinterrogada la paciente refiere la presencia de una “costra” de larga evolución y exposición solar elevada. Derivamos a dermatología ante la sospecha de ca. epidermoide donde programan la extirpación de la lesión.

Exploración y pruebas complementarias

Inicialmente presentaba eritema, aumento de calor local y edematización en hélix, anti-hélix del pabellón y edematización del CAE junto a una lesión supraauricular descamativa de fondo eritematoso con herida longitudinal superficial en la superficie impetiginizada y adenopatía retroauricular. En el resto del cuerpo cabelludo y extremidades presenta heridas erosivas por rascado, algunas de ellas con sobreinfección. Tras la mejoría del proceso infeccioso persiste lesión de unos 2 cm de diámetro mayor, bordes no bien definidos, eritematosa, algo indurada con superficie hiperqueratósica y una pequeña ulceración de escasa profundidad. La AP confirma diagnóstico de CBC.

Juicio clínico

Carcinoma basocelular infiltrante

Diagnóstico diferencial

Carcinoma espinocelular, lesiones erosivas impetiginizadas, liquen plano.

Comentario final

El Carcinoma Basocelular (CBC) es el cáncer más frecuente en el ser humano con un aumento de incidencia en las últimas décadas. Se origina de las células pluripotenciales del epitelio y no se presenta en mucosas, palmas o plantas. Tiene crecimiento lento y bajo potencial metastásico pero puede ser localmente invasivo y destructivo con la piel y es-

tructuras circundantes incluyendo cartílago y hueso. Se suele localizar en áreas fotoexpuestas, principalmente en la cara. El tratamiento se establece según su localización, histopatología y comportamiento con el objetivo de eliminar el tumor y minimizar las secuelas funcionales y estéticas siendo de elección la resección quirúrgica. Ante cualquier lesión en zonas fotoexpuestas que no responda a tratamiento debemos considerar siempre los tumores cutáneos cuya presentación puede ser atípica y en los que es fundamental realizar diagnóstico y tratamiento precoces.

Bibliografía

- Wu P. A, Epidemiology, pathogenesis, and clinical features of basal cell carcinoma. Uptodate jul 09, 2. 018. www.uptodate. com

414/38. Diagnóstico diferencial del síndrome mononucleósico: Infección aguda por VIH

Autores:

C. Reina Prego¹, F. Baena Martín², R. Reina Prego³, C. Gómez Ramírez⁴, M. Muriel Martín², M. Fernández Morán².

Centro de Trabajo:

¹Enfermera. Servicio Urgencias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada., ²Médico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora de Gracia. Carmona. Sevilla., ³, ⁴Enfermera de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Martos. Jaén.

Descripción del caso

Hombre de 33 años, sin antecedentes registrados ni referidos, camarero de profesión; que acude por síndrome febril de 10 días de evolución acompañado de astenia intensa con mialgias, sudoración y odinofagia que provoca hiporexia. Consultó por este motivo hace 8 días a servicio de Urgencias pautándose antibioterapia con Amoxicilina 750mg/8h 5 días por sospecha de amigdalitis bacteriana y posteriormente, hace 3 días, Ciprofloxacino 500mg/12g por “falta de mejoría” según informe. El paciente refiere que su hermano conviviente padeció cuadro similar hace 2 meses, diagnosticándose finalmente de síndrome

mononucleósico. No se recogen datos sobre hábitos tóxicos ni relaciones sexuales de riesgo inicialmente.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: normal salvo adenopatías laterocervicales bilaterales, móviles, no adheridas, dolorosas y dudosa hepatomegalia. No se exploran posibles lesiones cutáneas inicialmente. Hemograma, Bioquímica y Sedimento orina: normales. Serología virus hepáticos negativa salvo VHA Ig G positiva, CMV y VEB Ig M e Ig G negativos. VIH negativo. Se decide tratamiento sintomático y actitud expectante con buena evolución hasta que 50 días después aproximadamente comienza de nuevo cuadro febril con disnea y tos escasamente expectorante que motivan consulta a Urgencias hospitalarias donde realizan hemograma y bioquímica con discreta bicitopenia (leucopenia con linfopenia y trombopenia leves) y PCR elevada y radiografía de tórax que pone de manifiesto “condensación parahilar derecha compatible con neumonía”. Se pauta Amoxicilina 875mg/Clavulanico 125mg/8h 7 días y se decide alta con tratamiento de soporte. En revisión posterior, a pesar de la mejoría clínica se objetiva pérdida de 6kg desde el inicio del proceso; adenopatías laterocervicales, supraclavicular e inguinal derechas, y se decide nueva petición de analítica y serologías con similares resultados salvo VIH positivo por lo que se deriva preferentemente a E. Infecciosas.

Juicio clínico

Infección aguda por VIH

Diagnóstico diferencial

- Síndrome Mononucleósico: VEB o CMV
- Otras: Toxoplasmosis, Rubéola, Sífilis, Infección gonocócica y otras virales como Hepatitis
- Enfermedades Autoinmunes: Lupus eritematoso sistémico

Comentario final

La infección aguda por VIH puede presentarse con una constelación de síntomas inespecíficos o bien incluso ser asintomática. Por este motivo el diagnóstico diferencial suele ser complicado y sin un alto grado de sospecha, difícil de obtener.

Bibliografía

- Sax P. Acute and early HIV infection: Clinical manifestations and diagnosis. UptoDate, 2017.

414/39. Abordaje del bloqueo auriculoventricular completo

Autores:

C. Reina Prego¹, R. Reina Prego², F. Baena Martín³, B. Hernández Labrot⁴, M. Muriel Martín³, M. Fernández Morán³.

Centro de Trabajo:

¹Enfermera. Servicio Urgencias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada., ², ³Médico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora de Gracia. Carmona. Sevilla., ⁴Médico de Familia. Servicio Urgencias. Parque Tecnológico de la Salud. Granada.

Descripción del caso

Hombre 75 años sin hábitos tóxicos, DM2 en tratamiento con Metformina 850mg/8horas y Artritis reumatoide en tratamiento con Metotrexato 7.5mg/semanal y ácido fólico; acude urgencias de atención primaria (SUAP) por astenia y episodios de inestabilidad de segundos de duración de semanas de evolución que motiva toma de TA en domicilio detectándose FC 30lpm que identifica inicialmente como “error del tensiómetro digital”. Niega otra clínica acompañante. Presenta buen estado general salvo leve inestabilidad en la marcha buscando puntos de apoyo.

Exploración y pruebas complementarias

Tonos rítmicos bradicárdicos a 35lpm y TA 180/70mmHg. ECG: “BAV completo con ritmo de escape de QRS ancho 35lpm”. Se obtiene un acceso intravenoso y monitorización cardiaca. Se decide activación para traslado a urgencias hospitalarias sin implantación de marcapasos transcutáneo transitorio.

Se realiza ingreso en observación e interconsulta urgente a Cardiología además de hemograma, coagulación y bioquímica con perfil cardiaco, iones y radiografía torácica: normales. Se repite ECG: “BAV completo con ritmo de escape de QRS ancho 40lpm,

imagen de BCRIHH y T negativas asimétricas profundas en II, III, AVF y V4-V6".

Tras 12 horas, ingresa en Cardiología con monitorización cardíaca y sin implantación de marcapasos transitorio debido a la estabilidad hemodinámica. Tampoco se prescriben fármacos cronotrópicos positivos. Se programa implantación de marcapasos definitivo en 48 horas.

Juicio clínico

Bloqueo auriculoventricular completo sintomático (presíncope) paroxístico

Diagnóstico diferencial

Otras causas de bradicardia: bradicardia sinusal, incompetencia cronotrópica, disfunción del nodo sinusal, etc. Vértigo periférico, AIT, etc.

Comentario final

La presentación clínica y la gravedad en el BAV completo es variable según la frecuencia del ritmo de escape y las comorbilidades y por tanto, el tratamiento inicial varía según estos criterios. Los pacientes inestables requieren farmacoterapia inmediata y estimulación temporal para aumentar FC y gasto cardíaco. Los pacientes que inicialmente son hemodinámicamente estables no requieren tratamiento urgente con atropina o estimulación cardíaca temporal. Sin embargo, muchos ritmos de escape ventricular son potencialmente inestables, por lo que los pacientes deben ser monitorizados de manera continua. Una vez que el paciente esté hemodinámicamente estable y se hayan excluido las causas reversibles de bloqueo cardíaco, generalmente se indica estimulación permanente.

Bibliografía

- Sauer WH. Third degree (complete) atrioventricular block. In: Ganz LI, ed. UpToDate. Waltham, Mass. : UpToDate, 2018.

414/47. Mujer con mareo, cefalea y alucinaciones

Autores:

M. Martínez Túnez¹, F. SÁnchez Lara².

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud Armilla., ²Técnico en Emergencias Sanitarias. Centro de Salud Armilla. Granada.

Descripción del caso

Mujer de 45 años, no alergias medicamentosas ni patología de interés.

Acude a consulta refiriendo importante cefalea de dos días de evolución, mareo en las últimas 24 h y además refiere ver insectos alrededor suyo.

En su historial figura valoración reciente por epigastralgia, se le indica dieta blanda, metamizol 575 mg /8h si dolor y esomeprazol 20 mg/12h.

Tras valoración de este nuevo episodio es derivada a urgencias de hospital, donde es ingresada y dada de alta 48 horas después, con indicaciones de control por médico de cabecera, se suprime esomeprazol y se le indica tratamiento con enalapril 20 mg.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente y orientada en 3 esferas. PINL, MOEC, resto de pares craneales conservados. No se aprecia alteración de la marcha, no focalidad neurológica ni signos meníngeos. Apirética.

CONSTANTES: FC 86 lpm, Glucemia capilar 120 mg / dL. Sat O2: 97%. TA: 195/110.

Resto de exploración por órganos y sistemas sin hallazgos significativos.

Aanalítica de sangre sin hallazgos de interés y TAC craneal sin hallazgos patológicos. Punción lumbar : sin hallazgos.

Juicio clínico

Mareo y alucinaciones producidas por la toma de Esomeprazol . Crisis hipertensiva.

Diagnóstico diferencial

TCE. Ictus cerebral. Hipovitaminosis B12. Neurosífilis. Hidrocefalia normotensiva.

Trastorno psicótico, delirium, trastorno maniaco, trastorno depresivo mayor, inducido por sustancias (anfetaminas, cocaína, etc). Tumores cerebrales.

Comentario final

Según ficha técnica, Esomeprazol puede producir como efecto adverso “poco frecuente” mareo y alucinaciones. Es importante realizar una buena exploración y anamnesis, así como hacer un buen control sobre la medicación que prescribimos, haciendo un uso racional del medicamento y otras medidas de no farmacológicas que tenemos a nuestro alcance. Es imprescindible que exista un correcto seguimiento y control de los pacientes, para así evitar derivaciones innecesarias y pruebas invasivas.

Bibliografía

- Drugs that may cause psychiatric symptoms. Med Lett Drugs Ther. 2008; 50: 1301-2.
- Inouye SK. Delirium in older persons: review article. N Engl J Med, 354 (2006), pp. 1157-65
- Heckmann JG, Birklein F, Neuundorfer B. Omeprazole induced delirium. J Neurol, 247 (2000), pp. 56-7

414/48. Envenenamiento familiar por Beleño Negro y su síndrome neurológico asociado

Autores:

F. Villalba Alcalá¹, A. Romero Cañadillas², F. Lolo³, F. Otero Rosado⁴, M. Barea Valderrama².

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia Titular. Centro de Salud de Osuna. Sevilla., ²Enfermera Centro de Salud de Osuna. Sevilla., ³Dispositivo Apoyo Zona Básica de Atención Primaria de Osuna. Sevilla., ⁴Médico Residente 4º año de Medicina de Familia. Centro de Salud de Osuna. Sevilla.

Descripción del caso

Pareja de 68 años (varón) y 66 (mujer) con boca seca, disartria alteración del comportamiento, alucinaciones visuales (varón) e incluso pérdida de conocimiento (mujer) de inicio 45-60 minutos tras haber almorzado “espinacas de campo” que tenían congeladas y que habían recolectado un mes antes (principios de Mayo), según sus hijos. Agravamiento

durante la tarde motivando ingreso de ambos en observación del Hospital.

Exploración y pruebas complementarias

Mujer: BEG, PA 147/95 mmHg. Fc 120 lpm. Tª 36°C. SatO2 98% Fr 15 rpm. Discurso desordenado, MIDRIASIS, sequedad de piel y mucosas. bajo nivel de consciencia con Glasgow 10/15. Varón: BEG, consciente con alucinaciones visuales (palomas volando) PA 157/96 mmHg. Fc 77 lpm. Tª 36°C. SatO2 97% Fr 14 rpm. Discurso desordenado, MIDRIASIS, sequedad de piel y mucosas. Glasgow 14/15. ECG, Rx Tórax y analítica normales (Test drogas de abuso en orina: negativo) de ambos.

Juicio clínico

SÍNDROME ANTICOLINÉRGICO por Beleño Negro con evolución favorable. Comentado con psicología, se desestimó tratamiento con FISOSTIGMINA por no ser compromiso de estado mental. Debería haberse realizado lavado gástrico y administración de carbón activado aunque soporte y sintomático puede ser suficiente si la sintomatología es moderada o leve.

Diagnóstico diferencial

Al oírles el relato me venían a la mente la intoxicación por AMANITA MUSCARIA y los relatos sobre la BURUNDANGA (escopolamina), así como los efectos anticolinérgicos de la Buscapina (escopolamina) - “puede que note la boca seca y visión borrosa...”. Síndrome ANTICOLINÉRGICO: sequedad de mucosas, taquicardia-quipnea, estreñimiento, ileo paralítico, globo vesical por retención de orina, afectación de SNC.... En el lado contrario: la intoxicación por pesticidas organofosforados: SÍNDROME COLINÉRGICO: MIOSIS, aumento de secreciones: sudoración, salivación, broncorrea y broncoespasmo, diarrea y vómitos, bradicardia, letargo. Tratamiento con ATROPINA

Comentario final

Los antiguos galos envenenaban puntas flecha con extracto de beleño. En dosis elevadas puede producir coma-muerte. Cuidado con lo que recolectamos. La pareja desde aquel incidente no han vuelto a probar las espinacas “ni las del supermercado”

Bibliografía

- Jiménez ME, Fernández A, Montaña M et al. Síndrome anticolinérgico por envenenamiento por *Datura stramonium*. Med Clin (Barc). 1991; 97: 237. Carod-Artal FJ. Síndromes neurotóxicos por ingesta de plantas, semillas y frutos. Rev Neurol 2003; 36 (9): 860-871.

414/55. La importancia del diagnóstico diferencial del dolor en miembros inferiores: caso clínico

Autores:

A. Cortes Valverde¹, R. López Cintas², M. de Cruz Benayas³, E. Rosado Camacho¹, M. Romero Molina¹, C. Fernández López¹.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada., ²Centro de Salud Gran Capitán, ³Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Casería de Montijo. Granada.

Descripción del caso

Varón de 39 años, acude a su médico de familia por edema en tobillo derecho y dolor constante que define como "quemazón", el inicio fue espontáneo, no relacionándose con traumatismo previo, no recuerda bien si pudo ser un sobreesfuerzo.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: piel eritematosa y edema en dorso pie y maleolo externo, dolor local severo, con EVA 8/10 con analgesia, y que se intensifica tras estar en bipedestación, incluso el paciente narra de un EVA de 11/10, temperatura ligeramente aumentada en extremidad afecta. Presenta alodinia. No presenta evidencia de alteración neurovascular, pulsos distales conservados. Resto exploración normal

Pruebas complementarias: analítica con hemograma, función renal y hepática normal. Doppler venoso normal. Rx marcado edema de tejidos blandos sin otros hallazgos patológicos urgentes.

Los problemas asociados que este paciente tuvo, fue la dificultad en el diagnóstico, con varias visitas

a su médico de familia, tras descartar fractura en Rx

En la primera visita se produjo inmovilización del pie y antiinflamatorios una semana, en segunda revisión, el paciente tenía imposibilidad para deambulación, se aumenta analgesia, vuelve a los dos días, se remite a traumatología de urgencias, se cita a los 10 días con RMN. Es valorado en tres ocasiones más y otras tantas por traumatología, se deriva a Reumatología

La evolución a los tres meses el paciente presenta coloración cianótica y menor crecimiento del vello, disminuye la inflamación y el dolor

En la revisión de los seis meses en Rx presenta desmielinización ósea.

Gammagrafía ósea con hipercaptación intensa posible síndrome de Sudeck

El paciente presenta un gran estrés emocional, el retraso en el diagnóstico y su dolor desproporcionado, le originan un gran malestar,

Juicio clínico

Distrofia simpático refleja

Diagnóstico diferencial

Artritis infecciosas, artritis reumáticas, artropatía inflamatoria, arteriopatía periférica

Comentario final

Habitualmente su diagnóstico es tardío ya que es una enfermedad compleja cuyas causas se desconocen y que puede tener consecuencias graves. El diagnóstico precoz es prioritario para una favorable evolución y evitar complicaciones. Pasa habitualmente desapercibido, siendo de más fácil identificación si conocemos sus síntomas

Bibliografía

- Fornos-Vieitez B et al. Síndrome de Sudeck (distrofia simpático refleja). SEMERGEN. 2008; 34 (9): 455-8
- Rodrigo MD, Perena MJ, Serrano P, Pastor E, Sola JL. Síndrome del dolor regional complejo. Rev Soc Esp Dolor. 2000; 7: 78-97

414/67. Y ahora que hacemos doctores.

Autores:

C. Gómez Montes¹, J. Aguaviva Bascuñana², I. Benítez Benítez³.

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud. Estepona., ²Centro de Salud. Albalade de Cinca. Huesca., ³Centro de Salud Estepona. Málaga.

Descripción del caso

Paciente femenina de 54 años quien consulta en agosto de 2016 por presentar sensación “extraña” en el cuello que no especifica. Paciente femenina de 54 años quien consulta en agosto de 2016 por presentar sensación “extraña” en el cuello que no especifica.

Exploración y pruebas complementarias

TA: 110/70 Pulso: 80 l. p. m IMC: 29 Cuello: se palpa discreto aumento de la glándula tiroides, resto de examen anodino.

En la analítica tirotropina de 9. 400 µU/ ml con una tiroxina libre de 0. 77 n/ dl y Ac anti peroxidasa tiroidea > 1300 UL / ml. Resto de analítica normal. Se realiza ecografía tiroides; donde se observan múltiples nódulos, el mayor ubicado en lóbulo tiroideo izquierdo, de bordes irregulares, de 1, 52 cm, Doppler negativo. Se deriva a radiología donde realizan PAFF por ecografía concluyendo proliferación folicular el nódulo tiroideo siendo derivada a cirugía donde se realiza hemitiroidectomía izquierda. Anatomía patológica: hiperplasia nodular adenomatosa. Actualmente en tratamiento con Eutirox 50mcg, Con hipotiroidismo controlado y buena evolución.

Juicio clínico

Bocio.

Nódulo tiroideo.

Diagnóstico diferencial

Tiroiditis, bocio toxico, tumor tiroideo

Comentario final

La ecografía constituye una herramienta diagnóstica que podemos considerar la extensión del examen fí-

sico. La tasa de detección de nódulos tiroideos y carcinomas ha aumentado con el uso generalizado de la ecografía y hoy en día es el pilar de la detección y la estratificación de los nódulos tiroideos, así como para proporcionar orientación para su biopsia y tratamiento no quirúrgico.

El diagnóstico a través del PAFF (punción aspiración con aguja fina),

nos permite observar si hay celularidad folicular aumentada de carácter neoplásico y escaso o ausente coloide de fondo, tratando de establecer un diagnóstico concreto de benignidad o malignidad, aunque no siempre logramos garantizar la no benignidad.

Bibliografía

- Shin JH, Baek JH, Chung J, et al. Ultrasonography Diagnosis and Imaging-Based Management of Thyroid Nodules: Revised Korean Society of Thyroid Radiology Consensus Statement and Recommendations. Korean J Radiol. 2016; 17 (3): 370–395. doi: 10. 3348/kjr. 2016. 17. 3. 370
- Jackson BS. Controversy regarding when clinically suspicious thyroid nodules should be subjected to surgery: Review of current guidelines. Medicine (Baltimore). 2018; 97 (50): e13634. doi: 10. 1097/MD. 00000000000013634
- Misiakos EP, Margari N, Meristoudis C, et al. Cytopathologic diagnosis of fine needle aspiration biopsies of thyroid nodules. World J Clin Cases. 2016; 4 (2): 38–48. doi: 10. 12998/wjcc. v4. i2. 38

414/69. Meningitis neumocócica de foco otógeno.

Autores:

M. Salado Natera¹, G. García González², A. García Navas¹.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. Centro de Salud Virgen de la Oliva. Vejer de la Frontera. Cádiz., ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz.

Descripción del caso

Mujer de 61 años remitida por su médico de atención primaria a urgencias por otorrea y cefalea intensa con el AP de meningitis bacteriana de foco otógeno hace dos años. Durante su estancia en consultas polivalentes la paciente desarrolla un cuadro progresivo de deterioro de conciencia por lo que es ingresada en observación camas para estabilización del cuadro y realización de PL previo TC craneal normal.

AP: Exfumadora con índice tabáquico 50 paquetes/años. Obesidad. Meningoencefalitis bacteriana en 2018 que precisó ingreso en UCI. No RAMc. Sin tratamiento habitual.

Exploración y pruebas complementarias

Glasgow 13 (O: 4, V: 4, M: 5) TA: 120/90 mmHg. FC 60 lpm. Sat 97% Afebril. Exploración por órganos y aparatos sin hallazgos relevantes.

Analítica: Bioquímica: PCR: 6. 86 mg/dl Procalcitonina: 1. 17 ng/ml. Función renal normal. Hemograma: Leucocitosis 19. 110 y neutrófilos 17. 290. Resto normal. Coagulación normal.

LCR: leucocitos 21. 570 (PMN 93%), Hematíes 360, Glucosa 5 mg/dl, Proteínas totales 720 mg/dl, LDH 173 UI/L, ADA 30. 93 UI/L

Antigenuria positiva para neumococo.

TC con contraste i. v. de cráneo: cambios isquémicos crónicos. Rx torax: normal.

Juicio clínico

Meningitis neumocócica.

Diagnóstico diferencial

Meningitis por otras causas (bacteriana, vírica). ACV.

Comentario final

La paciente ingresó en medicina infecciosa. Tras tratamiento empírico inicial en urgencias (ceftriaxona + vancomicina + ampicilina + dexametasona) y mantenido en planta, la paciente evolucionó favorablemente. Se descarta fistula otógena mediante TC oído. Al alta, asintomática y en seguimiento por ORL.

El neumoco es la primera causa de meningitis bacteriana en mayores de 20 años y se asocia frecuentemente

a infecciones del área ORL, como en este caso. La sospecha clínica por parte de su MAP basada en sus AP y su derivación a urgencias fueron importantes para la rápida asistencia evitando complicaciones como en el episodio anterior que requirió ingreso en UCI.

Bibliografía

- Iovino F, Seinen J, Henriques-Normark B, van Dijk JM. How Does Streptococcus pneumoniae Invade the Brain? Trends Microbiol. 2016 Apr; 24 (4): 307-315. doi: 10. 1016/j. tim. 2015. 12. 012. Epub 2016 Jan 21

414/70. “Síndrome de Bickerstaff, a propósito de un caso”

Autores:

A. Domínguez García¹, S. López Mesa², B. Perejil Sánchez², R. Rodríguez Ruiz³.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia y Urgencias. Centro de Salud las Albarizas. Marbella. Málaga., ²Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Las Albarizas. Marbella. Málaga., ³Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Las Albarizas. Marbella. Málaga.

Descripción del caso

Mujer 75 años, con los siguientes antecedentes personales: HTA, hipotiroidismo y cardiopatía isquémica.

Tratamiento: AAS100mg/24 horas, Bisoprolol /24 horas, Eutirox 5mg/24horas, Pitavastatina 2 mg/24 horas, Telmisartán 40/HCTZ12. 5m/24 horas,

Consulta por ptosis palpebral, alteración visual inespecífica, voz gangosa y parestesias en miembros. Día anterior, dificultad para caminar e inestabilidad.

Semana previa cuadro catarral sin fiebre.

Tras ingreso, empeoramiento progresivo: oftalmoplejía completa, disfagia y dificultad respiratoria.

Se ingresa en UCI administrando gammaglobulina por sospecha de Miller Fisher por dificultad respiratoria (precisando traqueostomía).

Exploración y pruebas complementarias

TA: 215/75.

Glasgow 15. Consciente y orientada. Voz nasal sin aparente fatigabilidad. Pupilas normorreactivas. Ptosis bilateral. Oftalmoplejía completa. Debilidad facial bilateral. Parálisis velo paladar bilateral. Debilidad cervical 0/5. Motor 5/5 salvo extensores de dedos 4/5 bilateral. Dudosa fatigabilidad proximal en MMSS, no valorable en MMII. Sensibilidad: algésica y posicional conservada, vibratoria abolida en MMSS y MMII. Babinski positivo

Resto exploración normal.

Se realizan pruebas complementarias:

Analítica: Hb 15.6, leucos 24440, plaquetas 294000, glucemia 217, creatinina 0.98, sodio 141, potasio 3.1

Ac antigangliósidos antiGQ1B+ positivos.

ECG: normal

Rx tórax normal salvo dudoso infiltrado basal derecho.

LCR: No leucocitos, hematíes 1200, glucosa 52mg/dL, proteínas 27.7 mg/dL, xantocromía negativa. ADA 19U/L. Cultivo LCR no se observan gérmenes

TAC cráneo: infartos lacunares crónicos en cápsulas externas.

RMN: lesiones aisladas en sustancia blanca sugestivas de isquémico-degenerativas. No lesiones agudas. Imagen de 9x6mm sugestiva de meningioma a nivel extraaxial frontal derecho.

Electromiograma: normal

Estudio neurofisiológico: neuropatía axonal sensitiva+ ausencias de ondas F

Juicio clínico

Síndrome de Bickerstaff

Diagnóstico diferencial

Síndrome Guillén Barré con oftalmoplejía, Síndrome Miller Fisher, Esclerosis Múltiple, Encefalitis diseminada aguda, Enfermedad Creutzfeldt-Jacob...

Comentario final

Se trata de una enfermedad neurológica poco frecuente, de curso agudo que cursa con oftalmoplejía, ataxia, alteración nivel conciencia e hiperreflexia.

Se diferencian dos formas clínicas: típica (similar al síndrome de Miller Fisher) y atípica (evolución menos satisfactoria)

Bibliografía

- C. Guerra, C. S. Uribe, A. Guerra, O. H. Hernández. Encefalitis de Bickerstaff: informe de caso y revisión de la literatura. *Biomédica*, 33 (2013), pp. 513-518; E. R. Bickerstaff, P. C. P. Cloake. *Mesencephalitis and rhombencephalitis*. *Br Med J*, 2 (1951), pp. 77-81.

414/72. Dolor abdominal por paniculitis mesentérica, a propósito de un caso

Autores:

M. Perejón Díaz¹, C. Gutiérrez Ruiz², R. Aranda Guerrero¹, J. Aragón Baliñas³.

Centro de Trabajo:

¹Consultorio El Colorado Zona Básica de Salud Conil de la Frontera, ²Consultorio El Colorado Zona Básica de Salud Conil de la Frontera., ³Centro de Salud Conil La Atalaya Zona Básica de Salud.

Descripción del caso

Varón de 81 años, con antecedentes de HTA, fibrilación auricular paroxística anticoagulada. Acude a consulta por dolor en hemiabdomen izquierdo de meses de evolución, mecánico e intermitente, se ha ido intensificando en la última semana haciéndose constante. Sin fiebre, ni alteraciones de tránsito intestinal, no náuseas ni vómitos, no clínica genito-urinaria ni síndrome constitucional.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Auscultación normal. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio y flanco izquierdo, donde se palpa zona indurada mal delimitada sin llegar a definir una masa, no visceromegalias, sin irritación peritoneal, ruidos conservados, puño-percusión negativa. Miembros inferiores normales. Pulsos periféricos conservados y simétricos.

Hemograma: normal. Coagulación INR 2, 68, resto normal. Bioquímica: urea 91, creatinina 1. 9, iones, perfil hepático y PCR normales. Marcadores tumorales negativos. Radiografía de torax y abdomen normales. Ecografía abdomen (Realizada en Atención Primaria): imagen hiperecoica abigarrada que engloba mesentérica superior, tronco celiaco y pared anterior de la cava y aorta abdominal. TC abdominal sin contraste: pancreatitis mesentérica en grado moderado.

Juicio clínico

Paniculitis mesentérica

Diagnóstico diferencial

Cólico renal, úlcera duodenal, pancreatitis, enfermedad diverticular, enfermedad inflamatoria intestinal, rotura esplénica, tumor primario.

Comentario final

La paniculitis mesentérica es una inflamación crónica del tejido adiposo del mesenterio. Prevalencia del 1%. Incidencia superior en hombres (2-3/1), por encima de los 50 años. Etiología desconocida. Se asocia a neoplasias en un 70% (Uroteliales, gastrointestinal y sobretodo linfoma), y a patologías benignas (traumatismos, enfermedades reumatológicas, enfermedad inflamatoria intestinal). De presentación inespecífica, el síntoma mas frecuente es el dolor abdominal. Es importante establecer un seguimiento, para el diagnóstico precoz de las patologías relacionadas. Se ha utilizado para su tratamiento: corticoides principalmente, aunque hay casos de remisión espontánea.

Bibliografía

- Carpena Montero J, Carpena Sardiña A. Paniculitis mesentérica: casos en la práctica clínica diaria. *Cada Aten Primaria*. 2014; vol 20: 226-227
- Carbonell S, Melgar P, Paya A, Vilas I, Jover R, Romero M, LLuis F. Paniculitis mesenterica colónica. *Gastrohep*. 2014; vol 37: 247-251.
- L. Delgado Plasencia, L. Rodríguez Ballester, E. M. López-Tomassetti Fernández, A. Hernández Morales, A. Carrillo Pallarés y N. Hernández Siverio. Paniculitis mesenterica como causa de

dolor abdominal crónico. *Rev Esp Enferm Dig*. 2007; vol99: 291-297.

414/73. ¿Hacemos correctamente lo correcto? A propósito de un caso clínico de una embarazada en Atención Primaria.

Autores:

M. Lazaro Garcia¹, P. Panero Hidalgo².

Centro de Trabajo:

¹Unidad de Gestión Clínica Orgiva. Granada., ²Medicina Familiar y Comunitaria . Unidad de Gestión Clínica Orgiva. Granada.

Descripción del caso

Gestante primípara de 20 años de edad, que en el primer control del embarazo detectamos en la analítica que su grupo sanguíneo es O negativo, pero Ag Du positivo. Esto plantea la duda si considerar o no la administración de gammaglobulina ante D (300 µgr) en la semana 28 como recomienda el proceso asistencial en Andalucía para prevenir la isoimmunización. Con este caso clínico se pretende poner énfasis en la necesidad de determinar el Antígeno Du en gestantes con Rh negativo y cómo actuar adecuadamente en los cuidados y seguimiento durante el embarazo en Atención Primaria.

Exploración y pruebas complementarias

Visita programada a una gestante realizando entrevista clínica, exploración física y analítica de sangre del primer trimestre - Se hace consulta con el Servicio de Hematología del Hospital de Referencia

Juicio clínico

¿Es Rh Positivo o negativo? ¿Administramos o no gammaglobulina?

Tras contactar con hematología se remite una muestra al Centro Regional de Transfusiones Sanguíneas, que tras realizar tipaje en placa en D + con reacción fuerte, se considera a la paciente como Rh D (positivo) desde el punto de vista obstétrico pero con la recomendación de nuevo control con tipaje en sema-

nas 18 – 20, no precisando la administración de gammaglobulina

Diagnóstico diferencial

Grupo Sanguíneo O negativo ó O positivo

Comentario final

Valorar en toda embarazada Rh negativo (d) cómo tiene el Antígeno Du. Es fundamental que el médico de familia esté actualizado y conozca estas circunstancias para hacer correctamente lo correcto en la toma de decisiones en embarazadas.

Bibliografía

- Avila Gamboa, C; Villacreses Guillem, J; Ramos Castro, L. Factor Rh d/Du positivo: diagnóstico, consideraciones y manejo en el embarazo. Medicina. 2000. Vol 6 (3): 227-230
- McBain RD, Crowther CA, Middleton P. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9. Art. No. : CD000020. DOI: 10. 1002/14651858. CD000020. pub3

414/74. Dermatomiositis ¿un síntoma paraneoplásico?

Autores:

M. Salado Natera¹, G. García González², A. García Navas¹.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. Centro de Salud Virgen de la Oliva. Vejer de la Frontera. Cádiz., ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz.

Descripción del caso

Varón de 49 años, que desde hace un mes y medio consulta en diferentes ocasiones a su MAP por los siguientes motivos: cuadro de edema facial, lesiones cutáneas eritematosas primero en MII y posteriormente en región facial y escote asociadas a edema cervical, disfagia progresiva a sólidos y por último

debilidad en cintura escapular y pelviana que va en aumento hasta dificultar deambulación motivo por el cual es remitido desde su Centro de Salud a urgencias. Previamente se han realizado tratamientos con amoxicilina / clavulánico, corticoides tópicos y orales con escasa mejoría de síntomas.

AP: fumadora 30 paquetes/años. EPOC tipo enfisema. No RAMc. Tratamiento habitual: salmeterol/ fluticasona inhalación, tiotropio inhalación.

Exploración y pruebas complementarias

En urgencias:

TA: 140/90 mmHg. FC 80 lpm. Sat 97% Afebril.

Eritema en heliotropo. Edema en esclavina. Signo de Gottron en manos y muñecas. Edema en MMSS más en izquierdo.

Neurológico: COC. PINRLA. Pares craneales conservados. Fuerza MMSS distal 5 proximal 2, MMII distal 5 proximal 3. Resto normal.

Análítica: Bioquímica: GOT 1169 GPT 218 LDH 1274 PCR: 14. 49 CPK 14280. Función renal normal. Hemograma: Leucocitosis 20240 y neutrófilos 16930. Resto normal. Coagulación normal.

En planta:

TC cráneo, cuello, tórax, abdomen y pelvis, riñón: Mínimo derrame pleural bilateral. Moderados cambios edematosos subcutáneos y en grasa retroperitoneal. Divertículo calicial en riñón izquierdo. Sin evidencias de LOE.

Ecocardiografía: normal.

SOH: positivo. Colonoscopia: normal

EMG: patrón miopático proximal, más en MMSS.

MT: Células escamosas 2. 8, B2 - microglobulina 3. 15. Resto normal (CEA, Alfa – fetoproteína, CA 19. 9)

Autoinmunidad: ANAs, antiLKM. 1, Ac antimitocondriales, Anti SLA negativos. Resto de ACs no procede.

Líquido pleural: LDH 655. Pendiente AP.

Juicio clínico

Dermatomiositis, a descartar síndrome paraneoplásico.

Diagnóstico diferencial

polimiositis, miositis por cuerpos de inclusión.

Comentario final

Frecuentemente la dermatomiositis aparece como síntoma paraneoplásico, lo que nos obliga, como en este caso, al despistaje de neoplasias. A pesar de tratamiento con Igs flebogamma la mejoría no fue significativa por lo que se decidió traslado al HU Virgen del Rocío, a la unidad de enfermedades sistémicas. En estos momentos el paciente está pendiente de biopsia muscular y terapia inmunosupresora con ciclofosfamida.

Bibliografía

- Benito E, Hidalgo P, Ontañón B, Bronchalo C. Dermatomiositis, un síntoma paraneoplásico. Medicina de familia SEMERGEN. 2012; 38 (1): 60 – 63.

414/77. Enfermedad de Behçet; un diagnóstico de largo recorrido

Autores:

J. de Castro Simón¹, P. Hermoso Oballe², M. Otero Garrido³.

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud de Algarrobo. Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga Axarquía. Málaga., ²Médico Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Algarrobo. Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga Axarquía., ³Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Algarrobo. Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga Axarquía.

Descripción del caso

Varón. 46 años. Jardinero. Exfumador de 20 paquetes/año. Antecedentes: Herniorrafia inguinoescrotal, Apendicectomía. Faringoamigdalitis recurrentes desde infancia. Poliartralgias, sin inflamación articular. Comienza con una Faringoamigdalitis, tras tratarse con amoxicilina/clavulánico, presenta aftas orales con fiebre, etiquetándose de Mononucleosis infecciosa. Seguido de un episodio de Parotiditis

aguda bacteriana. Persisten las úlceras orales, lesiones dermatológicas papuloeritematosas y dolores oligoarticulares. Tras los estudios realizados se etiqueta como probable enfermedad de Behçet, en tratamiento con: Colchicina, pentoxifilina, tramadol/paracetamol y naproxeno.

Exploración y pruebas complementarias

Orofaringe hiperémica. Alguna erosión en mucosa oral. No adenopatías. Lesiones papilomatosas descamativas en extremidades inferiores. Analítica: hemograma, bioquímica general, iones, LDH, proteinograma, TSH, PCR y Velocidad normales. FR, VHB, VHC, VIH, marcadores tumorales, ANA, Anticardiolipina, celiacía negativas. HLA B 50 y HLA B49 positivos. RX tórax: discretos signos de EPOC. Biopsia de piel: Dermatitis perivascular superficial con pequeñas vesículas con neutrófilos. Colonoscopia normal. EGD normal. Gammagrafía ósea: Cambios degenerativos en raquis. En Hombro, carpos y pequeñas articulaciones de manos sugiere proceso inflamatorio de intensidad leve. TAC toraco abdominal sin alteraciones.

Juicio clínico

Enfermedad de Behçet

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial complicado, que depende de sus diversas manifestaciones. En caso de aftas, con estomatitis aftosa, aftosis familiar recidivante, infección herpética, hemopatías graves, eritema exudativo multiforme de Stevens-Johnson, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, Lupus eritematoso sistémico, granulomatosis de Wegener, infección por VIH, síndrome de reiter o por cáusticos, antisépticos, aspirina, metotrexate y sales de oro. Las manifestaciones articulares con espondiloartropatías seronegativas. Manifestaciones digestivas, con enfermedad inflamatoria intestinal. No tenía síntomas oculares, vasculares, ni neurológicas.

Comentario final

La enfermedad de Behçet, es una afectación multisistémica crónica. De causa desconocida. Predisposición genética, asociándose a genes HLA, sin descartar la participación de microorganismos como estreptococos, micobacterias, virus y *Helicobacter pylori*. Es im-

portante familiarizarse en Atención primaria con las características de esta enfermedad, para coordinar una atención multidisciplinar con diferentes especialidades, favoreciendo un diagnóstico precoz, mejorando el pronóstico.

Bibliografía

- Vidaller A. Tratamiento de la Enfermedad de Behçet. *Anales de Medicina interna* 2002; 19: 11; 594-598
- Graña J. Criterios diagnósticos y diagnóstico diferencial de la Enfermedad de Behçet. *Rev Clin Esp.* 2002; 202: 20-3
- Garcia-Palenzuela R. Actualización de la enfermedad de Behçet. *SEMERGEN* 2012; 38 (1): 33-39

414/78. Tumores ginecológicos sincrónicos y colisión de tumores

Autores:

E. Gamero de Luna¹, I. Mora Ortiz¹, S. Rodríguez Suárez², E. Gamero Estévez³.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica El Juncal. Sevilla., ²Facultativo Especialista de Área en Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla., ³Biotecnólogo. Departamento de Genética Humana. Universidad McGill. Canadá.

Descripción del caso

Mujer de 52 años en seguimiento por bocio nodular normofuncionante, fumadora, sin otros antecedentes personales y familiares de interés. Consultó por dolor en fosa iliaca izquierda de 2 meses de evolución que se hacía más intenso al aguantar las ganas de orinar. Desde hacía 10 años tenía episodios similares, en ocasiones con dolor en fosa renal que cedían con analgesia y al que la paciente no prestaba mucha atención tras haber sido valorado en una ocasión en el servicio de urgencias como cólico nefrítico.

Exploración y pruebas complementarias

Examen físico, ginecológico y urológico sin datos relevantes.

Ecografía abdominal: tumoración calcificada de origen uterino, que improntaba en la pared vesical. TAC: Tumoración ovárica bilateral, tumoración uterina. Aumento Ag CA 19. 9 y CA 125 con Alfafetoproteína, antígeno carcinoembrionario y β CGH dentro de la normalidad.

Enfoque familiar: familia nuclear en fase de inicio de la contracción Estresores socio-laborales con buena red de apoyo familiar.

Juicio clínico

Teratoma ovárico bilateral. Adenocarcinoma endometroide ovárico. Adenocarcinoma endometroide de endometrio. Leiomioma uterino calcificado.

Diagnóstico diferencial

Cuadros de dolor abdominal crónico, especialmente con el dolor visceral, somático parietal, musculoesquelético, neuropático, de causa extraabdominal, metabólico-tóxico y funcional.

Comentario final

Los tumores ginecológicos sincrónicos son raros (1-2%), aunque de ellos, los endometrioides de ovario y útero son los más frecuentes (50-70%) y con mejor pronóstico. Suele aparecer entre los 40 y 50 años y manifestarse clínicamente por una metrorragia anormal. La colisión adicional, como en nuestro caso, con otros tumores es excepcional.

El médico de familia siempre debe estar alerta ante síntomas repetidos, a veces de difícil valoración, que pueden ser atribuidos a patologías preexistentes no siempre confirmadas. Tras síntomas leves pueden aparecer patologías graves que tensan la relación médico paciente. En estos casos se hace fundamental el manejo del duelo familiar y la reconducción de emociones. Las técnicas de intervención psicológica no regladas pueden ser también útiles.

Bibliografía

- Gilks CB, Kommoss F. Synchronous tumours of the female reproductive tract. *Pathology.* 2018; 50 (2): 214-21.
- Matsuo K, et al. Trends and outcomes of women with synchronous endometrial and ovarian cancer. *Oncotarget.* 2018; 9 (47): 28757-71.

- Solmaz U, et al. Synchronous primary endometrial and ovarian cancers: a multicenter review of 63 cases. *Tumori*. 2016; 102 (5): 508-13.

414/79. Apneas y desaturación en neonato varón.

Autores:

E. Pérez Razquin¹, M. Barbosa Cortés², G. Rodríguez Villadeamigo³, A. Hidalgo Berutich⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia de Equipo Básico de Atención Primaria. Centro de Salud.El Torrejón. Huelva., ²Médico de Familia de Equipo Básico de Atención Primaria. Centro Alonso. Huelva., ³Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva., ⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de los Castillejos. Huelva.

Descripción del caso

Antecedentes personales: AF sin interés. RN pretérmino (30 sems) por corioamnionitis APEG, distress respiratorio (VMNI), ictericia neonatal, intolerancia digestiva transitoria, ileo meconial.

Anamnesis: Varón, 3 meses. Al despertar, cuadro tussígeno con hipotonía, palidez y eversión ocular. Empeoramiento progresivo de tos sin fiebre. Remitido a Urgencias, queda en OBS Ped, y tras apnea con bradicardia y desaturación, que remonta con estímulos y ventilación con presión positiva, ingresa en UCIP.

Exploración y pruebas complementarias

BMT 134, AEG, buen tono, llanto fuerte, tos frecuente con cierta rubefacción facial, FA normotensa, Tiraje subcostal, ACR: Taquicárdico, subcrepitanes basales.

HG: Leucocitos 87120 con neutrofilia, Hb 9. 4, reticulocitos 3. 03%. BQ: PCR 300, Procalcitonina 9. 15. Rx tórax: infiltrado importante en ambos campos pulmonares, sobre todo LSD, con atelectasia dudosa LSD. ADN Bordetella Pertussis en moco nasal +.

Juicio clínico

Tos ferina Maligna

Diagnóstico diferencial

Infecciones respiratorias y faringolaringeas, Aspiración.

Comentario final

PLAN DE CUIDADOS

Tratamiento: vit D, calendario vacunal, así como anti-meningococo B y frente a rotavirus

Evolución: Ha precisado tratamiento con salbutamol y dexametasona, antibiótico con cefotaxima, azitromicina y ampicilina. Ha requerido masaje cardiaco y Ventilacion con Presion Positiva por episodio de desaturación, así como exanguinotransfusión para leucoaféresis.

CONCLUSIONES

La Tos Ferina esta ocasionada por Bordetella Pertussis. Cursa como un catarro breve, con tos sin "gallo" final, no intensa, con desaturación, taquicardia o bradicardia, con frecuentes pausas de apnea y problemas de alimentación. Puede complicarse con apneas, neumonías, neumotórax, enfisema sc u OMA, así como crisis convulsivas o encefalopatía. <1% fallecen en España. Diagnostico clínico, con Hg, cultivo o PCR, y tratamiento con macrólidos.

Bibliografía

- PALABRAS CLAVE: Whooping Cough, Bordetella pertussis, Premature Infant, Apnea.
- Top KA, Halperin SA. Tos ferina y otras infecciones por Bordetella. En: Kasper D, Fauci A, HauserS, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J et al editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 1. 20a ed. México: McGraw-Hill; 2018. p 1142-1146.

414/80. Cefalea brusca en adulto joven.

Autores:

E. Pérez Razquin¹, M. Barbosa Cortés², G. Rodríguez Villadeamigo³, A. Hidalgo Berutich⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia de Equipo Básico de Atención Primaria. Centro de Salud.El Torrejón. Huelva., ²Médico de Familia de Equipo Básico de Atención Primaria. Centro Alonso. Huelva., ³Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva., ⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de los Castillejos. Huelva.

Descripción del caso

Antecedentes personales: No RAM, no FRCV ni tóxicos.

Anamnesis: Hombre, 50 años, acude a C, por cefalea coronal de varios días que altera sueño, sin fiebre ni vómitos, con amnesia de lo ocurrido en la mañana.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración Física: 130/80, sat 100%, fc 54lpm, afebril. BEG, CYC, BHYP, eupneico, normocolorado, no tiraje, acr, abd y pulsos pedios normales. Glasgow 15/15, pares craneales conservados, fuerza, sensibilidad y reflejos conservados, cerebelosa normal, no signos meníngeos, no petequias.

Pruebas Complementaria: HG: Hb 16. 1, hto 46., leucos y plaquetas normales. BQ: glu 122, resto normal. PCR normal. TAC craneal: hemorragia subaracnoidea extensa por cisterna supraselar, interpeduncular, prepontina, cisternas pontocerebelosas, ambiens izquierda y cerebelobulbar, ligera hidrocefalia incipiente, sin otros hallazgos patológicos.

Juicio clínico

Hemorragia subaracnoidea.

Diagnóstico diferencial

Epilepsia, migraña, conversión.

Comentario final

PLAN DE CUIDADOS

Tratamiento: nimodipino 30mg/2/4hs con descanso nocturno 14 días, dexametasona 2mg/24hs 5 días, 1mg/24hs 5 días y suspender, omeprazol 20mg/24hs, paracetamol 1gr/8hs, metamizol 575mg/8hs

Evolución: buen control clínico con analgesia, sin focalidad neurológica.

CONCLUSIONES

Ante una cefalea, su presentación brusca, mayor intensidad de la habitual, la presencia de vómitos, fiebre o la alteración del sueño, así como su resistencia a analgesia habitual, son características que deben hacer pensar en una cefalea grave, y que requerirá de una prueba de imagen.

Bibliografía

- Smith WS, Hemphill III JC, Johnston SC. Hemorragias intracraneales. En: Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J et al editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 1. 20a ed. México: McGraw-Hill; 2018. p. 3091-3096.

414/81. Encefalopatía hipercápnica

Autores:

M. Barbosa Cortés¹, G. Rodríguez Villadeamigo², E. Pérez Razquin³, A. Hidalgo Berutich⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia de Equipo Básico de Atención Primaria. Centro Alonso. Huelva., ²Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva., ³Médico de Familia de Equipo Básico de Atención Primaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva., ⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de los Castillejos. Huelva.

Descripción del caso

Antecedentes personales: No RAM, Exfumador, DM2, IM, FAP con ACO, TBC; EPOC con I Respiratoria Global, con O2 domiciliario.

Anamnesis: Varón, 83 años, con aviso domiciliario por disminución de nivel de conciencia en contexto de Insuficiencia Respiratoria crónica reagudizada, con tos, expectoración y aumento de disnea basal en días previos. Ante falta de respuesta a estímulos se trasladada a Urgencias con BiPAP. No fiebre.

Exploración y pruebas complementarias

TA 139/97, FC 113lpm, Sat 193% (VMK al 33%). Palidez mucocutánea con ligera deshidratación. Ligera taquipnea en reposo tolerando el decúbito. ACR: taquicardia, disminución MV, más en base derecha.

GSV: acidosis respiratoria. Hg: L 14240 (77. 7% Neutrófilos), serie roja y plaquetas normales. EC normal. Bq: glu 342, resto normal incluyendo proBNP, PCR 18. 7. Rx tórax: respecto de estudios previos, imagen compatible con derrame pleural derecho, así como infiltrado infeccioso en LSD. Ag neumococo orina: negativo

Juicio clínico

Insuficiencia Respiratoria Global crónica agudizada con Encefalopatía Hipercápnica en paciente con EPOC, descompensada por Neumonía

Diagnóstico diferencial

Hipoglucemia, AVC, convulsión, meningoencefalitis.

Comentario final

PLAN DE CUIDADOS

Tratamiento: VMNI, omeprazol 20mg/24hs, rivaroxaba 15mg/12hs, bisoprolol 2. 5mg/12, insulina 30 UI/24hs, sitagliptina/metformina 50mg/1gr/12hs, Fe/24hs, alprazolam 0. 250mg si precisa, Budesonida/formoterol 160/4. 5mg 2/12hs, tiotropio 2inhs/24hs, ipratropio de rescate 2inhs/8hs, deflazacort 30mg en pauta descendente, furosemida 40 según disnea/edema. .

Evolución: buena con VMNI y antibioterapia iv .

CONCLUSIONES

Ante pacientes EPOC con oxígeno domiciliario, ante una situación de disminución de conciencia hay que pensar en una encefalopatía hipercápnica, así como descartar la hipoglucemia o un proceso neurológico agudo. El soporte con VMNI, ayudará a la resolución satisfactoria del cuadro. La primera causa de descompensación EPOC es de causa infecciosa.

Bibliografía

- Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Respiratory Insufficiency, Hypercapnia, Coma.

- McConville JF, Solway J, Mokheles B. Disorders of Ventilation. En: Barnes PJ, Longo DL, Fauci AS, et al, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 1. 20a ed. México: McGraw-Hill; 2018. p. 2010-2013.

414/82. Fiebre y disartria en anciano

Autores:

M. Barbosa Cortés¹, G. Rodríguez Villadeamigo², E. Pérez Razquin³, A. Hidalgo Berutich⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia de Equipo Básico de Atención Primaria. Centro Alonso. Huelva., ²Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva., ³Médico de Familia de Equipo Básico de Atención Primaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva., ⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de los Castillejos. Huelva.

Descripción del caso

Antecedentes personales: No RAM, DLP.

Anamnesis: Varón, 73 años, con aviso domiciliario por fiebre de 48 horas de evolución, tras extracción dentaria, y posterior disartria con desviación comisural y disminución fuerza en MSD. Se traslada a Urgencias por sospecha código Ictus.

Exploración y pruebas complementarias

TA 125/71, afebril, bmt 124. ACR: rítmico a buena frecuencia, soplo sistólico, panfocal, leve disminución de MV hemitórax izquierdo, resto por aparatos normal. Disartria moderada, parálisis facial supranuclear derecha, NIHSS: 4.

TC y angioTAC: no oclusión de gran vaso. ETT: no puede descartar vegetación de pequeño/mediano tamaño en válvula aórtica. ETE: no puede descartar material infeccioso en bordes de velos de válvula. HG: Hb 16. 2, L12850 (N82%), plaquetas 107000. EC: normal. RMN: lesión isquémica en hemisferio izquierdo, ECO Abdominal: no lesiones supurativas o isquémicas. Gammagrafía: no captación anormal.

Juicio clínico

Probable Endocarditis aórtica por *S. Aureus* sobre válvula nativa aórtica bicúspide, con AVC isquémico en dicho contexto que pudiera ser embólico.

Diagnóstico diferencial

AVC, Crisis comicial, Hipoglucemia, Meningoencefalitis.

Comentario final

PLAN DE CUIDADOS

Tratamiento: AAS 300mg/24hs, Atorvastatina 80mg/24hs, Ampicilina 2g/4hs, Gentamicina 140mg/12hs, Cloxacilina iv.

Evolución: buena con tratamiento antibiótico.

CONCLUSIONES

El déficit neurológico brusco acompañado de fiebre pone en la pista de un probable origen infeccioso, y el antecedente de la extracción dentaria orienta el cuadro a una probable endocarditis, difícil de demostrar en este caso. El paciente al alta deberá tomar antibiótico (amoxicilina 2 gr vo 2hs antes del procedimiento), en situaciones de riesgo para nuevos episodios: nuevas extracciones, amigdalectomía, adenectomía o broncoscopia con biopsia, ITU o bacteriuria asintomática por *Enterococo*, desbridamiento de piel, partes blandas o intrabdominal.

Bibliografía

PALABRAS CLAVE

- Stroke, Bacterial Endocarditis, Fever, Tooth Extraction.
- Karchmer AW. Endocarditis Infecciosa. En: Barnes PJ, Longo DL, Fauci AS, et al, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 1. 20a ed. México: McGraw-Hill; 2018. p. 921-933.

414/84. Shock séptico de probable origen abdominal.

Autores:

G. Rodríguez Villadeamigo¹, E. Pérez Razquin², M. Barbosa Cortés³, A. Hidalgo Berutich⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva., ²Médico de Familia de Equipo Básico de Atención Primaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva., ³Médico de Familia de Equipo Básico de Atención Primaria. Centro Alonso. Huelva., ⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de los Castillejos. Huelva.

Descripción del caso

Antecedentes personales: No RAM, Exfumador, etilismo moderado, DM2, EPOC.

Anamnesis: Varón, 55 años, valorado por lumbalgia que progresa con compromiso de estado general, con dolor y distensión abdominal, sudoración, presíncope, disminución de diuresis

Exploración y pruebas complementarias

TA 90/50, FC 115lpm, Sat 86%. MEG, mal perfundido con livideces generalizadas, consciente y orientado. ACR normal. Abdomen distendido, timpánico, doloroso generalizado, ausencia de RHA, resto EF normal.

GSV: pH 7, 21, pCO2 49. Hg: Hb 14. 7, L 3000 (30% Neutrófilos en banda, granulación tóxica y vacuolización +), agregados plaquetarios. EC. Alargamiento TP y TTPA. BQ: glu 156, crt 3. 65, urea 145, brb t 1. 96 (d 1. 85, i 0. 11), LDH 506, AST 202, ALT 69, TT99. . TAC toracoabdominal: no síndrome aórtico agudo, múltiples focos de infarto en ambos riñones, infartos esplénicos, hallazgos compatibles con posible isquemia mesentérica, múltiples foco sépticos pulmonares, y nódulo pulmonar de 21mm en LID (a descartar malignidad), Ecocardio TT: no datos de endocarditis.

Juicio clínico

Shock Séptico de probable foco abdominal. Isquemia mesentérica. Infartos sépticos renales, esplénicos y pulmonares.

Diagnóstico diferencial

Cuadro metabólico, paraneoplásico, infeccioso.

Comentario final

PLAN DE CUIDADOS

Tratamiento: Corticoides, mórfico, oxigenoterapia, antibiótico, bicarbonato, Fluidoterapia intensa. Soporte vasoactivo intenso. Laparotomía exploradora: isquemia mesentérica generalizada de asas de delgado y colon.

Evolución: Ingreso en UCI, exitus.

CONCLUSIONES

El shock séptico es un cuadro grave, que necesita de un rápido diagnóstico y se basa en clínica, exploración y pruebas complementarias compatibles. Requiere de fluidoterapia intensa, cobertura antibiótica de amplio espectro y soporte vasoactivo. Suele tener una alta letalidad.

Bibliografía

- Septic shock, Embolism, Death, Mesenteric Ischemia.
- Seymour CS, Angus DC. Septicemia y choque séptico. En: Barnes PJ, Longo DL, Fauci AS, et al, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 1. 20a ed. México: McGraw-Hill; 2018. p. 2044-2052.

414/85. Deterioro cognitivo de rápida evolución: melanoma metastásico sin tumor primario conocido.

Autores:

M. Sánchez Medianero¹, A. Sanz Zorilla², J. Madeira Martins³, F. Leiva Cepas⁴.

Centro de Trabajo:

¹Facultativo Especialista de Área de Anatomía Patológica. Unidad de Gestión Clínica de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba,
²Médico Residente 3º año de Anatomía Patológica. Unidad de Gestión Clínica de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba., ³Médico de Urgencias. Hospital San Juan de Dios. Córdoba., ⁴Colaborador Honorario. Facultad de Medicina y Enfermería. Departamento de Ciencias Morfológicas. Universidad de Córdoba.

Descripción del caso

Mujer de 67 años de edad con los antecedentes personales de: HTA tratada con IECA. Fractura vertebral atraumática (T5, enero 2019), intervenida en hospital privado precisando opioides a altas dosis, adenocarcinoma de colon hace 10 años en seguimiento por Oncología. Acude a urgencias de hospital privado por deterioro cognitivo progresivo de 3 meses de evolución, pese a que es consciente de la pérdida de memoria y se autocorrigue y conserva recuerdos antiguos. Sin alteraciones del nivel de conciencia. Sin cefalea, acúfenos, paresia u otra focalidad neurológica. Refiere anorexia desde hace meses, pérdida de peso no cuantificada y astenia. Niega fiebre.

Exploración y pruebas complementarias

Contantes y aspecto dentro de la normalidad. Exploración por sistemas y aparatos sin hallazgos significativos.

- Analítica. Hemograma: 13.640 leucocitos (neutrófilos 11.030), hemoglobina 10.9g/dl, plaquetas 499.000/ul. Coagulación normal. Bioquímica normal (discreta hiperglucemia).
- Radiografía de tórax: nódulo bien delimitado en el segmento 6 derecho.
- TAC craneal y toraco-abdominal: masa frontal derecha e imágenes nodulares en ambos lóbulos parietales, sugestivas de metástasis parenquimatosas. Lesiones líticas en calota. Múltiples metástasis pulmonares, hepáticas e implantes perirrenales, así como afectación extensa del esqueleto axial.
- Biopsia hepática: metástasis de melanoma (IHQ positiva para S-100, melan-A y HMB-45, negativa para CK 20, Ki67 ~40 %).

Juicio clínico

Melanoma metastásico sin primario conocido.

Diagnóstico diferencial

Neoplasias malignas epiteliales, enfermedades reumatológicas, lesiones neurológicas no expansivas, deterioro cognitivo de etiología tóxico-metabólica.

Comentario final

El melanoma es un tumor relativamente frecuente que posee una elevada morbilidad, y al igual que el resto de tumores su mejor manejo es la prevención. Desde Atención Primaria, así como Hospitalaria, sospecharlo puede permitir tratamientos que mejoren la calidad de vida del paciente, si bien en estadio metastásico el tratamiento suele ser paliativo. En una paciente joven, donde se reúnen factores orientativos a la neoplasia maligna (síndrome constitucional, fracturas patológicas) ha de pensarse en enfermedad neoplásica metastásica. En el caso del melanoma, ocurre algo similar al TEP, pensar en él aunque el cuadro clínico se maneje desde la frecuencia por las múltiples.

Bibliografía

- Gosh SK, et al. Metastatic melanoma from an unknown primary site presenting as skin-colored nodules and multiple visceral involvement. *Skin-med.* 10: 196-9. 2012.
- Schadendorf D, et al. Melanoma. *Lancet.* 392: 971-984. 2018.

414/86. ¡Mamá! ¡Yo no me quito el piercing!

Autores:

L. Sanchez Morales, A. Díaz Saborido, P. Geara Joyed.

Centro de Trabajo:

Médico de Familia. La Serrana. Jérez de la Frontera.

Descripción del caso

Niña de 12 años sin antecedentes personales ni familiares de interés que acude a consulta de Atención Primaria acompañada de su madre, la cual está muy preocupada porque desde hace un mes presenta una lesión de aspecto verrugoso en la nariz, que apareció a la semana de realizarse un piercing y no realizar los cuidados oportunos aconsejados tras la perforación.

Se realiza una interconsulta con el servicio de dermatología que confirma diagnóstico y aconseja retirada

del piercing y antibioterapia tópica con mupirocina, con revisión posterior si persiste la lesión. La paciente se niega a la retirada del piercing por lo que no vuelve a consultar.

Exploración y pruebas complementarias

En el área lateral de la nariz presenta una tumoración friable de 5 mm de diámetro con collarite epidérmico de color rojizo.

Juicio clínico

Granuloma piogénico secundario a piercing.

Diagnóstico diferencial

Granuloma piógeno, verruga, granuloma por cuerpo extraño y carcinoma espinocelular.

Comentario final

Granuloma piogénico es una lesión benigna, reactiva y multifactorial, que resulta de injurias

repetitivas, microtraumatismo e irritación local sobre piel o membranas mucosas, por esto, los tejidos al cicatrizar, lo hacen de forma anormal formando excesivo tejido de granulación.

Es la lesión más frecuente que aparece tras la colocación de piercings en la pirámide nasal o el pabellón auricular.

Ante la creciente motivación de los adolescentes por estas prácticas se debería recomendar y enseñar normas higiénicas generales, así como informar de las posibles complicaciones que pueden aparecer (reacciones alérgicas, de hipersensibilidad, liquenoides, granulomatosas y otras como cicatrices hipertróficas y queloides), así como la regularización legal en menores de 18 años.

Bibliografía

- Urbiola Alís I, Viñals Iglesias H. Algunas consideraciones acerca de los piercings orales.
- Av. Odontoestomatol 2005; 21-5: 259-269.
- Pérez S, Atitar A, Díez MD, Montero N. Perforaciones inconscientes. Breve descripción del fenómeno de piercing y sus posibles complicaciones. *Rev. Aten Primaria* 2003; 32 (9): 535-40.

414/87. De grandes cenas... están las sepulturas llenas

Autores:

O. Drabovich Drabovich¹, R. Muñoz Gamero², M. Sánchez González³.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Equipo Básico de Atención Primaria. Distrito Sevilla Sur., ²Servicios de Urgencias de Atención Primaria. Distrito Sevilla Sur., ³Movilizables de Cuidados Críticos y Urgencias y Servicios de Urgencias de Atención Primaria. Distrito Sevilla.

Descripción del caso

Varón, 38 años. Exfumador desde 2017, sin otros hábitos y sin antecedentes de interés. Acude por dolor abdominal cólico (EVN: 6-7/10), de una hora de evolución, tras ingesta copiosa navideña, asociado a hematuria.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP): Consciente, orientado y colaborador. IMC: 36, 11 (obesidad tipo-II). Regular estado general. ACR: sin hallazgos. Abdomen: distendido, doloroso a la palpación, sin defensa, visceromegalias, ni masas. Constantes: TA: 166/104; FC: 104; FR: 14, T³⁶ 36, 9°C, Glucemia: 129g/dL, Sat. O2 96%. ECG: RS, sin alteraciones. Durante la exploración impresiona de gravedad, tiene vómitos persistentes y sufre un síncope, por lo que se deriva a Hospital para completar estudio.

En el hospital se practica: hemograma: leucocitosis 23. 970, con neutrofilia. Hb, Hto y coagulación: normales. Bioquímica: Amilasa: 2116, glucosa; 155. Urea, creatinina, iones, transaminasas y LDH: normales. Ingresa para estudio con el juicio clínico de pancreatitis aguda. Evolución: Muestra signos de respuesta inflamatoria sistémica (taquipnea, taquicardia, leucocitosis marcada y PCR elevada) por lo que se pide TAC urgente, que detecta necrosis pancreática extensa. Se sospecha trombosis portal que se descarta con Eco-Doppler. Además presenta pico febril con

hemocultivo positivo para Gramnegativos, por lo que se inicia antibioterapia empírica con tazocel. Se mantiene febril, a pesar del tratamiento, que se cambia a cefalosporina y quinolona (Ceftriaxona + ciprofloxacino). Aún así la evolución sigue siendo tórpidas (fiebre mantenida y dificultad para vaciamiento gástrico) por lo que piden nuevo TAC, donde se aprecia: necrosis pancreática, superior al 70%, con nuevo absceso. Se decide intervención: gastrotomía y colocación de prótesis, drenándose colección purulenta (1600 cc) y se toman muestras para cultivo, aislándose: S. Parasanguinis, sensible a quinolonas y Candida Braconensis, que se trata con capsosfungina. Requiere nutrición parenteral, manteniendo evolución tórpidas. Se coloca sonda nasogástrica, para lavados con H2O2 al 20%. Se realiza necrostomía y se retiran dos prótesis migradas, sustituyéndose por prótesis plástica doble, tipo pigtail, experimentando recuperación física, desaparición de fiebre y tolerancia dietética.

Juicio clínico

Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS)/ Shock de origen abdominal.

Diagnóstico final: Pancreatitis aguda necrotizante, complicada con sobreinfección.

Diagnóstico diferencial

Abdomen agudo, pancreatitis, trombosis portal, peritonitis, traumatismo pancreático, carcinoma pancreático, colangiocarcinoma, colecistitis, colangitis, úlcera péptica, isquemia mesentérica o miocárdica, apendicitis, oclusión intestinal y glomerulonefritis aguda.

Comentario final

La intensidad del dolor abdominal no siempre se correlaciona con la gravedad. Los signos de alarma son clínicos, fueron correctamente interpretados en el SUAP, y se relacionan con la afectación del estado general y alteración de las constantes vitales. El shock no permite demora y la evolución es tiempo-dependiente, teniendo valor pronóstico negativo la presencia de tres o más criterios clínico-analíticos de gravedad en las primeras 48 horas, como presentaba nuestro paciente.

Bibliografía

- Williamson MA, Snyder LM. Interpretación clínica pruebas diagnósticas, 9ª edición. Edit. Walter-Kluwer-Health, 2012
- Huang Q, Chaof, Wang. C at com. Drenaje biliar puede reducir la incidencia de pancreatitis post-CPRE, tras dilatación con balón grande. Scandian-Journal Gastroenterology. 2018.

414/94. La ginecomastia en el adulto

Autores:

J. López Gómez, R. Muñoz Maya, P. Navarrete Vega.

Centro de Trabajo:

Médico de Familia. Centro de Salud de Lebrija. Sevilla.

Descripción del caso

Varón de 46 años que consulta por ginecomastia derecha de 2 meses de evolución. Como antecedentes personales presenta dislipemia mixta en tratamiento dietético, esteatosis hepática en estudio por Digestivo. No hábitos tóxicos. No realiza tratamiento farmacológico. No refiere disminución de la libido ni impotencia sexual.

Exploración y pruebas complementarias

Peso 90, 600 kg. Talla 166 cm. Mamas: ginecomastia derecha, dolorosa a la palpación. Abdomen sin megalias. Genitales externos normales. Bien virilizado.

Hemograma: tres series normales.

Perfil lipídico: colesterol 204 mg/dl, triglicéridos 266 mg/dl,

Bioquímica general: ferritina 626. 40 µg/l

Hormonas: tirotropina 2. 66 µU/ml, tirotropina (libre) 1. 08 ng/dl, prolactina (30 min) 7. 34 ng/ml, folitropina 2. 55 U/l, lutropina 3. 72 U/l, estradiol 26. 20 pg/ml, progesterona 0. 05 ng/ml, testosterona 1. 6 ng/ml, Δ4-androstendiona 0. 98 ng/ml.

Ecografía mamaria: se visualiza tejido fibroglandular en la mama derecha compatible con ginecomastia. No datos de tejido mamario en la mama izquierda.

Juicio clínico

Ginecomastia. Hipogonadismo hipogonadotrópo.

Diagnóstico diferencial

Pseudoginecomastia

Cáncer de mama

Comentario final

La ginecomastia debe ser distinguida de la pseudoginecomastia, así como de otras masas en la mama, la más importante, el cáncer de mama. Esta distinción es posible casi siempre a través de la exploración física. Una vez que la ginecomastia ha sido diagnosticada, la combinación de una cuidadosa anamnesis, exploración física y algunas pruebas complementarias permiten identificar la causa de la ginecomastia en la mayoría de los pacientes. Hay que preguntar al paciente sobre síntomas de enfermedad hepática o renal, al igual que de hipertiroidismo o hipogonadismo. En este caso, se sospecha de un hipogonadismo secundario debido a una anomalía hipotalámica o hipofisaria. Se ha solicitado ecografía testicular y resonancia nuclear magnética de hipófisis.

Bibliografía

- Braunstein GD. Clinical Practice. Gynecomastia. N Engl J Med. 2007; 357: 1229.
- Johnson RE, Murad MH. Gynecomastia: pathophysiology, evaluation and management. Mayo Clinic Proc. 2009; 84 (11): 1010.
- Constanzo PR, Pacenza NA, Aszpiz SM, Suárez SM, Pragier UM, Stewart JG, Vásquez M et al. Clinical and Etiological Aspects of Gynecomastia in Adults Male: A Multicenter Study. Biomed Res Int. 2018 (2018): 1-7.

414/100. Doctor, mi hijo se atraganta

Autores:

P. Hermoso Oballe¹, J. de Castro Simón², M. Otero Garrido³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Algarrobo. Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga Axarquía., ²Centro de Salud de Algarrobo. Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga Axarquía. Málaga., ³Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Algarrobo. Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga Axarquía.

Descripción del caso

Niño de 7 años, peso 32kg, talla 132cm, NAMC, síndrome alcohólico fetal con posterior seguimiento en Atención Temprana, actualmente de alta, dermatitis atópica, inmunizaciones según calendario. Que acude en múltiples ocasiones al servicio de urgencias por episodios de atragantamiento e impactaciones alimentarias fundamentalmente a sólidos, con disfagia y sialorrea asociadas. Derivado al especialista de aparato digestivo pediátrico para estudio.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, bien hidratado y perfundido, palidez cutánea. Otoscopia y faringe normales. ACR: rítmico sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no masas ni megalias.

Analítica: Hemograma con eosinofilia leve (8.3%), bioquímica básica, inmunoglobulinas (salvo IgE 345) y ferritina normales.

RAST: positivo a parietaria y alternaria, y más leve a leche de vaca.

Tránsito gastro-intestinal: normal.

Endoscopia digestiva alta: 1/3 superior 60 eosinófilos por CGA, 1/3 medio 50 y 1/3 inferior 45.

Juicio clínico

Esofagitis eosinofílica

Diagnóstico diferencial

Enfermedad de Crohn. Celiaquía. Infestación por parásitos. Acalasia.

Comentario final

La esofagitis eosinofílica es una enfermedad crónica, local, mediada por el sistema inmunitario, que se caracteriza clínicamente por síntomas de disfunción esofágica (disfagia a sólidos, impactación alimentaria y dolor torácico no asociado con la deglución) e inflamación predominantemente eosinofílica en la biopsia esofágica. Se puede presentar a cualquier edad, con mayor frecuencia entre los 30 y 50 años, y más frecuentemente en hombres. La atopia se ha considerado un importante factor de riesgo ya que estas personas suelen presentar más frecuentemente rinitis, asma y eccema. Se considera una forma de alergia alimentaria. Para el diagnóstico es necesario una endoscopia digestiva alta con biopsia, pudiendo encontrar hallazgos como surcos longitudinales y exudados blanquecinos, edema, patrón vascular atenuado, estenosis e incluso traqueización esofágica; así como necesitando un umbral histológico de densidad eosinofílica diagnóstico es de 15 eosinófilos por campo de gran aumento. Entre las opciones terapéuticas están el uso de algunos fármacos como IBP o corticoides tópicos deglutidos, o de modificaciones dietéticas capaces de inducir y mantener la remisión de los síntomas y del infiltrado inflamatorio eosinofílico del esófago, así como las dilataciones endoscópicas para tratar las estenosis por la remodelación fibrosa.

Bibliografía

- Noguerol M, Guardiola A. Esofagitis eosinofílica, a propósito de un caso. AMF 2019; 15 (1): 22-29

414/103. Endocarditis infecciosa sobre válvula nativa

Autores:

M. Salado Natera¹, G. García González², A. García Navas¹.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. Centro de Salud Virgen de la Oliva. Vejer de la Frontera. Cádiz., ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz.

Descripción del caso

Paciente de 78 sin alergias, hipertenso y diabético con buen control. Acude a la consulta por fiebre vespertina acompañada de tiritona y mialgias. No tos ni expectoración, no otra clínica. Se trata con antitérmicos. A la semana acude con la misma clínica y se inicia tratamiento con antibioterapia empírica. A la semana sin mejoría, por lo que se decide derivar al hospital para realización de pruebas complementarias. Se ingresa y se observa sepsis por *Enterococo faecalis*. Tras antibioterapia intravenosa durante 12 días es dado de alta. Acude de nuevo a la consulta a la semana del alta por nuevo cuadro febril. En la exploración se detecta un soplo en foco aórtico III/VI no conocido. Se sospecha una endocarditis infecciosa y se deriva al hospital donde se confirma el diagnóstico de endocarditis infecciosa sobre válvula nativa.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración primera y segunda visita: normal. Exploración tras el ingreso: auscultación cardíaca, rítmica, con soplo de novo en foco aórtico III/VI. Pulmonar normal. Resto de exploración normal. Pruebas complementarias: hemocultivos positivo a *E. faecalis*. Ecocardiografía transesofágica: doble lesión aórtica degenerativa de grado moderado.

Juicio clínico

Endocarditis infecciosa sobre válvula nativa

Diagnóstico diferencial

Fiebre de origen desconocido, fiebre reumática

Comentario final

Las endocarditis por *E. faecalis* supone la tercera causa de endocarditis después del *Staphylococcus* y *Streptococcus*. Ante una fiebre de origen desconocido en atención primaria es de muy importante la exploración detallada por órganos y sistemas, ya que en el caso de este paciente se sospechó por la auscultación.

Bibliografía

- Murdoch DR, Corey GR, Hoen B, et al. Clinical presentation, etiology, and outcome of infective endocarditis in the 21st century: The International

Collaboration on Endocarditis-Pro prospective Cohort Study. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 463-73.

- Fernández Guerrero ML, Goyenechea A, Verdejo C, et al. Enterococcal endocarditis on native and prosthetic valves: A review of clinical and prognostic factors with emphasis on hospital-acquired infections as a major determinant of outcome. *Medicine (Baltimore)*. 2007; 86: 363-77.

414/113. Síndrome aórtico agudo, a propósito de un caso

Autores:

B. Perejil Sánchez¹, A. Domínguez García², S. López Mesa¹, R. Rodríguez Ruiz³.

Centro de Trabajo:

¹Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Las Albarizas. Marbella. Málaga., ²Médico de Familia y Urgencias. Centro de Salud las Albarizas. Marbella. Málaga., ³Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Las Albarizas. Marbella. Málaga.

Descripción del caso

Paciente mujer de 69 años, con antecedentes personales de HTA y DM2, que acude a Urgencias Hospitalarias trasladada por DCCU (Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias) tras sufrir en su domicilio un cuadro de dolor centrotorácico opresivo con cortejo vegetativo acompañante y síncope posterior.

Se encuentra hipotensa (TA 60/40) y nauseosa.

La paciente refiere en los días previos, dolor retroesternal punzante de escasa intensidad, por el que no consultó.

En cuarto de Críticos, se procede a intubación orotraqueal y la paciente sufre una parada cardiorrespiratoria de 3 minutos de duración, que precisa de la administración de 2mg de adrenalina, 1mg de atropina y una perfusión de noradrenalina.

Se detecta ecográficamente derrame pericárdico que requiere pericardiocentesis, obteniéndose 200ml de líquido.

Valorada por Cirugía Cardíaca, ingresa para intervención quirúrgica.

Exploración y pruebas complementarias

Mal estado general. Obesidad mórbida. Intubada y conectada a Ventilación Mecánica con SAO₂ 99%. TA 90/60 con perfusión de noradrenalina.

Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos a 75lpm, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 75lpm, sin datos de isquemia aguda ni alteraciones de la repolarización.

Angio-TAC de tórax: hematoma intramural de toda la aorta torácica. No se objetiva disección de aorta. Arterias coronarias y troncos supraaórticos (en sus inicios) permeables y de calibres normales. Importante derrame pericárdico, denso, sugerente de hemopericardio, de 22mm de espesor máximo. Dilatación de cavas superior e inferior por fallo cardíaco derecho. No se objetiva derrame pleural. Disección del tronco celiaco y de la arteria mesentérica superior en sus porciones proximales. Aorta abdominal de calibre normal, sin disección ni hematoma intramural. No se objetiva líquido libre intraperitoneal.

Juicio clínico

Síndrome aórtico agudo

Diagnóstico diferencial

Síndrome coronario agudo, tromboembolismo pulmonar, neumotórax a tensión, taponamiento cardíaco.

Comentario final

Actualmente, la disección aórtica tipo B de Stanford (aorta descendente torácica y/o abdominal), se trata quirúrgicamente mediante la implantación de endoprótesis, lo cual permite corregir la mala perfusión y las pérdidas sanguíneas, y reconstruir la aorta diseccionada, con escasa morbilidad periprocedimiento.

Bibliografía

- Attia C, Villard J, Boussel L, Farhat F, Robin J, Revel D, et al. Endovascular repair of localized

pathological lesions of the descending thoracic aorta: midterm results. Cardiovasc Intervent Radiol. 2007; 30; 628-37.

414/118. Hematoma pulmonar: un hallazgo casual

Autores:

J. López Gómez, R. Muñoz Maya, P. Navarrete Vega.

Centro de Trabajo:

Médico de Familia. Centro de Salud de Lebrija. Sevilla.

Descripción del caso

Mujer de 46 años en seguimiento por Reumatología por fibromialgia, donde solicitan radiografía de tórax. La paciente se realiza la radiografía en nuestro centro de salud donde se detecta nódulo pulmonar en lóbulo superior derecho.

Antecedentes personales: fumadora de 12, 5 paquetes/año. Osteoporosis de cadera. Cervicoartrosis. Fibromialgia. Síndrome ansioso-depresivo.

Exploración y pruebas complementarias

Peso 52 kg. Talla 155 cm. Eupneica en reposo, saturación de oxígeno 99% respirando aire ambiente. Frecuencia cardíaca 57 latidos por minuto. Corazón rítmico sin soplos. Buen murmullo vesicular sin ruidos patológicos.

Radiografía de tórax: nódulo pulmonar en segmento anterior de lóbulo superior derecho de contornos bien delimitados, perihiliar, de densidad homogénea, mide 2, 5 cm de diámetro, que debe ser valorado mediante tomografía axial computarizada (TAC) de tórax.

TAC de tórax: en el segmento anterior de lóbulo superior derecho se visualiza una imagen que presenta las siguientes características: tamaño 2, 5 x 2, 5 x 2, 5 cm, lesión circunscrita, bien definida y de bordes lisos, densidad grasa macroscópica. La primera posibilidad diagnóstica es que se trate de un hamartoma como primera posibilidad.

Fibrobroncoscopia: normal

Biopsia en lóbulo superior derecho: sin evidencia de malignidad histológica en el tejido remitido.

Juicio clínico

Hamartoma pulmonar

Diagnóstico diferencial

Causas malignas: neoplasia pulmonar primaria, metástasis, tumor carcinoide

Causas benignas: infecciones, tumores benignos, vasculares, otras (lesiones inflamatorias)

Comentario final

Los nódulos pulmonares pueden ser detectados en diversas pruebas de imagen llevadas a cabo por otros motivos. Los hamartomas pulmonares son la causa de aproximadamente el 10% de los nódulos pulmonares benignos hallados en el pulmón. El patrón radiológico de calcificación nodular sugiere un diagnóstico benigno. En la mayoría de los casos, a no ser que este patrón sea patognomónico, la TAC es recomendada para excluir la malignidad de la lesión.

Bibliografía

- Ost D, Fein AM, Feinsilver SH. Clinical practice. The solitary pulmonary nodule. N Engl J Med. 2003; 348 (25): 2535.
- Plaza I, Herreros B, Pintor E, Gargantilla P. Nódulo pulmonar solitario con calcificaciones en "palomitas de maíz". Med Clin. 2010; 135 (2): 95.
- Socarrás ER, Torres SF, Mestral AL, Pérez CA, Ávila CM, Socarrás AR. Hamartoma pulmonar gigante. Presentación de un caso. Revista de Patología Respiratoria. 2013; 16 (3): 115-117.

414/119. A propósito de un caso: neumonía adquirida en la comunidad.

Autores:

A. García Flores¹, V. Correa Gómez², R. Pérez Rivera³.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. Zona Básica de Úbeda. Jaén., ²Médico Residente 4º año de Medicina de Familia y Salud

Comunitaria., ³Médico de Familia. Cabinet medical des Maisons Blanches. Saint Germain du Corbeis.

Descripción del caso

Paciente de 40 años sin antecedentes de interés, exfumador. Acude a urgencias con cuadro de fiebre de 38, 5°C, malestar general, cefalea frontal. Es diagnosticado de faringoamigdalitis aguda, le ponen tratamiento con amoxicilina e ibuprofeno. 72 horas después el paciente acude a nuestra consulta por no encontrar mejoría, persiste fiebre, malestar general, cefalea y ha comenzado con tos leve y dolor costal de características pleuríticas.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, taquipneico en reposo, auscultación: rítmico, crepitantes en lóbulo superior derecho. Saturación 93%, tensión arterial 107/68, temperatura 38, 7°C. Radiografía de tórax: aumento de densidad en lóbulo superior derecho. Comenzamos tratamiento empírico con amoxicilina/clavulánico, azitromicina y paracetamol. Analítica: leucocitos 8430, plaquetas 145000, PCR 346, 2, antigenuria para legionella y neumococo negativos. Lo revisamos a las 48 horas encontrándonos mejoría de la sintomatología. A la semana volvemos a revisar al paciente habiendo desaparecido la clínica. Al mes repetimos radiografía donde ya no se aprecia condensación.

Juicio clínico

Neumonía atípica adquirida en la comunidad.

Diagnóstico diferencial

Otras neumonías, bronquitis aguda, neoplasias, tuberculosis, gripe, tromboembolismo pulmonar, bronquiectasias.

Comentario final

Es un cuadro producido por gérmenes distintos a los habituales, menos llamativo que las típicas por lo que está infradiagnosticada en nuestro medio. El *Mycoplasma pneumoniae* es la primera causa. Suele haber una disociación clínico-radiológica. Tenemos una serie de criterios para decidir si un paciente puede ser tratado ambulatoriamente como son el CRB65

o la escala FINE útiles en atención primaria. En este caso a la hora de poner un tratamiento empírico, al no conocer el germen causante hemos tratado con 2 antibióticos que ofrecen cobertura para ambos tipos de neumonías.

Bibliografía

- Madrid Pascual O., Larrosa Barrero R. Infecciones de las vías respiratorias. Manual de diagnóstico y terapéutica médica del hospital universitario 12 de octubre. 8ª ed. Madrid; 2016. p. 619-635,
- Álvarez- Sala Walther JL, Casan Clará P, Rodríguez de Castro F, Rodríguez Hermosa JL, Villena Garrido V. Neumología clínica. 1ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010.

414/121. Doctora me ahogo cada vez más.

Autores:

A. García Flores¹, V. Correa Gómez², L. Ballesteros Lechuga³.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. Zona Básica de Úbeda. Jaén., ²Médico Residente 4º año de Medicina de Familia y Salud Comunitaria., ³Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Gavellar. Úbeda. Jaén.

Descripción del caso

Paciente de 62 años con antecedentes personales de cardiopatía isquémica, enfermedad de tres vasos, hta, exfumador, EPOC, obesidad, diabetes mellitus tipo 2. En tratamiento con AAS, omeprazol, carvedilol, valsartan/hidroclorotiazida, doxazosina, atorvastatina/ezetimibe, metformina, tamsulosina, lormetazepam, alopurinol, anoro, ventolin.

Acude a la consulta por aumento de disnea de forma progresiva de un mes de evolución, previamente asintomático, cede parcialmente con el uso de ventolin, no ortopnea, no disnea paroxística nocturna, el paciente realiza sus tareas con normalidad

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, auscultación sin alteraciones, miembros inferiores sin edemas, peso 101 kg, tensión arterial 124/78, saturación 97%. ECG: ritmo sinusal, 77 latidos por minuto. Analítica sin alteraciones incluido el probnp. Se deriva al paciente a cardiología. Ecocardiograma esclerosis mitro-aórtica sin gradientes patológicos. Le solicitan un test de isquemia que es positivo con isquemia inducible en grado moderado-severo en ápex por lo que derivan al paciente a la unidad de hemodinámica. Le realizan angioplastia coronaria transluminal con inserción de dos stents en descendente anterior y un stent en circunfleja. El paciente evoluciona favorablemente, se da de alta con ticagrelor.

Juicio clínico

Angina progresiva.

Diagnóstico diferencial

Anemia, epoc, asma, neoplasias, angina estable, IAM, insuficiencia cardiaca.

Comentario final

La importancia del caso es que no todas la anginas de pecho se presentan de forma típica como en este caso que comenzó en forma de disnea, que es una forma de presentación en pacientes de edad avanzada y en diabéticos, por eso una cuidadosa historia clínica y una correcta exploración nos deben hacer sospechar de esta patología que puede tener un desenlace fatal para el paciente.

Bibliografía

- Forero MN., Cabrera Rodrigo I. Cardiopatía isquémica. Manual de diagnóstico y terapéutica médica del hospital universitario 12 de octubre. 8ª ed. Madrid; 2016. p. 355-381.
- López Bescós L., Fernández-Ortiz A., Bueno Zamora H., Coma Canella I., Lidón Corbi RM., Cequier Fillat A., Tuñón Fernández J., Masiá Martorell R., Marrugat de la Iglesia J., Palencia Pérez M., Loma-Orsio A., Bayón Fernández J., Arós Borau F. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en la angina inestable/

infarto sin elevación ST. Rev Esp Cardiol. 2000; 53: 838-50 - Vol. 53 Núm. 06.

414/122. Doctor, tengo una mancha negra

Autores:

F. Rinaldi Pabon¹, S. López Mesa², A. Domínguez García³.

Centro de Trabajo:

¹Las Albarizas. Málaga., ²Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Las Albarizas. Marbella. Málaga., ³Médico de Familia y Urgencias. Centro de Salud las Albarizas. Marbella. Málaga.

Descripción del caso

Paciente 51 años, sin antecedentes relevantes.

Acudió a consulta por presentar lesión negruzca asintomática en hombro derecho de dos meses de evolución. No refería traumatismo previo. No dolor ni prurito asociada. No contacto con animales. No viajes recientes. Afebril

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración a nivel de hombro derecho se evidencia una lesión papulosa azulada-negruzca de 1cm de diámetro, no dolorosa al tacto y comprensible. Tras compresión se objetiva una lesión plana con vasos en superficie múltiples.

A la dermatoscopia: inicialmente lesión negruzca homogénea. Tras vitropresión vasos rojizos arboriformes múltiples.

Juicio clínico

Lago venoso

Diagnóstico diferencial

Cutaneas:

- Lesiones melanocíticas: máculas, efelides, lentigos, envía, melanoma.
- Vasculares: tumores y malformaciones
- Pigmento exógeno: tatuajes

Otras: hiperpigmentación postinflamatoria

- Picadura insecto: loxoscelismo cutáneo.

Sistémica:

- Fiebre botonosa

Comentario final

Este tipo de lesión suele aparecer en personas con importante exposición solar, y predominantemente en labio y pabellón auricular. Lo fundamental ante una lesión pigmentaria solitaria, la principal es descartar un melanoma por su mal pronóstico.

Clinicamente se presenta como una mácula o nódulo, que puede tener una amplia gama de colores: azul, gris, café negro, blanco y rojizo. Suele ser asimétrico y con bordes irregulares. En ocasiones, puede haber ulceración, sangrado y dolor. A la dermatoscopia suele verse asimetría en la estructura, múltiples colores, un velo blanco azulado, vasos irregulares y/o una red pigmentaria irregular. En casos de duda diagnóstica sobre lesiones pigmentarias, debe efectuarse biopsia. El pronóstico de los lagos venosos es excelente y la mayoría permanece sin complicaciones, excepto por hemorragias ocasionales secundarios a traumatismos.

El tratamiento se efectúa principalmente por razones estéticas o excepcionalmente por estar en zonas de roce.

Las opciones terapéuticas son la crioterapia, electrocirugía, escisión quirúrgica, escleroterapia, o coagulación con láser.

Bibliografía

- Del Pozo J, Peña C, García Silva J, Goday JJ, Fonseca E. Venous lakes: A report of 32 cases treated by carbon dioxide laser vaporization. Dermatol Surg. 2003; 29: 308-10.
- De Giorgi V, Sestini S, Bruscino N, Janowska A, Grazzini M, Rossari S, et al. Prevalence and distribution of solitary oral pigmented lesions: A prospective study. J Eur Acad Dermatol Venerol. 2009; 23: 1320-3.
- Redondo P. Clasificación de las anomalías vasculares (tumores y malformaciones). Característi-

cas clínicas e historia natural. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2004; 27 (supl 1): 9-15.

414/126. Y si no es tristeza

Autores:

M. Estades Rubio¹, S. Camacho Reina², A. García Buendía³, M. Molina Casado³.

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud Arroyo de la Miel., ²Médico Residente de 3º año. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga., ³Médico. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga.

Descripción del caso

Paciente de 70 años que acude a la consulta de atención primaria con los siguientes antecedentes personales: no alergias medicamentosas, diabetes mellitus, dislipemia, hipertensión, litiasis piélica, síndrome ansioso depresivo. Tratamiento con metformina, simvastatina, omeprazol, indapamida, citalopram.

Motivo de consulta: desde hace un mes refiere tristeza, anhedonia, astenia. También solicita derivación a oftalmología por disminución de la agudeza visual bilateral a pesar de revisión reciente de sus gafas. Se solicita analítica. Al recoger los resultados aporta informe de consulta a urgencias por diplopía y ptosis parpebral ojo izquierdo. Valorada por oftalmólogo de guardia descartándose patología ocular. A la semana comenzó cuadro de disfagia

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Lenguaje normal. PICNR leve ptosis palpebral bilateral con leve fatigabilidad. Resto de pares craneales sin alteraciones. Fuerza y sensibilidad normal. ROT simétricos. Marcha normal.

Analítica: Hb 12, 8 VCM 86 leucocitos 14980 (8890 N, 4980 L) plaquetas 305 glucosa 105 creatinina 0.82 GOT 14 GPT 17 GGT 52 triglicéridos 220 colesterol 177 sodio 137 potasio 4.2 TSH 4.2 HbA1c 6, 5

Rx tórax: sin alteraciones

Juicio clínico

Miastenia Gravis

Diagnóstico diferencial

- Lesión ocupante de espacio
- Patología vascular cerebral
- Esclerosis múltiple
- Síndrome fatiga crónica
- Síndrome ansioso depresivo
- Trastornos tiroideos
- Síndrome de Eaton Lambert

Comentario final

La miastenia gravis es una enfermedad que antes de iniciar los síntomas característicos puede mostrarse como síntomas vagos y somáticos por lo que la sospecha en la consulta de atención primaria es fundamental.

Bibliografía

- Tormoehlen LM, Pascuzzi RM. Thymoma, myasthenia gravis, and other paraneoplastic syndromes. Hematol Oncol Clin N Am 2008; 22: 509-526.
- Merggioli M, Sanders D. Autoimmune myasthenia gravis: emerging clinical and biological heterogeneity. Lancet Neurol, 2009; 8: 475-490
- García T, Villalobos JA, Rodríguez H. Miastenia gravis: caso clínico y revisión de bibliografía. Med Int Mex, 2011; 217: 229-309

414/127. ¿Qué más puedo hacer?

Autores:

S. López Mesa¹, F. Rinaldi Pabon², B. Perejil Sánchez¹, A. Domínguez García³.

Centro de Trabajo:

¹Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Las Albarizas. Marbella. Málaga., ²Las Albarizas. Málaga.,

³Médico de Familia y Urgencias. Centro de Salud las Albarizas. Marbella. Málaga.

Descripción del caso

Mujer 48 años, hipertensa, acude a urgencias hospitalarias por sensación de parestesias faciales y de miembros derechos con cefalea de semanas de evolución y mareo. Metrorragias desde hace 2 meses.

Dos semanas tras diagnóstico solicita asistencia por vértigo, rotatorio, con náuseas y vómitos. Derivamos para descartar sangrado de metástasis cerebrales, comprobándose dicha sospecha

Exploración y pruebas complementarias

TAC craneal y, body- Tc:

3 lesiones expansivas intracraneales (la mayor de 2.5cm), sugerentes de lesiones metastásicas.

Parénquimas pulmonares con múltiples lesiones nodulares compatibles con metástasis.

Masa sólida cortical del riñón izquierdo de 4 cm.

Gran aumento de tamaño del cérvix uterino.

Hemograma y bioquímica sin alteraciones.

Cérvix engrosado, duro con tejido de aspecto exofítico y volumen de 5cm de diámetro, sangrado espontáneo.

Biopsia cérvix: carcinoma pobremente diferenciado infiltrante.

Juicio clínico

Cáncer de cérvix epidermoide estadio IV con metástasis pulmonares, renal y cerebrales.

Diagnóstico diferencial

Vértigo periférico

Vértigo central

Comentario final

La evidencia a partir de ECA sugiere que la detección mediante citología es discretamente menos sensible para detectar CIN2 y CIN3 que el test del VPH. Se sugiere que el test del VPH cada 5 años en mujeres de 30 a 65 años, comparado con una citología cada 3

años, se traduce en una discreta reducción de la tasa de mortalidad.

Se propone el test VPH-AR como prueba primaria de cribado; limitando su utilización en mujeres de 35 años o más y, por otra parte, realizar un triaje con citología a mujeres de 35 años o más con el test VPH-AR positivo, antes de su derivación a colposcopia.

Destacar la importancia de prestar interés no solo a la historia clínica sino también a los antecedentes personales, pues es fácil caer en el “diagnóstico fácil”, en este caso de “vértigo periférico”, sin tener en cuenta las metástasis cerebrales. En nuestro caso, esto fue el detonante para derivarla al hospital, para descartar la complicación de las metástasis, que finalmente fue el diagnóstico acertado.

Bibliografía

- Marzo-Castillejo M, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPP5 2018. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendaciones-prevencion-del-cancer-actualizacion-S0212656718303627>

414/148. Otros diagnósticos posibles en pacientes sometidos a radioterapia.

Autores:

N. Trujillo Díaz¹, C. Ramírez Sánchez², M. García Fraile³, Á. Rodríguez Ruciero⁴, M. Delgado Moya¹, C. Domínguez Rite⁵.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. Hospital de Río Tinto. Huelva., ²Centro de Salud de Moguer., ³Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valverde. Huelva, ⁴Médico Residente. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva., ⁵Médico de familia Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital de Riotinto. Huelva.

Descripción del caso

Paciente varón de 57 años. No alergias conocidas. AP: Diagnosticado de carcinoma microcítico de pulmón

en junio 2018, T4N2M0, en tratamiento con quimioterapia y radioterapia siendo la última sesión hace un mes. Tratamiento: lansoprazol, fentanilo parches, dexametasona 4 mg.

El paciente fue valorado en el servicio de urgencias el 21 de noviembre por infección respiratoria, realizando tratamiento con antibioterapia durante 7 días. Es remitido de nuevo a las 3 semanas por sensación de disnea a mínimos esfuerzos de varios días de evolución y persistencia de tos con expectoración clara sin fiebre con escasa mejoría tras tratamiento con B2 y corticoides inhalados.

En su centro de salud le realizan radiografía de tórax objetivándose masa para/suprahiliar izquierda y ensanchamiento mediastino.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado. Eupneico en reposo. Tolerancia decúbito. No ingurgitación yugular.

Tonos rítmicos algo taquicárdicos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos añadidos.

Abdomen anodino.

Miembros inferiores sin edemas, ni signos de TVP.

Rx tórax: ICT normal, senos costofrénicos libres, masa para/suprahiliar izquierda y ensanchamiento mediastino.

Hemograma: leucos 8630, Hb 12. 7, Hto 39. 2, Plaquetas normales, linfocitos normales, monocitos normales.

Bioquímica: normal

PCR 73

GV: pH 7. 42, PCO2 42, bicarbonato 26.

ECG: taquicardia sinusal a 107 spm, no alteraciones agudas de la repolarización.

Juicio clínico

Neumonitis postradioterápica

Diagnóstico diferencial

- Progresión enfermedad carcinomatosa.

- Neumonía infecciosa.
- Neumonitis postradioterápica.

Comentario final

El paciente fue remitido de manera preferente a consultas de oncología, donde se realizó TAC tórax para descartar progresión carcinomatosa.

La incidencia de neumonitis post-radioterapia varía entre el 5-20% de los pacientes que reciben tratamiento por cánceres de pulmón, y algo menor (5-15%) en pacientes con tumores mediastínicos o cáncer de mama. La neumonitis es el resultado de un proceso de daño sobre los neumocitos tipo II y las células endoteliales.

Clínicamente la neumonitis tardía se caracteriza por un cuadro de disnea progresiva meses o años después de la radioterapia, que precisa de tratamiento con corticoesteroides y oxígeno en muchas ocasiones.

Bibliografía

- A. Montero; A. Hervás, R. Morera; S. Sancho; S. Córdoba; J. A. Corona; I. Rodríguez; E. Chajón; A. Ramos. Control de síntomas crónicos. Efectos secundarios del tratamiento con radioterapia y quimioterapia. Oncología (Barc.) vol. 28 no. 3 mar. 2005.

414/150. "Se me duerme el brazo en zumba"

Autores:

M. Serrano León¹, A. Allés Florit², T. Ortiz Puertas³.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia de Atención Primaria. Centro de Salud Almuñecar. Granada., ²Médico Residente 4º año. Centro de Salud. Almuñecar. Granada., ³Médico de Familia. Centro de Salud. Almuñecar. Granada.

Descripción del caso

Mujer de 39 años con alergia al AAS, migrañas que trata con antalgín y crisis asmáticas con esfuerzos aplicándose salbutamol a demanda. Acude a consul-

ta refiriendo que ha tenido varios episodios de “adormecimiento del brazo izquierdo y la cara” durante una hora tras la clase de zumba y resolución espontánea. Pendiente de valoración por neurología y pruebas complementarias, sufre episodio de cefalea holocraneal con desvanecimiento junto con parestesias en hemicuerpo izquierdo que no ceden. Se constata una tensión arterial de 210/110 y se cataloga de Emergencia Hipertensiva que precisa ingreso en UCI y medicina interna.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración cardiorrespiratoria normal, neurológica con parestesias en hemicuerpo izquierda y bradipsíquica, resto normal. Analítica con insuficiencia renal con creatinina 2.3 mg/dl. ECG: signos de sobrecarga izq en cara lat e HVI. TAC sin contraste normal. Ecocardiograma con VI hipertrófico e insuficiencia mitral y aórtica leve. Ecografía renal con signos de nefropatía pero sin estenosis arterial. RMN sugerente de síndrome de encefalopatía posterior e infartos lacunares múltiples que se confirma con AngioRM. Analítica de hipertensión secundaria y biopsia renal normal con recuperación de función renal al alta.

Juicio clínico

HTA mal controlada de inicio incierto, miocardiopatía hipertrófica, fracaso renal agudo sobre enfermedad crónica, encefalopatía hipertensiva, retinopatía y dislipemia.

Diagnóstico diferencial

- Síndrome del túnel carpiano,
- Hipertensión secundaria,
- Nefropatías,
- Enf. cerebrovascular

Comentario final

Es de gran importancia tomar la tensión a los pacientes que acuden a nuestra consulta aunque no tengan factores de riesgo y sean jóvenes, pues en la mayoría de los casos la HTA es asintomática. Hacer una buena historia clínica ante la sintomatología crónica o aguda que no mejora, sin dar nada por hecho (nuestra paciente no sufría crisis asmáticas sino disnea por

insuficiencia cardíaca). Es un caso un poco extremo pero por un diagnóstico tardío tenemos a una paciente joven con una enfermedad crónica invalidante.

Muy importante es poder tener un seguimiento de los pacientes y para ello es necesario una estabilidad de los profesionales.

Bibliografía

- Hipertensión arterial. Nefropatía hipertensiva. Medicine - Programa de Formación Continuada, Volume 11, Issue 80, May 2015, Pages 4810-4818. N. Sablón González et al

414/152. Síndrome linfoproliferativo en anciano

Autores:

C. Domínguez Rite¹, C. Domínguez Rite¹, N. Trujillo Díaz², M. Delgado Moya², M. Bermejo Vélez³.

Centro de Trabajo:

¹Médico de familia Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital de Riotinto. Huelva., ²Médico de Familia. Hospital de Río Tinto. Huelva., ³Médico residente familia. Hospital de Riotinto. Huelva.

Descripción del caso

Paciente mujer de 83 años. No alergias conocidas. AP: Carcinoma de mama intervenido en 2007 con posterior tratamiento con QT y RT, betatalasemia, ICTUS en 2011 sin secuelas. La paciente fue derivada a el servicio de Urgencias por aumento del diámetro de MII derecho de 5 días, además refería decaimiento y pérdida de apetito en los últimos 15 días, necesitando ayuda para todas las ABVD, desde hace 3 días encamada.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. tonos rítmicos a buena frecuencia. Buen murmullo vesicular. Abdomen con dolor generalizado a la palpación, se palpa tumoración a nivel inguinal izquierdo, no reductible, doloroso a la palpación. MMII: con aumento del perímetro y empastamiento

en MII. Hemograma: 12. 440 leucocitos a expensas de monocitos, hb 8. 4 microcítica e hipocroma, plaquetas 51. 000 resto normal. Frotis con eritoblastos. Coagulación con dimero en 3. bioquímica GGT: 256 FA: 257 k. 5. 9, glucosa 59. Gasometria venosa normal. Eco doppler de MII: Trombosis venosa oclusiva, de aspecto crónico a nivel de la vena femoral común izquierda, haciéndose extensiva todo el miembro. TAC abdomen-eco pélvica: presencia de conglomerados adenopáticos en región inguinal izquierda, así como adenopatías en la vecindad. Adenopatías en cadenas ilíacas externas bilaterales. Conglomerados adenopáticos retroperitoneales englobando a vena cava y aorta a nivel más superior. severa esplenomegalias.

Juicio clínico

Linfoma de Burkitt. Trombosis venosa profunda

Diagnóstico diferencial

Linfoma de Hodgkin. Leucemia aguda. Metástasis de Carcinoma de Mama. Linfoma de Células B Grandes

Comentario final

La paciente ingresa en Medicina Interna para estudio de síndrome proliferativo con probable infiltración de médula ósea y tvp por compresión, se realiza aspirado/biopsia de la médula ósea y biopsia de adenopatía con histología definitiva de Linfoma de Burkitt, dado la agresividad del diagnóstico y las características de la paciente (anciana) no es subsidiaria de tratamiento por parte de hematología. Se propone tratamiento paliativo

Bibliografía

- A. Montero; A. Hervas, CeballosH, Matagón LR. Linfoma de Burkitt. MSD Manuals. JO Armitage. Philadelphia, Current Medicine, 2004. Molina Privado, Irene Campanero, Miguel R. Método de diagnóstico diferencial entre en linfoma de Burkitt y el Linfoma Difuso de las Células B grandes

414/158. Eritema generalizado de inicio súbito

Autores:

I. Espejo Martín¹, M. Vera Ledo², M. Martín Martín².

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 1º año. Centro de Salud Adoratrices. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva., ²Médico de Familia. Centro de Salud María Fuensanta Pérez Quirós. Sevilla.

Descripción del caso

Mujer de 64 años, diabética e hipertensa, sin alergias. Consulta por prurito generalizado de 2 días de evolución, lesiones eritematosas en genitales, tronco y miembros, con superficie discretamente descamativa. Inicia tratamiento con antihistamínicos orales sin mejoría, volviendo a consultar en urgencias de Atención Primaria por aumento de las lesiones, administrándose corticoide intramuscular, sin mejoría. Dos días después vuelve a consultar por diseminación de las lesiones, incluso en región facial, más pruriginosas y descamativas. Niega introducción de fármacos nuevos, cambios alimentarios o de higiene. Ante evolución tórpida, se deriva a urgencias hospitalarias para valoración dermatológica por sospecha de eritrodermia. Tras realizar analítica y biopsia de una de las lesiones, inicia corticoides orales con buena evolución y desaparición de las lesiones una semana después.

Exploración y pruebas complementarias

Lesiones eritematosas generalizadas con descamación fina difusa de toda la superficie corporal, con evidentes lesiones de rascado. No afectación mucosa. Analítica: normalidad de los parámetros, incluyendo beta 2 microglobulina. Biopsia lesión muslo: dermatitis espongiótica con infiltrado inflamatorio perivascular superficial linfocitario y eosinofílico.

Juicio clínico

Eritrodermia secundaria a dermatitis espongiiforme (probablemente de contacto)

Diagnóstico diferencial

Dermatitis (atópica, por fármacos, de contacto, seborreica), pénfigo foliáceo, psoriasis, dermatosis paraneoplásica.

Comentario final

Aunque existen numerosas dermatosis capaces de evolucionar a una eritrodermia, la presentación clínica en todas ellas es similar, comenzando con aparición de prurito, placas eritematosas y con posterior descamación. Puede ser debido a gran número de enfermedades cutáneas, fármacos o ser expresión clínica de neoplasias hematológicas o de órganos sólidos¹. La labor del médico de Atención Primaria será realizar una anamnesis y exploración completa, analítica e iniciar tratamiento de primera línea: mantener la función de barrera cutánea, antihistamínicos sedativos y exclusión de infecciones bacterianas², evitando el uso de corticoides inicialmente puesto que dificultan el diagnóstico etiológico. La eritrodermia debe ser valorada posteriormente por dermatología para completar las pruebas complementarias para un diagnóstico correcto.

Bibliografía

- Martínez Mullo C, De Castro Santalla H, Gómez Aller C. Eritrodermia. Casos clínicos Cad Aten Primaria. 2014; 20: 245
- A. Cuellar-Barboza, J. Ocampo-Candiani, M. E. Herz-Ruelas. Eritrodermia en el adulto: un enfoque práctico para el diagnóstico y tratamiento. Dermatología práctica. 2018; 109 (9): 763-850

414/164. Hepatitis autoinmune en paciente con hipertransaminasemia asintomática

Autores:

P. Geara Joyed, P. Geara Joyed, L. Sanchez Morales, A. Díaz Saborido.

Centro de Trabajo:

Médico de Familia. La Serrana. Jérez de la Frontera.

Descripción del caso

Mujer de 36 años que acude a consulta de atención primaria solicitando control analítico rutinario. Solo refiere síntomas de ligera astenia desde hace varias semanas. No viajes recientes ni contacto con fauna exótica.

Exploración y pruebas complementarias

Abdomen blando, globuloso y depresible sin masas ni megalias, no doloroso a la palpación, blumberg y murphy negativos, no estrías abdominales. IMC 24, 5

Se solicita analítica donde destacan: VSG 41, GOT 658, GPT 695 y GGT 207. Bilirrubina y FA normales. Ante estos resultados se solicitan serología de hepatitis A, B, C y E que se informan como negativas. Analítica al mes con resultados de GOT 402 GPT 387, GGT 176.

ECO abdominal: leve esteatosis hepática con vía biliar normal

Se deriva a CC Ext de digestivo donde se completa estudio con analítica con VEB y citomegalovirus negativos, estudio de enfermedades por depósito (ceruloplasmina, ferritina e IST) negativos. Se realizó CPRE sin presentar hipertensión portal significativa. Biopsia hepática que presentó hepatitis lobulillar con células plasmáticas, fibrosis periportal y esteatosis <5%. Compatibles con hepatitis autoinmune.

Se instauró tratamiento inmunosupresor y actualmente está en seguimiento por servicio de digestivo. Última analítica con GPT 195 GOT 122, GGT 63, FA 57 y BRB total 0, 57

Juicio clínico

Hepatitis autoinmune tipo I

Diagnóstico diferencial

- Ingesta de fármacos u otros tóxicos
- Hepatitis e infecciones víricas
- Diabetes, dislipemia, obesidad, síndrome metabólico
- Enfermedades por depósito
- Enfermedades exóticas
- Patología neoplásica

Comentario final

Es frecuente la elevación de transaminasas en atención primaria. Es esencial una minuciosa anamnesis, completa exploración física así como plantear pruebas complementarias a nuestro alcance; una analítica

ca con serología de infecciosas y hepatitis, estudio de las enfermedades por depósito, una ecografía abdominal y derivación a especializada cuando proceda.

Existen tres variantes de la enfermedad, la más agresiva la hepatitis crónica autoinmune tipo II. La mayoría de los enfermos están asintomáticos y esta enfermedad se detecta por alteraciones analíticas en revisiones rutinarias o de seguimiento. El pronóstico de la enfermedad ha variado significativamente con los tratamientos a nuestro alcance. Es primordial un diagnóstico precoz tratar e impedir el progreso hacia la cirrosis hepática.

Bibliografía

- Krawitt EL. Autoimmune hepatitis. N Engl J Med 2006; 354: 54-66.
- Manns MP, Czaja AJ, Gorham JD, Krawitt EI. Diagnosis and management of autoimmune hepatitis. Hepatology 2010; 51: 2193-213

414/165. Caídas recurrentes y pérdida de destreza.

Autores:

N. Jiménez del Marco¹, A. Calderón Rodríguez², M. Gago León¹.

Centro de Trabajo:

¹Unidad de Gestión Clínica Ubrique, ²Unidad de Gestión Clínica Villamartin.

Descripción del caso

Paciente varón de 43 años, profesor de autoescuela. Acude al servicio de urgencias en reiteradas ocasiones por caídas y torceduras de tobillo. Refiere que inicio la clínica a principios del año pasado, nos comenta que sin realizar esfuerzo físico ha presentado varias caídas, en dos de ellas sufrió esguince de tobillo derecho por el que requirió vendaje elástico y reposo relativo. Además refiere calambres en extremidades superiores acompañado de cierta pérdida de destreza en manos.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, afebril, consciente, orientado, colaborador. Tensión arterial 125/80 mmHg, resto de constantes normales. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos relevantes. Abdomen normal. Exploración neurológica al inicio sin hallazgos patológicos. Radiografía de tobillo derecho normal. Analítica VSG 15, resto de parámetros dentro de la normalidad. Posteriormente el paciente inicio con aumento de fatiga muscular y dificultad para subir escalones, continuaba con caídas de repetición. Se explora nuevamente al paciente y se objetiva disminución de fuerza 4/5 en miembros superiores e inferiores. Se deriva al paciente a Neurología donde tras una gran batería de pruebas diagnósticas (TAC, RMN, EMG y biopsias), se llegó al diagnóstico de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)

Juicio clínico

- Esclerosis Lateral Amiotrófica

Diagnóstico diferencial

Enfermedades genéticas, infecciosas (VIH, meningitis, Lyme...), metabólicas, tumoral y miastenia gravis

Comentario final

La ELA se debe a un trastorno de las neuronas motoras, causados por el deterioro gradual y muerte de las neuronas, 5 de cada 10 casos son debidos a un defecto genético, el resto se desconoce. Los síntomas de inicio de la ELA son inespecíficos y similares a otros cuadros clínicos y muy comunes y banales en atención primaria. El diagnóstico es sobre todo clínico y por dicho motivo suele demorarse aproximadamente un año en el diagnóstico definitivo. Es necesario conocer la cronología de los síntomas y la evolución de la enfermedad con la finalidad de orientar adecuadamente el plan diagnóstico, hacer un correcto diagnóstico diferencial y descartar otros procesos potencialmente tratables, o bien iniciar tratamiento multidisciplinario precoz que permita aumentar el tiempo de autonomía del paciente.

Bibliografía

- Enfermedades de las neuronas motoras (II). Esclerosis lateral amiotrófica. Medicine (Madrid) 2003; 8: 5293-308. Enfermedades de las neu-

ronas motoras (II). Esclerosis lateral amiotrófica. *Medicine* (Madrid) 2003; 8: 5293-308.

414/167. Diagnóstico de esquistosomiasis vesical en paciente con hematuria

Autores:

P. Geara Joyed¹, C. Galardo Garcés², M. Navarro Ortiz², A. De La Sierra Muñoz².

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. La Serrana. Jérez de la Frontera.,
²Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. La Serrana. Jérez de la Frontera.

Descripción del caso

Varón de 22 años, procedente de Gambia; tras su llegada a España, hace unos 6 meses, acude en varias ocasiones a su Médico de Familia y a Urgencias Hospitalarias por dolor lumbar y hematuria macroscópica terminal, siendo diagnosticado de cólicos nefríticos. Ante la persistencia de hematuria, su médico lo remite a Urología para estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Buenas condiciones generales, bien hidratado, abdomen blando, ligeramente doloroso en hipogastrio, PPRD positiva.

Exploraciones complementarias

Hemograma y bioq general normal, en sedimento de orina se observan más de 300 hematíes por campo. Ecografía abdominal normal.

Tras valoración por Urología, piden uroTAC, el cual es informado de: de calcificación de la pared vesical, . Cistoscopia: calcificaciones puntiformes con huevos de esquistosoma. . PCR positiva para esquistosomiasis en sangre.

Tras el diagnóstico de esquistosomiasis vesical, se remite a Infecciosas, se prescribe tratamiento con Praziquantel 40 mg/kg en dosis única, al ser un medicamento extranjero, se gestiona el pedido a través de farmacia de distrito, el cual le hace llegar al paciente la dosis exacta según peso.

Juicio clínico

Esquistosomiasis Vesical

Diagnóstico diferencial

Tuberculosis génito-urinaria, cáncer renal, glomerulonefritis agudas y litiasis renal.

Comentario final

Ciertas enfermedades infecciosas es una realidad en la actualidad que se debe al fenómeno de globalización, el auge de los viajes internacionales y al incremento del fenómeno migratorio. . Es importante que se conozcan estas enfermedades “No se diagnostica lo que no se conoce o aquello en lo que no se piensa, y se diagnostica con dificultad aquello que se ha visto en contadas ocasiones” El antecedente migratorio o de viaje debe estar presente en la evaluación inicial de todo paciente.

Bibliografía

- Barrio Muñoz M, García Rojo D, González Sala JL, Prats López J. Esquistosomiasis urinaria: descripción de 8 casos. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140: 473-7.
- Pereira J, Calleja E, Marne C, Borque A. Esquistosomiasis vesical con hematuria terminal en pacientes subsaharianos. *Actas Urol Esp*. 2014; 38: 133-
- Bedoya del Campillo A, Martínez-Carpio PA, Leal MJ, Lleopart N. Diagnóstico y tratamiento de la esquistosomiasis vesical desde la atención primaria penitenciaria: a propósito de un caso. *Rev Esp Sanid Penit*. 2012; 14: 62-6.

414/169. Hepatitis autoinmune en paciente con hipertransaminasemia asintomática

Autores:

P. Geara Joyed, L. Sanchez Morales, A. Díaz Saborido.

Centro de Trabajo:

Médico de Familia. La Serrana. Jérez de la Frontera.

Descripción del caso

Mujer de 36 años que acude a consulta de atención primaria solicitando control analítico rutinario. Solo refiere síntomas de ligera astenia desde hace varias semanas. No viajes recientes ni contacto con fauna exótica.

Exploración y pruebas complementarias

Abdomen blando, globuloso y depresible megalías, palpación no dolorosa, no estrías abdominales. IMC 24,5. Se solicita analítica donde destacan: VSG 41, GOT 658, GPT 695 y GGT 207. Bilirrubina y FA normales. Ante estos resultados se solicitan serología de hepatitis A, B, C y E que se informan como negativas. Analítica al mes con resultados de GOT 402 GPT 387, GGT 176. ECO abdominal: leve esteatosis hepática con vía biliar normal. Se deriva a CC Ext de digestivo donde se completa estudio con analítica con VEB y citomegalovirus negativos, estudio de enfermedades por depósito (ceruloplasmina, ferritina e IST) negativos. Se realizó CPRE sin presentar hipertensión portal significativa. Biopsia hepática que presentó hepatitis lobulillar con células plasmáticas, fibrosis periportal y esteatosis <5%. Compatibles con hepatitis autoinmune. Se instauró tratamiento inmunosupresor y actualmente está en seguimiento por servicio de digestivo. Última analítica con GPT 195 GOT 122, GGT 63, FA 57 y BRB total 0, 57.

Juicio clínico

Hepatitis autoinmune tipo I

Diagnóstico diferencial

Ingesta de fármacos u otros tóxicos Hepatitis e infecciones víricas Diabetes, dislipemia, obesidad, síndrome metabólico Enfermedades por depósito Enfermedades exóticas Patología neoplásica

Comentario final

Es frecuente la elevación de transaminasas en atención primaria. Es esencial una minuciosa anamnesis, completa exploración física así como plantear pruebas complementarias a nuestro alcance; una analítica con serología de infecciosas y hepatitis, estudio de las enfermedades por depósito, una ecografía abdominal y derivación a especializada cuando proce-

da. Existen tres variantes de la enfermedad, la más agresiva la hepatitis crónica autoinmune tipo II. La mayoría de los enfermos están asintomáticos y esta enfermedad se detecta por alteraciones analíticas en revisiones rutinarias o de seguimiento. El pronóstico de la enfermedad ha variado significativamente con los tratamientos a nuestro alcance. Es primordial un diagnóstico precoz tratar e impedir el progreso hacia la cirrosis hepática.

Bibliografía

- Krawitt EL. Autoimmune hepatitis. N Engl J Med 2006; 354: 54-66.
- Manns MP, Czaja AJ, Gorham JD, Krawitt EI. Diagnosis and management of autoimmune hepatitis. Hepatology 2010; 51: 2193-213

414/173. Tolosa Hunt: la cefalea desconocida

Autores:

A. Miranda García¹, A. Alcalá Romero², N. Pazos Bernal³, D. Rivera Fenoy³, C. Calzado Rodríguez³, L. Márquez Racero⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. Centro Salud Ronda Norte. Málaga, ²Enfermero. Consultorio Montejaque. Málaga, ³Médico de Familia. Centro de Salud Ronda Norte. Málaga, ⁴Médico Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Norte. Málaga.

Descripción del caso

Varón 70 años, antecedentes dislipemia e HTA en tratamiento (losartán 50 mg y simvastatina 20 mg). Consulta en AP por cefalea frontal periorbitaria derecha, opresiva, continua, con fotofobia, que ha comenzado tras sulfatar en el campo. No cede con antiinflamatorios que ha tomado en dosis superiores a las recomendadas. Se pauta tratamiento con analgésico tipo metamizol y paracetamol. Consulta de nuevo a los pocos días por persistir dolor. Ha acudido a Oftalmólogo privado el cual salvo retinopatía hipertensiva, no encuentra otra patología. Se modifica tratamien-

to analgésico y vuelve a consultar a la semana por persistir cefalea y aparición de diplopía, por lo que se decide su derivación a urgencias, donde es valorado e ingresado para estudio. Se diagnostica de Síndrome de Tolosa Hunt y evoluciona favorablemente con instauración de tratamiento corticoideo.

Exploración y pruebas complementarias

TA 160/90. Discreta hiperemia conjuntival bilateral. Resto exploración neurológica normal al principio y posteriormente diplopía que aparece con la mirada conjugada vertical hacia arriba.

En AP: analítica, ECG, Rx tórax normales.

En Urgencias: TAC cráneo normal.

En planta: RMN cráneo: normal. AngioRNM troncos supraaórticos: Formación pseudoaneurismática en comunicante anterior. No se llega a realizar cortes específico de senos cavernosos. FO normal. Analíticas con anticuerpos y serología normales.

Juicio clínico

Síndrome Tolosa-Hunt

Diagnóstico diferencial

- Migraña.
- Otras oftalmoplejías dolorosas: neoplasias, causa vascular, inflamatorias, infecciones.

Comentario final

Aunque sea una patología poco frecuente hay que pensar en ella, ante cualquier cuadro cefalea periorbitaria de difícil control con medicación y por la que consulten en diversas ocasiones. El diagnóstico de la misma es clínico (cefalea invalidante con déficit neurológico oculomotor). La RNM nos puede servir de apoyo al diagnóstico (infiltración granulomatosa inespecífica del seno cavernoso, fisura orbitaria superior u órbita), aunque en un tanto por ciento de los casos es normal.

Es importante su seguimiento en AP porque hasta el 50% de los casos recurren meses o años tras el primer episodio.

Bibliografía

- De-Oñate M, Pérez-Alfaro P, Izquierdo-Vázquez, González-Ruiz, Aguirrebeña-Olmos, Díez-Villalba. Oftalmoplejía dolorosa (pseudotumor y síndrome de Tolosa Hunt). Arch Soc Esp Oftalmol 2007; 82: 509-12.
- Serralta San Martín G, Torrecillas Narváez D, Soler Rangel L, Ibáñez Sanz L, Gómez Cerezo J. Síndrome de Tolosa-Hunt. Revista Clínica Española Volumen 213, nº2, pág. 75-126, 2013.

414/175. Síndrome de hipotensión linfovascular tras pirueta peligrosa a 3000 metros de altitud mientras esquiba.

Autores:

A. García Buendía¹, M. Estades Rubio², S. Camacho Reina³, M. Molina Casado¹.

Centro de Trabajo:

¹Médico. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga., ²Centro de Salud Arroyo de la Miel., ³Médico Residente de 3º año. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 34 años, piloto, sin alergias, fumador de 8.5 paq/año, sin tratamiento. Antecedentes familiares de cáncer de páncreas en padre. Presenta cefalea frontal opresiva, EVA 8, náuseas, vómitos e hipoacusia bilateral tras salto voluntario y caída con malposición craneal sobre colchoneta mientras esquiba. Llevaba casco. El dolor solo mejora en decúbito supino. TAC craneal normal hace 48 horas. Derivado a hospital de referencia a para valoración por neurología con carácter urgente.

Exploración y pruebas complementarias

Hemodinámicamente estable. Glasgow 12. Pupilas isocóricas normo reactivas. Orientado en las tres esferas. Campo visual por confrontación normal. Lenguaje normal. Pares simétricos. No adiadococine-

sias. Romberg negativo. Marcha normal. Motor, tono, reflejos osteotendinosos y sensibilidad normales. Fuerza normal. Audiometría: hipoacusia leve transmisible en graves. Oído derecho: 35-30 DB Oído izquierdo: 45-35 DB. Analítica de sangre, gasometría y orina en parámetros normales. Resonancia magnética cerebral sin contraste: normal.

Juicio clínico

Cefalea por hipopresión de líquido cefalorraquídeo. Posible microdesgarro de la duramadre. Hipoacusia transmisiva leve.

Diagnóstico diferencial

Cefalea post anestesia epidural, hematoma subdural, trombosis del seno venoso.

Comentario final

Requirió ingreso hospitalario con reposo absoluto, analgesia, ingesta de bebidas con cafeína, heparina subcutánea e hidratación intravenosa profusa. Posteriormente seguimiento por neurología y otorrino al mes. Se consensuó no punción lumbar para objetivar hipopresión por la clínica y según diagnóstico de la sociedad internacional de cefaleas. La cefalea ortostática es el principal síntoma de la hipotensión intracraneal, cuando la presión del LCR es menor de 60 cmH₂O. Causada por debilidades dures congénitas (Snd. de Marfan, poliquistosis renal. . .) o adquiridas, el 80% traumatismos menores. Los casos leves son de tratamiento conservador. Los casos moderados y graves se tratan con parches de sangre epidural.

Hipotensión intracraneal. Cefalea.

Bibliografía

- Lin JP, Zhang SD, He FF, Liu MJ, Ma XX.
- J Headache Pain. 2017 Dec; 18 (1): 4
- The status of diagnosis and treatment to intracranial hypotension, including SIH.
- Comité de Clasificación de Dolor de Cabeza de la International Headache Society (IHS)
- Cefalea. 2013 Jul; 33 (9): 629-808.

414/181. Revisión de botiquín y todo lo demás

Autores:

M. Sellamito Morales¹, C. Membrilla Díaz², N. Jiménez Muñoz³.

Centro de Trabajo:

¹Directora de la Unidad Centro. Centro de salud de Vélez Málaga Sur. Málaga., ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Nerja. Málaga., ³Directora de la Unidad. Centro de Salud de Nerja. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 73 años, con antecedentes personales de:

NAMC.

- HTA.
- DM – II.
- DLP.
- ACV en 2009 con secuelas a modo de distestesias hemicuerpo D y leve hemiparesia residual d que le limitan la movilidad.
- Portador de VHB.
- No hábitos tóxicos.
- Amaurosis ojo I.
- Glaucoma.

Tratamiento: metformina 850 cada 12h, enalapril 20/hidroclortiazida 12, 5 1/24h, Atorvastatina 40 mg 1/24h, AAS 100/24h, ganfort 1/24h y Simbrinza/12h.

Solicita valoración por nuestra parte por dolor ocular D desde la mañana al levantarse, y refiere sensación de cuerpo extraño mal definido en ojo D.

Tras valoración y exploración física se aprecia edema corneal con extrusión central e inyección ciliar asociada, apreciamos un cuerpo extraño a nivel pupilar de consistencia dura a la palpación. Procedemos a la oclusión de dicho ojo con gasas y remitimos a oftalmología.

A su llegada, se produce la perforación corneal espontánea con salida de contenido ocular, por lo que se decide efectuar evisceración de Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias

Constantes

Analítica incluido hemograma y Bioquímica básica para enucleación.

Juicio clínico

Extrusión de Cristalino por adelgazamiento de conjuntiva por uso cónico de Corticoides de forma tópica.

Diagnóstico diferencial

- Glaucoma agudo de ángulo estrecho.
- Epiescleritis.
- Cuerpo extraño ocular.
- Úlcera corneal.

Comentario final

Tras una anamnesis detallada en busca de la causa final de dicha extrusión de cristalino y tras repaso con meticulosidad de todo el tratamiento, la mujer del paciente aporta "unas gotas que se está poniendo desde hace un tiempo", resultó ser colirio de Tobramicina /dexametasona a raíz de una blefarokonjuntivitis hace 6 meses.

e concluye que el origen se debió al uso mantenido de colirio de dexametasona durante 6 meses, independientemente a la evolución de la conjuntivitis.

Ante el repaso detallado, el paciente presentaba amaurosis del ojo D y la mujer le pautaba las gotas 3 veces al día por tener el ojo rojo casi a diario.

Esto nos hizo pensar en la importancia de repasar con los pacientes el botiquín haciendo especial hincapié en todo tipo de medicación y productos sanitarios que puedan adquirir por su cuenta.

A modo de reflexión debemos tener la confianza con nuestros pacientes para que nos muestren TODO lo que tiene de botiquín en casa, incluidos suplementos y productos no pautados por nosotros.

Bibliografía

- Manual de diagnóstico y terapéutica médica MSD.

414/183. Hallazgo casual de fractura de fémur mediante densitometría en paciente con artritis reumatoide.

Autores:

R. López Cintas¹, A. Cortes Valverde².

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud Gran Capitán, ²Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.

Descripción del caso

Paciente de 75 años de edad con antecedentes de: menopausia precoz, hipertensión y artritis reumatoide a quien se le solicita densitometría de control tras 2 años de tratamiento con bisfosfonatos y calcio con vitamina D. En tratamiento con corticoides; etoricoxib, paracetamol y, enalapril con hidroclorotiazida. Como antecedente cabe destacar contusión en fémur izquierdo hace un año sin consecuencias aparentemente, por lo que no consultó por ello. Desde entonces refiere incremento de dolor en dicha zona que no le invalida para sus actividades de la vida diaria, ya que ella comenta que "está acostumbrada al dolor".

Exploración y pruebas complementarias

En los resultados de la densitometría se comenta la presencia de fractura de fémur izquierdo. Se le repite radiografía en atención primaria y se aprecia fractura del tercio proximal de fémur, con formación de callo de fractura.

Juicio clínico

Fractura de fémur

Diagnóstico diferencial

artrosis de cadera, artritis, desgarro muscular, tendinitis, bursitis trocantérea.

Comentario final

Siendo su patología de base la artritis reumatoide, factor de riesgo para la fragilidad ósea, existe predisposición a sufrir una fractura osteoporótica. En este caso la paciente estaba tan acostumbrada al dolor que la contusión que sufrió en fémur izquierdo no le instó a consultar por este motivo a ningún servicio sanitario, ni siquiera al especialista de reumatología, quien la visita cada 6 meses. La evaluación del dolor desde atención primaria es fundamental en el seguimiento de nuestros pacientes con dolor crónico y patologías osteoarticulares, incluyendo escalas de dolor. La densitometría es un buen método de seguimiento de estos pacientes.

Bibliografía

- Choi YJ1, Chung YS, Suh CH, Jung JY, Kim HA. Trabecular bone score as a supplementary tool for the discrimination of osteoporotic fractures in postmenopausal women with rheumatoid arthritis. *Medicine (Baltimore)*. 2017 Nov; 96 (45): e8661
- Xue AL1, Wu SY, Jiang L, Feng AM, Guo HF, Zhao P. Bone fracture risk in patients with rheumatoid arthritis: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017 Sep; 96 (36): e6983

414/186. ¿Por qué se atraganta mi bebe?

Autores:

M. Otero Garrido¹, J. de Castro Simón², P. Hermoso Oballe³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Algarrobo. Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga Axarquía., ²Centro de Salud de Algarrobo. Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga Axarquía. Málaga., ³Médico Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Algarrobo. Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga Axarquía.

Descripción del caso

Niña de 1 semana de vida. Peso 3100 gramos. Embarazo normal. Parto eutócico no instrumental a término. Constantes normales. Ligero estridor respiratorio, leve disfonía. Mala succión, con dos episodios de atragantamiento que ha requerido alimentación por sonda.

Exploración y pruebas complementarias

Buen aspecto general. Fascies levemente sindrómica : Ligera eversión de pabellón auricular izquierdo, boca pequeña y retrognatia. Buena coloración cutáneo mucosa, buena perfusión distal. Buen murmullo vesicular, corazón rítmico, sin soplos. Desaturación de oxígeno con el llanto. Abdomen blando, depresible sin masas ni megalias, no doloroso. Lesiones cutáneas eritematovioláceas en extremidades. Genitales externos femeninos. Ligero estridor inspiratorio, leve disfonía. Bocanadas frecuentes con incoordinación succión deglución, evolucionando a mala tolerancia oral que obliga a colocación de sonda nasogástrica. Diuresis y tránsito intestinal normal. Analítica normal. Ecografía abdominal : Leve ectasia calicial con pelvis de 6 mm riñón derecho y pelvis de 3mm en riñón izquierdo. Laringoscopia directa: Buena movilidad cuerdas vocales con buena luz. Edema supraglótico y abundante mucosidad en la zona. Fibrobroncoscopia: estenosis de coana izquierda y signos compatibles con laringomalacia. Estudio genético: Delección 2. 864 Mb en heterocigosis en 22q11. 21. Síndrome de DiGeorge .

Juicio clínico

Síndrome de DiGeorge -CATCH -22

Diagnóstico diferencial

Síndrome de Smith-Lemli. Opitz, CHARGE, Alagille, VATER, Goldenhar, embriopatía por isotretinoína.

Comentario final

El DS 22q11. 2 muestra fenotipo variable oscilando de leve a grave obligando a pensar en su diagnóstico aún sin signos clínicos y dismórficos claros. Presenta en un 77 % defectos cardíacos congénitos: tetralogía de Fallot, defecto septal ventricular, tronco arterioso. En un 75% anomalías del paladar. Retraso

del crecimiento. Dismorfismo facial leve y anomalías vertebrales. El 75% tienen déficit autoinmune por aplasia/hipoplasia tímica. Riesgo de enfermedades autoinmunes. Hipocalcemia neonatal en el 50% de los casos. Pérdida audición, malformaciones renales, alteraciones aprendizaje y trastornos psiquiátricos. El amplio espectro de fenotipos clínicos que abarca el síndrome estaba dividido en diferentes síndromes. Ahora se sabe que son etiológicamente idénticas y son denominadas como DS 22q11. 2.

El diagnóstico prenatal es posible en casos familiares por amniocentesis o biopsia corial y en caso de anomalías asociadas por ecocardiografía fetal. Es posible diagnóstico preimplantacional

Bibliografía

- Orphanet Journal of rare diseases

414/188. Detección y abordaje de un caso clínico de TDAH en Atención Primaria.

Autores:

E. Mesa Masa¹, E. Rodríguez Díaz¹, F. Atienza Martín², M. Álvarez Romero².

Centro de Trabajo:

¹Psicóloga Sanitaria. Centro Médico Psicosomático. Sevilla., ²Centro Médico Psicosomático. Sevilla.

Descripción del caso

Paciente varón, de 39 años, quien acude a consulta de atención primaria refiriendo síntomas de desorganización y no control de horarios, incapacidad para centrarse en sus quehaceres diarios (trabajo y vida personal), olvido e inatención sobre tareas relevantes, así como episodios frecuentes de ansiedad (falta de aire, sudoración y temblor). Éstos han estado influyendo en la calidad de su trabajo y en la claridad de juicio ante la toma de decisiones, por lo que el paciente demuestra su preocupación y solicitud de derivación al especialista oportuno para realizar un estudio neurológico. Entre los antecedentes personales cabe destacar episodios ansiosos y prescripción de ansiolíticos, así como consumo esporádico de drogas.

Exploración y pruebas complementarias

-Comparación de las observaciones realizadas en la entrevista inicial de Atención Primaria con la sintomatología propia del CIE-10 sobre el TDAH.

-DIVA (Entrevista Diagnóstica del TDAH)„ incluyendo sus tres categorías.

-Posible derivación a Neurología para descartar/confirmar las sospechas iniciales de la consulta de Atención Primaria.

Juicio clínico

CIE-10: F90. 0 Trastorno de la actividad y de la atención.

Diagnóstico diferencial

1. Trastorno de Ansiedad Generalizada: el paciente no presenta ansiedad o preocupación excesiva (anticipación aprensiva) en relación con diversos sucesos o actividades.

2. Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social): no presenta miedo o ansiedad intensa ante situaciones sociales en las que pudiera estar expuesto al examen de los demás.

Comentario final

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno de carácter neurobiológico originado en la infancia que implica un patrón de déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad, y que en muchas ocasiones está asociado con otros trastornos comórbidos o sintomatologías específicas que pueden dar lugar a patrones psicosomáticos (ansiedad, estrés...).

Una pronta detección de la sintomatología de inatención e hiperactividad en la consulta de Atención Primaria (tanto en niños como en adultos) puede mejorar la atención de los pacientes debido a las características de este nivel asistencial como por ejemplo la accesibilidad o la longitudinalidad en la asistencia.

Bibliografía

- O. M. S. : CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripcio-

nes Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.

414/191. Dolor abdominal en anciano con linfoma.

Autores:

S. Salguero de la Haya¹, A. Díaz Saborido², L. Sanchez Morales², P. Geara Joyed².

Centro de Trabajo:

¹Hospital de Jerez. Cádiz., ²Médico de Familia. La Serrana. Jerez de la Frontera.

Descripción del caso

Varón de 83 años obeso, hipertenso y con antecedente de linfoma difuso de células grandes B en tratamiento antihipertensivo y 2ª línea quimioterápica. Que acude a consulta de primaria por dolor abdominal de 4 días de evolución iniciado en flanco izquierdo, generalizándose y agudizándose en últimas horas con fiebre y un vómito alimenticio. Tras asistencia y sospecha de abdomen agudo es derivado a Urgencias Hospitalaria para estudio urgente.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente pálido, sudoroso y febril 38. 9°C. Normotenso 142/68mmhg, taquicárdico 132lpm. Abdomen globuloso con timpanismo y datos de irritación peritoneal generalizada, PPR + bilateral. Analítica: Hb 15, 1g/dl, Leucocitos 13. 070, 91, 5% Neutrófilos. Actividad protrombina 74%, PCR 218mg/dl, Glucosa 142mg/dl, Rx Abdomen y Tórax: Cámara neumoperitoneo con gas perihepático. TC Abdomen sin contraste: Múltiples divertículos sigmoideos, con engrosamiento extenso de aspecto inflamatorio y punto de perforación con dos colecciones organizadas adyacentes de aprox 4, 4x2, 2cm, y otra laminar de 5, 3x1, 4cm. Marcados signos inflamatorios perilesional. Engrosamiento y realce del peritoneo parietal anterior hipogástrico. Cámara neumoperitoneo epigástrica y burbujas aisladas perihepática.

Juicio clínico

Diverticulitis sigmoidea aguda perforada.

Diagnóstico diferencial

Principalmente con procesos abdominales que nos puedan dar datos de peritonismo: Cáncer de Colo-rrrectal complicado, Colitis isquémica o infecciosa, Enfermedad Pélvica Inflamatoria (mujeres), Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Perforación iatrogénica (Ej. Colonoscopia) o por cuerpos extraños. Apendicitis.

Comentario final

La enfermedad diverticular se refiere a la presencia de divertículos en el colon. Su prevalencia aumenta con la edad y sólo en pocos casos se presenta como diverticulitis aguda (10-25%). La diverticulitis aguda complicada es una condición potencialmente mortal, por la posibilidad de una perforación libre que requiera cirugía de urgencia (15-30%). Por ello la importancia de su precoz detección desde atención primaria. El tratamiento de elección en la mayoría de los casos es la resección del segmento colónico que incluya la perforación y la creación de una colostomía proximal, como fue en este caso. Existen otros tratamientos en el manejo quirúrgico de la diverticulitis perforada, como la resección con anastomosis primaria y nuevas aproximaciones, como el lavado peritoneal por vía laparoscópica.

Bibliografía

- Oermeester MA, et al. Contemporary review of risk-stratified management in acute uncomplicated and complicated diverticulitis. World J Surg. 2016 Oct; 40 (10): 2537-45.

414/193. Cuando un cuadro febril es una urgencia médica...

Autores:

L. Simao Aiex, A. Guerrero Ayala, B. Ortiz Navarro.

Centro de Trabajo:

Médico de Familia. Centro de Salud San Miguel. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 42a, electricista de profesión, sin alergias medicamentosas, ni antecedentes personales de

interés excepto ingreso por brucelosis hace 1a. Fumador 20paq/años. Acude a su centro de salud por cuadro de fiebre de 38º y odinofagia de dos días de evolución. En la sala de espera empieza con síndrome confusional agudo y mialgias en mmii.

Es trasladado al hospital con carácter urgente y diagnóstico de presunción. Tras pruebas es ingresado en UCI y empieza tratamiento con ceftriaxona que luego se sustituye por vancomicina-meropenem por Infección intrahospitalaria.

Exploración y pruebas complementarias

Mal estado general. Poco perfundido. Obnubilado, confuso y agitado. Eupneico en reposo. Petequias en nuca, axilas y brazos. No rigidez de nuca. Brudzinsky y Kering negativos. Resto de exploración por aparatos sin alteraciones. TA 90/55.

ECG: Taquicardia sinusal a 110lpm. Rx tórax: sin alteraciones. TAC cráneo normal. ECO doppler: sin signos de TVP. Analítica: 22230 leucocitos, 20640 neutrófilos, Cr 1, 88, FG 43, procalcitonina39, PCR 197. LCR: leucocitos 230 polimorfonucleares 80% hematies 45 proteínas147, 9 xantocromia ligeramente positiva. Acidosis metabólica. Gram y PCR positivos para Neisseria Meningitidis.

Juicio clínico

Meningitis/sepsis meningocócica.

Diagnóstico diferencial

Síndromes febriles y enfermedades que afecten al sistema nervioso central como hemorragia subaracnoidea, accidentes cerebrovasculares, neoplasias...; así como otros tipos de meningitis (viral, tuberculosa y micótica).

Comentario final

Tras 45d es dado de alta con alteración de la marcha y lesiones costrosas y ulceradas en ambos MMII, las cuales necesitan curas diarias. En tratamiento rehabilitador presentando mejoría pero con secuelas.

La meningitis meningocócica es una infección bacteriana grave de las membranas que rodean el cerebro y médula espinal. Se transmite de persona a persona por las secreciones respiratorias y tiene un periodo de incubación de 2-10 días.

Enfermedad potencialmente mortal o que deja muchas secuelas permanentes, por lo que debe ser diagnosticada tratada como urgencia. El tratamiento antibiótico precoz, tras punción lumbar, mejora el pronóstico.

Sigue siendo muy prevalente; así el Médico de Familia tiene un papel fundamental en su prevención al indicar la administración de vacunas desde edades tempranas.

Bibliografía

- Ramos CG, et al. Meningitis bacterianas: epidemiología dos casos notificados em Minas Gerais entre os anos de 2007 e 2017. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2019; 22 (655). Disponible en: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/655>
- Meningitis meningocócica. OMS. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/meningococcal-meningitis>

414/196. La sorpresiva Triada de Lenk.

Autores:

S. Salguero de la Haya¹, A. Díaz Saborido², P. Geara Joyed², L. Sanchez Morales².

Centro de Trabajo:

¹Hospital de Jerez. Cádiz., ²Médico de Familia. La Serrana. Jerez de la Frontera.

Descripción del caso

Mujer de 46 años sin antecedentes de interés que consulta por primer episodio de dolor agudo en fosa renal derecha irradiado a hipogastrio con nauseas, sin síndrome miccional. Siendo derivada desde Primaria a Urgencias Hospitalaria tras exploración de masa abdominal

Exploración y pruebas complementarias

Afectada por el dolor EVN 9/10. Normotensa sin taquicardia llamativa, con evolución a la hipotensión 78/42mmHg y taquicardia 142lpm, con dolor controlado tras mórnicos. Abdomen blando con gran masa indurada heterogénea a la palpación desde hipocon-

drio derecho subcostal hasta fosa iliaca derecha. No doloroso tras analgesia. PPR derecha positiva. Eco-abdominal, a la llegada, objetivando gran masa heterogénea sin líquido libre abdominal, no evidenciando riñón derecho; Aconsejando, radiólogo, estudio TC programado (estando paciente estable). Analítica: sólo destaca Hb 8, 8mg/dl normocítica normocroma, resto normal. Tras empeoramiento hemodinámico a las 8 horas, se realiza TC urgente y control analítico (Hb 4, 9mg/dl y Plaquetas 67. 000). Activándose protocolo de transfusión masiva e ingreso en UCI. TC Abdomen: Masa en espacio perirrenal derecho de 14cmx14cmx16cm, con hallazgos compatibles con angiomiolipoma renal con importante sangrado intralesional. Riñón derecho desplazado. Compresión de cava inferior con colaterales venosas peritumoral.

Juicio clínico

Shock hemorrágico secundario a sangrado intralesional de angiomiolipoma renal derecho. Síndrome de Wunderlich.

Diagnóstico diferencial

Cólico renoureteral. Complicación de Neoplasia ovárica o colónica. Isquemia mesentérica o renal.

Comentario final

La hemorragia renal espontánea o síndrome de Wunderlich es una afección de presentación rara pero, dada la situación urgente y en ocasiones vital que plantea, es de gran importancia. La etiología más frecuente es la causa tumoral, siendo la más frecuente adenocarcinoma renal y luego el angiomiolipoma renal. Sólo en un 20% de los casos se presenta en toda su expresión, denominada tríada de Lenk (dolor intenso súbito en el flanco, masa palpable y signos y síntomas de shock hipovolémico. El diagnóstico se realiza principalmente por técnicas de imagen. El tratamiento es quirúrgico, en este caso Nefrectomía radical urgente con drenaje de hematoma tras embolización de la arteria renal. Si estabilidad, se aconseja estudio de extensión y programar cirugía.

Bibliografía

- Ho TH, et al. Wunderlich syndrome, spontaneous ruptured renal angiomyolipoma and tuberous sclerosis. QJM. 2019 Apr 1; 112 (4): 283-284.

414/201. Síncopes de repetición. ¿Qué hay detrás de un síncope?

Autores:

L. Simao Aiex, A. Guerrero Ayala, B. Ortiz Navarro.

Centro de Trabajo:

Médico de Familia. Centro de Salud San Miguel. Málaga.

Descripción del caso

Paciente mujer de 49 años de edad que consulta por desvanecimientos frecuentes desde hace varios meses (mínimo uno semanal). No lo atribuye a situación de estrés ni sobre esfuerzo físico. Cursa sin cortejo vegetativo y presenta recuperaciones espontáneas. No disnea ni dolor torácico asociado.

Alergia a beta lactámicos, sulfamidas y tetraciclinas.

Asmática y fumadora activa.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, bien hidratada y perfundida, eupneica al habla.

ACR: Murmullo vesicular conservado, taquicárdica sin soplos.

Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias no signos de peritonismo. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de TVP.

Tensión arterial: 89/65mmhg

Frecuencia cardíaca: 165 lpm

Saturación de oxígeno: 97% basal

Glucemia capilar 135

Se realiza ECG objetivándose taquicardia supraventricular a 165 lpm.

Juicio clínico

Taquicardia supraventricular

Diagnóstico diferencial

Es fundamental en nuestra práctica clínica realizar una anamnesis detallada para poder categorizar los síncope:

El síncope vasovagal está desencadenado por una descarga adrenérgica debido al ortostatismo.

El síncope situacional puede estar relacionado con la tos, estímulos gastrointestinales, micción, estado postprandial, ejercicio o risa.

El síndrome del seno carotídeo aparece con o sin estímulo aparente del seno.

Síncope de formas atípicas sin desencadenante aparente.

Síncope cardiogénico, por bradiarritmia (disfunción sinusal, bloqueo AV), taquiarritmia (taquicardia supraventricular o ventricular), cardiopatía estructural (estenosis aórtica, miocardiopatía hipertrófica, mixoma auricular, taponamiento pericárdico o disección aórtica).

Síncope por hipotensión ortostática fundamentalmente por hipovolemia (hemorragia, diarrea, insuficiente ingesta de agua).

Comentario final

El síncope es una entidad muy prevalente que es causa frecuente de consulta médica, tanto en atención primaria como en los servicios de urgencias. Si bien en la mayoría de los casos se debe a un mecanismo reflejo, que tiene buen pronóstico en determinados pacientes se puede presentar en forma de crisis muy recurrentes que afectan gravemente a su calidad de vida. Por otra parte, entre el 6 y el 30% de los pacientes, en función de la edad y el contexto en que se analicen, presentan un síncope debido a una causa cardíaca, que a veces es la primera manifestación de su enfermedad y puede ser un marcador de mal pronóstico, con riesgo de muerte súbita.

Bibliografía

- Angel MM, Nuria RG, AlexSM, Jordi PR. Síncope. Rev Esp Cardiol. 2012; 65 (8): 755-65

414/203. Doctor, no puedo mover mi brazo

Autores:

A. Calderón Rodríguez¹, N. Jiménez del Marco², M. Arriaza Gestoso³.

Centro de Trabajo:

¹Unidad de Gestión Clínica Villamartin, ²Unidad de Gestión Clínica Ubrique, ³Médico de Familia Dispositivo de Apoyo. Centor de Salud La Longuera. Cádiz.

Descripción del caso

Paciente de 30 años, sin antecedentes de interés salvo crisis de migraña que ceden con analgesia habitual, que refiere clínica de 10 días de evolución de pérdida de fuerza progresiva en MSI acompañado de dolor a nivel de hombro al inicio del cuadro sin otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente, orientada y colaboradora. Exploración neurológica con disminución de fuerza en miembro superior izquierdo de 2-3/5 a nivel de hombro con pérdida de sensibilidad leve 4/5 y fuerza y sensibilidad distal conservada. Resto de exploración por aparatos y sistemas conservados. RMN donde se objetiva atrofia muscular a nivel de hombro izquierdo, sin evidenciarse lesiones en plexo braquial. Electromiografía: se observa denervación del nervio subescapular.

Juicio clínico

Síndrome de Parsonage-Turner.

Diagnóstico diferencial

Para el diagnóstico diferencial incluimos patologías como la capsulitis adhesiva, el desgarramiento de los rotadores, la tendinitis calcificante o la esclerosis lateral amiotrófica entre otras.

Comentario final

El síndrome de Parsonage-Turner o plexitis braquial es una neuritis principalmente del plexo braquial. Tiene una incidencia de 1.5/100000 habitantes y es más frecuente en varones que en mujeres. Actualmente se desconoce la causa que lo produce, aunque todo parece indicar que es un proceso autoinmune. El síntoma primero y más habitual es dolor a nivel del hombro de inicio súbito, empeorando en horas o días. Posteriormente aparece parálisis o amiotrofia de dicho miembro, produciéndose la recuperación completa en 6-12 meses. El diagnóstico es de exclusión

y se basa fundamentalmente en la historia clínica, aunque es necesario realizar una resonancia magnética y un electromiograma para descartar otro tipo de patologías. No existe actualmente un tratamiento específico para dicha enfermedad, siendo necesario los analgésicos y gabapentinoides en la fase de dolor y la rehabilitación en la fase de paresia y recuperación. Tiene un pronóstico favorable, con recuperación en torno al 75% de los pacientes.

Bibliografía

- J. W. A. Turner. Acute brachial radiculitis. *Br Med J*, 2 (1944), pp. 592-594
- M. J. Parsonage, J. W. A. Turner. Neuralgic amyotrophy: The shoulder-girdle syndrome. *Lancet*, 1 (1948), pp. 973-978

414/204. Fiebre recurrente de larga evolución

Autores:

A. Calderón Rodríguez¹, N. Jiménez del Marco², C. Orellana Legupin³.

Centro de Trabajo:

¹Unidad de Gestión Clínica Villamartin, ²Unidad de Gestión Clínica Ubrique, ³Médico de Familia Dispositivo de Apoyo. Centor de Salud Los Barrios. Cádiz.

Descripción del caso

Varón de 47 años que acude a la consulta por presenta fiebre desde hace 7 días, de predominio vespertino, acompañado de malestar general y artralgias generalizadas, así como sudoración nocturna. Como antecedentes de interés, presenta hipertensión arterial en tratamiento con Losartán y dislipemia sin tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente y colaborador. En consulta presenta temperatura de 38. 8°C. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Se palpan dos adenopatías laterocervicales derechas dolorosas. Abdomen con hepatomegalia de dos traveses sin otros hallazgos relevantes en la exploración. Oro-

faringe con leve hiperemia. Se solicita analítica donde se objetiva una linfocitosis y trombocitosis reactiva, acompañado de discreto aumento de transaminasas. Serología sin hallazgos reseñables. Ante la persistencia del cuadro y dado que el paciente trabaja como ganadero se solicita rosa bengala siendo positiva para brucelosis.

Juicio clínico

Brucelosis aguda.

Diagnóstico diferencial

Hepatitis aguda, linfoma de Hodgkin, mononucleosis infecciosa o leptospirosis.

Comentario final

La brucelosis o fiebre mediterránea es una enfermedad producida por el género de bacterias *Brucella*. Se trata de una zoonosis, puesto que tiene en los animales su reservorio (fundamentalmente en bovinos y caprinos). La sintomatología que produce es muy amplia y provoca fiebre, artralgias y mialgias, sudoración profusa y adenopatías. Para su diagnóstico diferencial deberemos tener en cuenta patologías más comunes como puede ser la mononucleosis infecciosa o el linfoma de Hodgkin hasta otras menos comunes como puede ser la malaria. Para su diagnóstico es necesario solicitar una analítica de sangre y un hemocultivo. Si las pruebas anteriormente citadas son normales y la sospecha es alta, deberemos pedir la aglutinación por rosa de bengala, que tiene un valor predictivo positivo del 99% para la infección aguda o crónica. En cuanto al tratamiento, no hay un claro consenso, aunque la OMS recomienda combinar Rifampicina con Doxiciclina durante 6 semanas.

Bibliografía

- Brucellosis (Brucelosis). Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention). <http://www.cdc.gov/brucellosis/index.html>. Último acceso: 16 de marzo de 2016
- Longo DL, et al., eds. Brucellosis (Brucelosis). En: Harrison's Principles of Internal Medicine (Principios de Medicina Interna de Harrison). 19.ª ed. Nueva York, N. Y. : McGraw-Hill Education;

2015. <http://accessmedicine.com>. Último acceso: 16 de marzo de 2016.

414/205. Síndrome febril y sarcoidosis

Autores:

N. Jiménez del Marco¹, M. Gago León¹, A. Calderón Rodríguez².

Centro de Trabajo:

¹Unidad de Gestión Clínica Ubrique, ²Unidad de Gestión Clínica Villamartin.

Descripción del caso

Varón de 64 años que consulta por cuadro constitucional con febrícula vespertina y nocturna de tres meses de evolución con dolor en hipocondrio derecho inespecífico y pérdida ponderal de 12 kilos.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general y eupneico. Presenta en costado pápulas eritematosas y pústulas foliculares hiperpigmentadas

Auscultación cardiopulmonar normal.

Abdomen: blando, depresible, doloroso en hipocondrio derecho, peristaltismo conservado, sin masas ni megalias blumberg y Murphy negativo.

Miembros inferiores normales

Analítica completa, incluyendo serología vírica y marcadores tumorales, donde destaca leucopenia con linfopenia leve. Anemia ferropénica. Dislipemia mixta, GGT 330, GOT 32, GPT 50, Fosfatasa alcalina 287. Serología Ig G+ de la fase II de C. Burnetti (con Ig M negativa). Mantoux negativo

Ecografía abdomen: hepatoesplenomegalia. Vesícula biliar con barro biliar sin inflamación de pared ni litiasis.

Radiografía de tórax: sin cardiomegalia aumento hiliar izquierdo leve.

Se solicita a través de consulta telemática a medicina interna endoscopia digestiva alta y baja siendo normales.

Ecocardiograma: insuficiencia tricuspídea leve sin datos sugestivos de endocarditis con leve dilatación de raíz aórtica.

Tac tórax: adenopatía hiliar izquierda y mediastínicas paratraqueales superiores e inferiores derechas y en ventana aorta pulmonar de hasta 1 cm de diámetro inespecífica.

Las lesiones epidérmicas se tratan con clindamicina tópica y posteriormente con corticoides sin mejoría.

Ante estos hallazgos se deriva a medicina interna y dermatología para completar estudio.

Realizan rastreo corporal con 67 Ga con leve captación a nivel de ambas bases pulmonares.

Biopsia hepática: granulomas hepáticos.

Biopsia cutánea: dermatitis granulomatosa no necrotizante compatible con Sarcoidosis

Juicio clínico

Sarcoidosis sistémica con afectación hepática y cutánea

Diagnóstico diferencial

Arteritis de células gigantes, neoplasias y tuberculosis

Comentario final

La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica de etiología desconocida, caracterizada por un aumento de la respuesta inmune con inflamación granulomatosa. Las manifestaciones intratorácicas representan el 90% y las extratorácicas un 10% de los casos presentándose la mayor dificultad en diagnosticarlas, por ello debemos tenerla en mente aunque sea una manifestación poco frecuente. El paciente se trató con corticoides vía oral permaneciendo estable con revisiones periódicas.

Bibliografía

- E. Fernandez-Faith; J. McDonnell. Cutaneous sarcoidosis: differential diagnosis. Clin Dermatol; 25 (2007); pp 276-287
- T. Meyer-Gonzalez; J. Suarez-Perez; N. Lopez-Navarro, A. Hidalgo; E. Herrera- Ceballos. Sub-

cutaneous sarcoidosis: A predictor of systemic-disease. Eur J Inter Med, 22 (2011) ppe162-e163

414/211. Doctor: “Se me duermen las piernas y dicen que es normal de la ciática”.

Autores:

A. Díaz Saborido¹, S. Salguero de la Haya², P. Geara Joyed¹, L. Sanchez Morales¹.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. La Serrana. Jerez de la Frontera.,
²Hospital de Jerez. Cádiz.

Descripción del caso

Varón de 49 años sin antecedentes de interés que refiere cuadro de evolución progresivo de 2 semanas que inicia con lumbociatalgia izquierda con pérdida progresiva de fuerza y sensibilidad, afectando a ambos miembros, en últimos días con reiteradas consultas. Acudiendo sin poder mantener marcha independiente y sin poder miccionar. Siendo derivado a urgencias para estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Paraparesia miembros inferiores: 4-/5 en todos los grupos musculares, salvo flexión dorsal 2/5. Respuesta cutánea plantar indiferente. No clonus aquileo. Reflejos estiramiento miotático abolidos en mmii. Con afectación de sensibilidad profunda vibratoria disminuida distal a crestas iliacas, abolida L5/S1 MII. Sensibilidad superficial disminuida distal L4 de predominio izquierdo hasta S5. Posicional abolida L5/S1 izquierdo. Sensación rectal muy disminuida, contracción anal voluntaria ausente, reflejo bulbocavernoso abolido. RMN dorsolumbar urgente: LOE intramedular en localización centromedular que se extiende desde T10 hasta L1. En T1 presenta áreas de hiperintensidad que sugiere sangrado. En T2 es heterogénea con zonas que pudieran corresponder a áreas quísticas. No claro realce tras gadolinio.

Juicio clínico

Síndrome de cola de caballo nivel L3, secundario a Cavernoma con hemorragia intramedular.

Diagnóstico diferencial

Hernia discal, estenosis de canal lumbar, traumatismo con listesis o fractura vertebral con compresión medular, metástasis óseas, lesiones medulares (ependimoma).

Comentario final

Las malformaciones cavernosas intramedulares son muy infrecuentes. Tienen baja presión y flujo, por lo que pueden tardar muchos años en presentar síntomas clínicos. Se fundamenta su diagnóstico en estudio de resonancia magnética. Debido a su naturaleza relativamente benigna, la intervención quirúrgica no siempre está indicada. En este caso por sangrado tuvieron que hacerse hasta dos resecciones con mayor implicación de nervios de cauda quedando estable la clínica a los dos meses. Es muy difícil diagnosticarlo, un simple picor u hormigueo puede ser un síntoma e incluso un síndrome de cola de caballo agudo como en este caso. De aquí la importancia al menos de saber los datos de alarma para derivación urgente o preferente. De aquí la importancia al menos de saber los datos de alarma para derivación urgente o preferente.

Bibliografía

- Goyal A, et al. Clinical presentation, natural history and outcomes of intramedullary spinal cord cavernous malformations. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2019 Feb 13. pii: jnnp-2018-319553.

414/214. Un mal estar general de infarto

Autores:

A. Díaz Saborido¹, S. Salguero de la Haya², L. Sanchez Morales¹, P. Geara Joyed¹.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. La Serrana. Jerez de la Frontera.,
²Hospital de Jerez. Cádiz.

Descripción del caso

Mujer de 47 que acude a urgencias del centro de salud por malestar general, disnea a moderados es-

fuerzos (subir escaleras) que ha aumentado en los últimos días, palpitaciones desde hace 2-3 días y edemas en miembros inferiores. Niega fiebre, vómitos o dolor torácico. Diabetes gestacional que precisó tratamiento con insulina, refiere posteriores controles normales, aunque sin analítica desde entonces. Comenta poliuria y polidipsia “desde siempre”. Exfumadora desde hace 2 años de un paquete/año. En su familia, su padre y su madre sufrieron infarto agudo de miocardio.

Exploración y pruebas complementarias

Tonos rítmicos taquicárdicos a 130 lpm, tensión arterial 159/121 mmHg buena perfusión periférica. Taquipneica, saturación 95%, abolición murmullo vesicular hasta campos medios pulmonares. Miembros inferiores edemas con fovea hasta raíz. Glucemia capilar 339 mg/dL. Electrocardiograma elevación de ST en V2 y V3. Analítica: Elevación Troponinas (2993), CK normal, NT-proBNP 5768. 7. pH 7.24, pCO₂ 20, HCO₃ 8.6. Leucocitosis 24000 con 5% cayados. Glucemia 339 mg/dL, Hemoglobina glicosilada 12, 7%. Radiografía tórax derrame pleural bilateral y aumento de silueta cardíaca. AngioTC derrame pleural bilateral, engrosamiento pericárdico y múltiples adenopatías mediastínicas. Ecocardiografía ventrículo izquierdo ligeramente dilatado con acinesia apical, inferoapical, lateroapical, anterior y septal, fracción de eyección 40%, trombo apical fijo y de gran tamaño, dilatación de aurícula izquierda.

Juicio clínico

Infarto agudo de miocardio, killip II. Enfermedad coronaria de 3 vasos. Revascularización de Diagonal, Circunfleja y Coronaria Derecha. Oclusión crónica Descendente Anterior. Disfunción sistólica severa. Disfunción diastólica I. Trombo intraventricular apical. Diabetes tipo 2 de debut. Derrame pleural bilateral. Engrosamiento pericárdico.

Diagnóstico diferencial

Neumopatías intersticiales, EPOC, neoplasias (linfangitis carcinomatosa, síndrome constitucional...), cardiopatías.

Comentario final

Según las últimas recomendaciones y al padecer un trombo intraventricular, sería recomendable mante-

ner triple terapia anticoagulante durante al menos 6 meses. Dado el debut diabético habría que realizar educación diabetológica en consulta de atención primaria así como seguimiento y screening de complicaciones (retinografía, pie diabético...).

Bibliografía

- López de la Iglesia J, García Andrés LE. Dolor torácico. Guía de Actuación en Atención Primaria. Vol I. 4ª Edición. Barcelona: SemFYC; 2011. p 168-178.
- Kristian Thygesen, et al. Documento de consenso de expertos. Tercera definición universal del infarto de miocardio. Revista Española Cardiología. 2013; 66 (2): 132.

414/217. Pericondritis de pabellón auricular derecho

Autores:

C. de la Torre Solís¹, J. Lomeña Villalobos², P. Almagro Martín-lomeña², C. Perpiñá Fortea², M. Vilar De Linares², S. Moga Lozano².

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud de Torre del Mar, ²Médico de Familia. Centro de Salud de Torre del Mar. Málaga.

Descripción del caso

Varón 35 años practica full-contact con AP de trastorno ansioso-depresivo y enfermedad de Crohn en tratamiento con sertralina 50mgr/24h, lorazepam 1mgr/12h, azatioprina 50mgr/12h, mesalazina 1gr/12h, adalimumab 40mgrSC/15 días, que presenta desde hace 15 días lesión de pericondritis en pabellón auricular derecho, que atribuye a contactos repetidos. Se trata con amoxicilina/clavulánico 875mgr/8h y fusídico local tres veces al día. Tras 15 días de tratamiento, al no mejorar la lesión se realiza cultivo (estafilococo aureus) y se remite a ORL

Exploración y pruebas complementarias

Es tratado con antibioterapia (levofloxacin 500mgr/24h) y fusídico local con cultivo positivo a pseudomona aeruginosa y TAC de peñascos normal,

con evolución tórpida por lo que se remite a dermatología que aprecia “úlceras de bordes netos y área inflamatoria con costras melicéricas localizado en la concha auricular derecha con sobreinfección”. Con el diagnóstico clínico de “pioderma gangrenoso vs otros” se programa biopsia, se inicia tratamiento de prednisona 1mg/Kg/día oral, 14 días hasta resultado de la biopsia, previa retirada de la azatioprina. Hemograma 140.000 plaquetas. Resto normal. Bioquímica normal. Serología HIV, HVB y HVC (-) Ecografía abdominal: colelitiasis. Biopsia: intensa inflamación crónica con cambios epidérmicos reactivos. 2ª biopsia: intensa inflamación crónica agudizada e hiperplasia epidérmica reactiva con fragmentos de cartílago con cambios mixoides sin evidencia de afectación del mismo. El tratamiento produce mejoría clínica pero durante la retirada paulatina se produce reactivación de la lesión. Se pide serología a Leishmania siendo (+) 1/256 por lo que se pide revisión de la 2ª biopsia objetivándose en dicha biopsia Leishmanias que se trata con anfotericina B 4mg/Kg/24h 7 días y posteriormente semanal 4 semanas

Juicio clínico

Leishmaniosis cutánea complicada

Diagnóstico diferencial

Pericondritis infecciosa

Pericondritis traumática

Pioderma gangrenoso

Comentario final

El uso de las terapias biológicas producen una modulación en la inmunidad que deben ser tenidas en cuenta en el diagnóstico de infecciones no habituales en pacientes en las que se utilizan

Bibliografía

- MJ Moreno Martínez, MJ Moreno Ramos, P Sánchez Pedreño “Leishmaniasis cutánea. Una infección oportunista”. *Reumatol Clin.* 2017; 13 (3): 180-184
- M. E. Pérez Gutiérrez, R. Izquierdo Caballero, E. Montalbán, R. Hernández, E. Verne “Leishmaniasis cutánea”

- *An Pediatr (Barc)* 2010; 72: 154-6

414/218. La importancia de las primeras 24 horas

Autores:

M. Delgado Moya¹, C. Domínguez Rite², N. Trujillo Díaz¹, E. Martín Brioso³.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. Hospital de Río Tinto. Huelva.,

²Jefa de Servicio de urgencias. Hospital Comarcal de Riotinto. Huelva, ³Médico de Urgencias. Hospital Comarcal de Riotinto. Huelva.

Descripción del caso

Paciente varón de 66 años. Antecedentes personales: talasemia menor. Sin tratamiento habitual ni alergias. Acude acompañado por equipo médico. Refieren hace 24 horas accidente de tráfico frontal siendo valorado en su centro de salud sin hallazgos, permaneciendo durante el día asintomático. Por la mañana comienza con agitación, desorientación tiempo-espacial y cefalea intensa. El equipo evidencia Glasgow de 13 y otorragia izquierda realizando pre-alerta hospitalaria.

Exploración y pruebas complementarias

Evaluación primaria (A-B-C-D-E): A: Vía aérea conservada. B: SO2 94%. Resto normal. C: TA 112/75. No signos de abdomen agudo. Inspección normal. Pelvis estable. No hemorragias visibles. D: Glasgow 13. Movilización de miembros de forma simétrica. Pares craneales sin alteraciones. En evaluación secundaria se confirma otorragia izquierda. Se reevalúa y se solicita Tc de Cráneo: fractura de hueso temporal. Focos contusivos hemorrágico temporal izquierdo y por contragolpe frontobasal derecha y temporal derecha. Focos de hemorragia subaracnoidea laminar y en hemitentorio derechos. Hematoma subdural temporoparietal izquierdo. Hemoseno esfenoidal derecho. Resto de pruebas complementarias (radiografías y analíticas sanguíneas y de orina normales). Se contacta con neurocirugía de Hospital Virgen del Rocío y se decide traslado para ingreso. Durante el ingreso el paciente mejora sin necesidad de intervención quirúrgica y es dado de alta a domicilio asinto-

mático tras mejoría de las lesiones en los sucesivos TC craneales.

Juicio clínico

Hemorragia intracraneal postraumática.

Diagnóstico diferencial

Lesiones vasculares: Ictus /AIT, hemorragia intracerebral o subdural. Lesiones ocupantes de espacio: tumor primario o metastásico, absceso. Ingesta de tóxicos.

Comentario final

Aunque en el momento del accidente la exploración del paciente no parecía prever complicaciones y dada la ausencia de comorbilidades de interés, este caso pone en valor la importancia de las primeras 24 horas después de un traumatismo craneal. Durante este periodo de tiempo es necesario vigilar la posible aparición de complicaciones. Así, los pacientes con criterios de derivación al alta a domicilio, deben continuar bajo la observación de una persona responsable de su cuidado, siguiendo las indicaciones para el tratamiento domiciliario.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Compendio de Medicina de Urgencias y Emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2018. p 864-873.

414/221. Complicaciones inesperadas de la EPOC

Autores:

M. Delgado Moya¹, N. Trujillo Díaz¹, C. Domínguez Rite², E. Martín Briosó³.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. Hospital de Río Tinto. Huelva.,

²Médico de familia Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital de Riotinto. Huelva., ³Médico de Urgencias. Hospital Comarcal de Riotinto. Huelva.

Descripción del caso

Paciente de 95 años, institucionalizado. Antecedentes personales de EPOC, HTA, Fumador activo. En tratamiento con oxígeno domiciliario, spiolto, furosemida y clexane. Acude derivado como en otras ocasiones por aumento de su disnea habitual y tos con expectoración blanquecina. No presenta fiebre ni otros síntomas.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, bien hidratado y perfundido. Taquipnéico en reposo con uso de musculatura abdominal accesoria. SO₂: 88% con ventimask al 30%. TA: 104/75. Auscultación cardíaca con tonos arrítmicos a 96 lpm, sin auscultarse soplos. Disminución del murmullo vesicular, con crepitantes en base derecha. ECG: fibrilación auricular. Se solicita radiografía de tórax y analíticas. Cuando se valora radiografía se observa imagen de neumotórax del 20% en pulmón derecho. Se comenta con cirugía y se realiza drenaje pleural sin sistema de vacío neumático. Se ingresa en planta de cirugía. El paciente es dado de alta con escasa mejoría del neumotórax con un diagnóstico al alta de neumotórax crónico por ruptura de bulla en paciente anciano frágil. Es dado de alta a residencia, donde fallece a las 24 horas.

Juicio clínico

Neumotórax crónico en paciente EPOC

Diagnóstico diferencial

Neumotórax agudo, neumotórax crónico, reagudización de EPOC

Comentario final

La enfermedad bullosa y la EPOC son dos enfermedades relacionadas entre sí y con un principal factor de riesgo común en ambas, el tabaco; siendo la abstención tabáquica la principal medida que se debería llevar al respecto.

Ambas entidades progresan y adquieren importancia pronóstica en el paciente; siendo una de sus principales complicaciones el neumotórax espontáneo secundario. Cabe destacar el riesgo de recurrencia que precisará un enfoque multidisciplinar.

Bibliografía

- Light RW. Secondary spontaneous pneumothorax in adults. UpToDate [base de datos en internet] [consultado 29 Abril 2019]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>.

414/222. Que será, será

Autores:

B. Ortiz Navarro, L. Simao Aiex, A. Guerrero Ayala.

Centro de Trabajo:

Médico de Familia. Centro de Salud San Miguel. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 68a con antecedentes personales de Fibrilación auricular, Cirrosis hepática enólica. Intervenido de By-pass coronario. Etilismo crónico activo. Pancitopenia, Esplenomegalia. En tratamiento con Apixaban, Furosemida, Espironolactona, Bisoprolol, Pantoprazol, Clotiazepam, Molosidomina, Ciprax.

Su mujer avisa a los servicios de urgencias porque encuentra a su pareja con mal estado general y disnea severa. Se despertó con vómitos, y alteración del lenguaje y la deambulación. La semana anterior estuvo en el Hospital por desvanecimiento e hipotensión y se objetivó una anemia severa que requirió transfusión sanguínea. Desde entonces estaba menos reactivo, con temblores, que lo achacaba a abstinencia alcohólica.

Exploración y pruebas complementarias

A nuestra llegada presenta bajo nivel de conciencia, con ruidos respiratorios abundantes. No colaborador, palidez cutáneo-mucosa. TA 190/100mmHg, FC 110pm, T 36°C, FC 110pm, Saturación 88%, Glucemia 155mg/dL. ECG: Ritmo sinusal a 70pm sin alteraciones de la repolarización. En el hospital se realiza Radiografía de tórax con índice cardiorácico normal con elevación de hemidiafragma izquierdo. Analítica: Hb 6. 1 hemostasia alterada, Glucosa 178mg/dL, Urea 5. 6, Cr 2. 84, Bi total 22, Bi directa 1. 4, PCR 15. 5, K 5, Troponina I normal, acidosis metabólica, drogas de abuso negativo.

TAC craneal: sin hallazgos patológicos.

Endoscopia digestiva alta: úlcera gástrica Forrest IIA. Angiectasias gástricas.

Juicio clínico

Hemorragia digestiva alta secundaria a varices esofágicas.

Diagnóstico diferencial

Emergencia hipertensiva, Hemorragia Subaracnoidea, ACV isquémico, Edema agudo de pulmón, Crisis de Broncoespasmo severo.

Comentario final

Al paciente se le administró Aerosolterapia, se le practicó ITO, se le colocó SNG y se le realizó endoscopia terapéutica con Adrenalina y clip para frenar la hemorragia. Se corrigió la anemia y quedó ingresado en Digestivo una vez estabilizado en UCI. En el ámbito extrahospitalario es fundamental abordar al paciente de manera integral con la dificultad añadida que en muy poco intervalo de tiempo hay que tomar decisiones importantes para poder estabilizar al paciente. Este caso fue complicado porque además existía barrera idiomática y desconocíamos los antecedentes personales del paciente por poca colaboración.

Bibliografía

- Catalina Rodríguez MV, Ibañez Samaniego L, Díaz Ruiz R, Romero CM. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la hemorragia digestiva en Urgencias. *Medicine* 2015; 11: 5389-93.

414/230. Paciente con rotura de vena superficial de pene

Autores:

A. Delgado Vidarte¹, M. Montilla Álvaro², C. García Ruíz³, C. Chamorro González-Ripoll⁴, M. García Prat⁵.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. Centro de Salud La Orden. Huelva., ²Medico de Familia. Centro de Salud de Los Rosales. Huelva., ³Medico de Familia. Centro de Salud Matalacañas. Huelva., ⁴Medico de Familia. Centro de

salud Palos. Huelva., ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.

Descripción del caso

Varón de 47 años. No alergias. Fumador. Consumidor de Cocaína. No AP interés.

Acude a consulta porque refiere que presenta desde hace 5 días, tras mantener relaciones sexuales, dolor, inflamación y aumento del tamaño progresivo en los últimos días, tras haber mantenido relaciones sexuales, sin repercusión en capacidad eréctil ni de la micción. Niega fiebre, ni secreción mucopurulenta.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración Buen estado general. Bien hidratado y Perfundido. Consciente, Orientado Y Colaborador. Tensión arterial 134/76 Frecuencia Cardíaca 83 lpm.

Tumefacción dolorosa del cuerpo del pene, sin deformidad, y sin presentar datos clínicos de parafimosis.

Para descartar rotura de cuerpos cavernosos se deriva al servicio de Urgencias donde se realiza ecografía de pene objetivándose extenso engrosamiento y aumento de ecogenicidad de las cubiertas peneanas en todo el margen dorsal del pene. Formación ovalada hipoecoica heterogénea localizada en tercio medio de pene y en el espesor de las cubiertas engrosadas, sin vascularización, presentando contacto con vena dorsal del pene (comprimida).

Túnica albugínea y cuerpos cavernosos con estructura normal

Los hallazgos son compatibles con hematoma agudo-subagudo en el espesor de las cubiertas peneanas, sin lesión de túnica albugínea asociada.

Valorado por Urólogo de guardia, que indica vendaje compresivo de pene y antibioticoterapia, resolviéndose exitosamente en una semana.

Juicio clínico

Hematoma de cubiertas peneanas

Diagnóstico diferencial

hematoma pene; rotura cuerpo cavernosos

Comentario final

Las lesiones traumáticas del pene son variadas. La patología más frecuente es la fractura de cuerpos cavernosos. Pero existen patologías vasculares menos frecuentes, que son importantes en el diagnóstico diferencial, ya que pueden imitar su clínica.

La ruptura de una vénula podría explicar la formación de un hematoma perineal sin otra clínica acompañante.

Este tipo de tumoración se presenta de forma silente y podría explicarse por microtraumatismos repetidos y/o alteraciones del endotelio vascular, sin necesidad de agente traumático notorio.

Bibliografía

- Vera Donoso CD, Vidal J, García Revoll L, Boronat Tormo F, Ruiz Cerda JL, Jiménez Cruz JF. Diagnóstico y tratamiento del traumatismo peneano coital. *Actas Urol Esp.* 1991; 15 (4): 397-400.
- El-Sherif AE, Dauleh M, Allowneh N, Vijayan P. Management of fracture of the penis in Qatar. *Br J Urol.* 1991; 68 (6): 622-625.

414/235. Hipoglucemia en paciente no diabética

Autores:

F. Egea Aldana¹, G. Fernandez Garcia¹, E. Paños Maturrana², M. Salado Natera³.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia en Servicios de Urgencias de Atención Primaria. Bahía de Cádiz. La Janda., ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Distrito Sanitario Bahía de Cádiz la Janda, ³Médico de Familia. Centro de Salud Virgen de la Oliva. Vejer de la Frontera. Cádiz.

Descripción del caso

Avisa el 061 por mujer de 69 años que no responde, está inconsciente. De camino al domicilio se comprueba antecedentes, no alergias, exfumadora, artritis reumatoide, intervención quirúrgica: histerectomía + doble anexectomía. En tratamiento con omeprazol 20 mg, prednisona 5 mg, hidroxycloquina 200 mg

y ursodesoxicólico 500 mg. A la llegada al domicilio se aprecia bajo nivel de conciencia, neurológicamente obnubilada, al explorarla se agita, Glasgow no valorable, por nula colaboración. Tras toma de constantes llama la atención una glucemia capilar low (menos de 20 mg /dL), al no tener vía venosa disponible se administra glucagón im/sc y glucosa por otras vías (rectal), se logra coger vía venosa periférica y se traslada a hospital.

Exploración y pruebas complementarias

Durante traslado, glucemia y nivel de conciencia se normalizan y se aprecia en ECG un descenso de 2 mm del ST en II, III y aVF, la paciente no refiere dolor torácico, niega ser diabética o tomar ningún antidiabético. En hospital, glucemia con tendencia a descender, enzimas cardíacas elevándose, se realiza cateterismo: estenosis del 80 % en DA. Se revisa tratamiento habitual.

Juicio clínico

Hipoglucemia severa en paciente no diabética por uso de hidroxycloquinina.

SCA-EST en el contexto de una hipoglucemia severa.

Diagnóstico diferencial

Alteración del nivel de conciencia puede ser provocado por fármacos, hipoglucemia, hiperglucemia, tóxicos, alteraciones electrolíticas y cardíacas...

Comentario final

La hidroxycloquinina indicada en el tratamiento de la artritis reumatoide, lupus y malaria. Puede causar hipoglucemia severa en paciente tratados con y sin medicamentos antidiabéticos. Deben ser advertidos.

Bibliografía

- Impacto cardiovascular de la hipoglucemia Marco Antonio de León Espitia. Rev. Colomb Cardiol. 2017; 24 (4): 376 – 381.
- Basal Insulin and Cardiovascular and Other Outcomes in Dysglycemia. N Engl J. Med 2012; 367: 319 – 328.

414/236. Cólico por sorpresa

Autores:

F. Egea Aldana¹, G. Fernandez Garcia¹, M. Alcaide Zafra², M. Salado Natera³.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia en Servicios de Urgencias de Atención Primaria. Bahía de Cádiz. La Janda., ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz. La Janda., ³Médico de Familia. Centro de Salud Virgen de la Oliva. Vejer de la Frontera. Cádiz.

Descripción del caso

Aviso del 061 por paciente varón de 60 años que ha sufrido un síncope en vía pública, sin alergias, fumador y cólico nefrítico izquierdo en 2007. A nuestra llegada el paciente se encuentra consciente, orientado, colaborador, eupneico, colocado en decúbito lateral. No refiere pérdida de conocimiento sólo desvanecimiento, refiere dolor en fosa renal derecha irradiado a trayecto inguinal ipsilateral, náuseas. El dolor se inició de forma brusca y de alta intensidad, no cediendo. No refiere clínica miccional.

Exploración y pruebas complementarias

Normocoloreado, buena perfusión periférica, no ingurgitación yugular. Auscultación cardiorrespiratoria normal, abdomen blando, depresible no doloroso sin masas ni megalias palpables. Puño percusión derecha positiva, pulsos radiales y femorales simétricos y conservados. Hipotensión marcada que no se consigue remontar tras sueroterapia, resto de constantes dentro de la normalidad. Ecofast: dilatación o cálculo en vía urinaria o dilatación de Aorta abdominal infrarenal, hematoma retroperitoneal. Angiotac: Aneurisma de Aorta abdominal (rotura contenida).

Juicio clínico

Rotura de Aneurisma de Aorta abdominal.

Diagnóstico diferencial

Cólico nefrítico en paciente inestable hemodinámicamente.

Comentario final

Los aneurismas de Aorta abdominal son más frecuentes en varones a partir de los 50 años, asociados a hipertensión y tabaquismo. La tasa de mortalidad varía de un 65 % a un 85 %. TAC tiene una especificidad del 100% en demostrar rotura retroperitoneal. La ecografía y la radiografía presentan una baja sensibilidad en estos casos.

Bibliografía

- Caballos, M. G., Díaz, F. R., Moreno, M. S., & García, A. S. (2010). Diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal mediante ecografía abdominal en atención primaria. SEMERGEN- Medicina de Familia, 36 (8), 471-476.
- Ortega-Martín. J. M., Fernandez- Morán, M. C., Alonso-Álvarez, M. I., García -Gimeno, M., Fernandez- Samos, R., & Vaquero-Morillo, F. (2007). Prevalencia de aneurismas de aorta abdominal en una población de riesgo. Angiología, 59 (4), 305-315.

414/237. No hay mal que por bien no venga, ni mal que su bien no tenga

Autores:

A. Hidalgo Rodríguez¹, D. Martín Enguix², M. Mené Llorente³, J. Aguirre Rodríguez⁴, M. de Cruz Benayas⁵.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada., ²Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada, ³Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada, ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Fortuny. Velutti. Granada, ⁵Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.

Descripción del caso

Varón de 52 años que acudió a nuestro Centro de Salud por molestias peribucales de 10 días de evolución.

Comentaba aparición gradual de áreas blanquecinas en región bucal que le producían escozor y sensación de sequedad, refiriendo episodios similares previos resuelto con tratamiento tópico pautado en servicios de urgencias.

Entre sus antecedentes destacaban: fumador 1 paquete/día y exbebedor (desde hacía 1 año).

Exploración y pruebas complementarias

Se encontraba afebril, con buen estado general, apreciándose en mucosa oral de forma difusa placas blanquecinas que se desprendían con el raspado, sin presentar adenopatías cervicales u otros hallazgos relevantes. Ante la sospecha de muguet oral se inició tratamiento con Miconazol tópico y se solicitó analítica (incluyendo VIH) que resultó negativa.

Tras dos semanas, el cuadro infeccioso remitió, dejando al descubierto múltiples lesiones leucoeritroplásicas con aspecto ulcerado en bordes linguales y mucosa yugal. Se derivó a C. Maxilofacial para realización de biopsia (mostró displasia moderada) y valoración de cirugía (optaron por tratamiento conservador).

Desde el Centro de Salud se realizó intervención para deshabituación tabáquica (con recomendaciones y apoyo farmacológico) y se derivó a su Dentista (eliminando factores irritativos de tipo mecánico), presentando evolución favorable y reducción de las lesiones leucoplásicas.

Juicio clínico

Leucoplasia oral

Diagnóstico diferencial

De carácter infeccioso (muguet oral), traumático (problemas dentales), precanceroso (leucoplasia, eritroplasia), oncológico (neoplasia cavidad oral), y otros (aftosis, liquen plano, lengua saburral, VIH).

Comentario final

El tabaco supone la primera causa de muerte prevenible en nuestro país, produciendo enfermedades que en más del 50% de los fumadores darán lugar a la muerte.

Una de las patologías relacionadas con el tabaco (y con el alcohol) es la leucoplasia oral, que supone el 85% de las lesiones orales precancerosas, malignizándose en el 3-20% de los casos (principalmente lengua y suelo de la boca). Al ser asintomática, dificulta el diagnóstico precoz, ocasionando intervenciones agresivas y mutilantes.

La Atención Primaria, gracias a su accesibilidad y longitudinalidad, goza de un puesto privilegiado y fundamental tanto en la detección precoz de estas lesiones, como en la promoción activa de la salud (deshabitación tabáquica).

Bibliografía

- Mello FW, Miguel AFP, Dutra KL, et al. Prevalence of oral potentially malignant disorders: A systematic review and meta-analysis. J Oral Pathol Med 2018; 47: 633.

414/246. Anemia ferropénica... no siempre es lo que parece

Autores:

M. Delgado Rodríguez¹, M. Curado Mateos², A. Olivarres Loro³, F. Giraldo Abadín⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. Centro de Salud Jerez Sur. Jerez de la Frontera. Cádiz, ²Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz., ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz., ⁴Médico de familia. Dispositivo Apoyo Dispositivo de los Cuidados Críticos y Urgencias. Jerez de la Frontera. Cádiz.

Descripción del caso

Mujer de 33 años. Acude a consulta para realizar una analítica de control. Comenta que tiene episodios de anemia de varios años, tratada por su anterior médico con hierro y mejoría posterior. AP: no RAMc. Reglas 5-6/28, normal. No sangrados

Exploración y pruebas complementarias

Fc 74, leve palidez conjuntival, piel clara sin lesiones. Hb 9.5, VCM y Htc levemente disminuidos. Ferritina e IST bajos, transferrina elevada

Se solicita SOH ya que no refiere menstruaciones abundantes, que es negativo. Se pauta tratamiento.

Más tarde la paciente consulta por una erupción de base eritematosa con vesículas y pápulas en abdomen, muy pruriginosa, que parece compatible con dermatitis herpetiforme.

Se solicita analítica con anticuerpos antitransglutaminasa y antiendomio positivos, y se le realiza endoscopia alta y biopsia duodenal en la que se aprecian signos indicativos de atrofia vellositaria y aumento de linfocitos intraepiteliales.

Juicio clínico

Anemia ferropénica por enfermedad celíaca subclínica.

Diagnóstico diferencial

Angiodisplasia de colon, neoplasia intestinal, hemorragia por diverticulosis, anemia por abundante menstruación, síndrome malabsorción por gastrectomía

Comentario final

Como médicos de familia no debemos olvidar esta patología como diagnóstico diferencial en anemia ferropénica.

En este caso la lesión dermatológica nos dio pistas para realizar el diagnóstico. En ocasiones el poco tiempo de consulta no nos permite profundizar en la semiología.

La anemia por malabsorción es una de las manifestaciones extraintestinales más comunes de la enfermedad celíaca subclínica, debido a la malabsorción de hierro.

Los pacientes con anemia ferropénica presentan un riesgo incrementado de EC subclínica. Hasta un 25% de esos pacientes pueden no presentar algún signo endoscópico indicativo de atrofia vellositaria, lo que lleva a la necesidad a la biopsia duodenal de rutina

Bibliografía

- T. R. Halfdanarson, M. R. Litzow, J. A. Murray. Hematologic manifestations of celiac disease blood., 109 (2007), pp. 412-421

- R. A. Ransford, M. Hayes, M. Palmer, et al. A controlled, prospective screening study of celiac disease presenting as iron deficiency anemia. *J Clin Gastroenterol*, 35 (2002), pp. 228-233
- F. Zamani, M. Mohamadnejad, R. Shakeri, et al. Gluten sensitive enteropathy in patients with iron deficiency anemia of unknown origin. *World J Gastroenterol*, 14 (2008), pp. 7381-7385

414/247. ¿Sabemos interpretar ECG en pacientes con Marcapasos y sus indicaciones?

Autores:

M. Delgado Rodríguez¹, A. Olivares Loro², A. Carabot Ramírez³, C. Guijo Roldán⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. Centro de Salud Jerez Sur. Jerez de la Frontera. Cádiz, ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz., ³Médico Residente. Unidad de Gestión Clínica Dr. Joaquín Pece., ⁴Unidad de Gestión Clínica Mentidero.

Descripción del caso

Hombre de 68 años que acude a la consulta de AP por síncope de repetición con pérdida de consciencia de unos segundos, sin síntomas prodrómicos previos, desde hace un día. Ha acudido a su seguro privado donde le diagnostican de hipotensión. No fiebre, niega algún tipo de molestia, no dolor torácico ni disnea. AP: No RAMc. Fibrilación auricular anticoagulado con sintrom. HTA con enalapril

Exploración y pruebas complementarias

REG, palidez cutánea, ligera taquipnea, relleno capilar aumentado. TA: 100/65 SatO2 96% ACP: tonos arrítmicos, bradicárdico, mvc sin ruidos. E. Neurológica normal. Abdomen anodino.

ECG: FA lenta entre 30-40lpm. Se le deriva a urgencias hospitalarias donde queda ingresado para colocación de marcapasos VVI. Analítica con valores normales. Ecocardiograma: fracción de eyección conservada, ligera hipertrofia VI.

Juicio clínico

Fibrilación auricular lenta. Tras colocación de MP VVI evoluciona favorablemente.

Diagnóstico diferencial

Síncope vasovagal, síncope miccional, hipotensión ortostática, hipoglucemia, hipersensibilidad seno carotídeo

Comentario final

Como médicos de AP tenemos que estar formados para interpretar adecuadamente ECG en pacientes con marcapasos y sus indicaciones.

Los marcapasos más usados en la actualidad son el VVI y DDD.

El MP VVI tiene un electrocateter en ventrículo derecho, sensa y estimula VD, se inhibe ante QRS propio a buena frecuencia. Sus indicaciones son para arritmias auriculares lentas (flutter/fibrilación auricular).

El MP DDD tiene dos electrocatéteres, colocados en AD y VD. Sensa y estimula de forma dual (aurícula y ventrículo). Sus indicaciones son para Bloqueo AV 2º grado tipo II o completo, enf seno carotídeo, pausa sinusal >3seg e hipersensibilidad del seno.

Ambos tienen imagen de bloqueo rama izquierda, ya que el impulso pasa del VD al VI, tardando más tiempo en despolarizar VI y siendo el QRS ancho.

La espiga será grande si está configurado en unipolar o pequeña si está en bipolar (debido polo positivo muy cerca del negativo). En ocasiones la espiga en bipolar es casi imperceptible.

Los fallos más frecuentes son de estimulación (sin batería) o fallo de captura (por dislocación del cable)

Bibliografía

- Marso, Griffin and Topol. The Cleveland Clinic Foundation. Manual de Medicina Cardiovascular. 2002.
- Zayas Molina, R. El electrocardiograma del paciente con marcapasos cardíaco. La Habana. 2009.

414/249. La importancia de la rehabilitación cardíaca tras síndrome coronaria agudo.

Autores:

T. Ortiz Puertas¹, M. Serrano León², A. Allés Florit³.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. Centro de Salud. Almuñecar. Granada., ²Médico de Familia de Atención Primaria. Centro de Salud Almuñecar. Granada., ³Médico Residente 4º año. Centro de Salud. Almuñecar. Granada.

Descripción del caso

Varón de 37 años, con antecedentes de obesidad e HTA desde los 15 años, sin tratamiento. Tabaquismo activo, sin alergia a medicamentos.

Acude al Centro de Salud por dolor torácico opresivo, con ligera sudoración, no irradiado, no disnea.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración presenta buen estado en general.

Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos, sin soplos, ni extratonos, murmullo vesicular conservado.

No aumento del dolor a la palpación de espacios intercostales.

No regurgitación yugular.

Miembros inferiores sin edemas.

ECG: ritmo sinusal a unos 80lpm, eje normal. No alteraciones de la repolarización. Signos de Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI).

Ante los hallazgos inespecíficos con presencia continuada del dolor, se decide derivación Hospitalaria para determinación de enzimas cardíacas (Tpn) y descartar Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación de ST (SCASEST).

Durante su estancia en urgencias se comienza determinación y curva de Tpn, con valores de 0.05ng/ml a su llegada, 0.76ng/ml 6 horas, se consulta con Medicina Intensiva (UCI) que explica que

no es candidato a cateterismo preferente, indica ingreso en Cardiología para realizar ecocardiografía y pruebas de esfuerzo. A las 12 horas se realiza determinación previa ingreso con Tpn de 3.08 ng/ml, por lo que ingresa en UCI con ECG con ritmo sinusal a 60lpm, con T negativas en III y aVF, para realización de cateterismo con colocación de stent fármaco activo en coronaria derecha proximal.

Tratamiento al alta trinomía 100/2. 5/40 mg al día; ticagrelor 90mg cada 12 horas; atorvastatina 40mg cada 24 horas; omeprazol 20mg al día y atenolol 50mg medio comprimido cada 12 horas; realización de rehabilitación cardíaca. Pasado un año, no ha recibido rehabilitación cardíaca y presenta dolor tipo anginoso y disnea a moderados esfuerzos.

Juicio clínico

SCASEST.

Diagnóstico diferencial

SCA vs Dolor torácico muscular.

Comentario final

En pacientes cardiopatas es importante la realización de la rehabilitación cardíaca, porque disminuye la morbimortalidad. La rehabilitación cardíaca incluye actividad física, y actuación en la esfera psicosocial, con cambios en el estilo de vida. Debe comenzarse desde el ingreso del paciente y debe continuarse en Atención Primaria.

Bibliografía

- Guía de ejercicios para pacientes con enfermedad cardiovascular. Unidad de Rehabilitación Cardíaca. UGC de Medicina Física y Rehabilitación, Unidad del Corazón y Patología Vascular. Hospital Regional Universitario de Málaga. Servicio Andaluz de Salud. Año 2014.

414/250. Hipo acompañado de dolor abdominal que desenmascara un cáncer de sigma.

Autores:

T. Ortiz Puertas¹, A. Allés Florit², M. Serrano León³.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. Centro de Salud. Almuñecar. Granada., ²Médico Residente 4º año. Centro de Salud. Almuñecar. Granada., ³Médico de Familia de Atención Primaria. Centro de Salud Almuñecar. Granada.

Descripción del caso

Varón de 60 años de edad sin antecedentes personales de interés, que acude derivado de su Médico de Atención primaria a urgencias hospitalarias por hipo de 5 días de evolución que interrumpe el descanso nocturno, con disnea y dolor abdominal. En los últimos 3 días estreñimiento. Así mismo refiere pérdida de peso no cuantificada.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado en general, afebril, eupneico en reposo, no signos meníngeos. A la auscultación respiratoria destaca hipoventilación en base derecha.

Abdomen blando, depresible no se palpan masas ni megalias, no defensa abdominal. No timpanismo a la percusión.

No edemas en miembros inferiores, no signos de TVP.

Se administra largactil para el hipo sin mejoría.

Analítica sin hallazgos destacables.

Radiografía de abdomen muestra dilatación de intestino delgado y asas de intestino grueso.

TAC de abdomen informado con hallazgos compatibles con obstrucción de colon y de delgado secundario a estenosis de sigma proximal, probablemente de causa neoplásica.

Se cursa ingreso para intervención, sigmoidectomía incluyendo asas de intestino delgado. Colostomía terminal. La anatomía patológica muestra un adenocarcinoma infiltrante moderadamente diferenciado con áreas de necrosis que infiltra hasta la submucosa (pT4) con metástasis. Seguimiento por oncología.

Juicio clínico

Hipo. Neoplasia de Sigma.

Diagnóstico diferencial

Hipo psicógeno vs orgánico por patología abdominal.

Obstrucción intestinal por diversa patología.

Comentario final

El hipo es una contracción sincrónica e involuntaria de los músculos intercostales y del diafragma que provoca una súbita inspiración del aire seguida del cierre de la glotis con un sonido característico. El hipo se provoca por la estimulación de las terminaciones del nervio vago, del nervio frénico y de los nervios del sistema simpático de tórax, abdomen, oído, nariz y faringe. Ante episodios de hipo que duran más de un día hay que pensar en causas variadas como enfermedades del SNC, trastornos metabólicos, iatrogenia, tumores cervicales, enfermedades abdominales entre las que se encuentran cáncer de estómago y obstrucción intestinal; psicógeno.

Bibliografía

- www.empendium.com. Portal para médicos.
- Consejería de Castilla y León. www.saludcastillayleon.es/aulapacientes/es/guia-cancer-colon.

414/254. No todos los embarazos son sencillos

Autores:

M. Serrano León¹, T. Ortiz Puertas², A. Allés Florit³.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia de Atención Primaria. Centro de Salud Almuñecar. Granada., ²Médico de Familia. Centro de Salud. Almuñecar. Granada., ³Médico Residente 4º año. Centro de Salud. Almuñecar. Granada.

Descripción del caso

Mujer de 31 años embarazada de 17 semanas con antecedentes enfermedad celíaca, parálisis facial izquierda, mioclonias en estudio por neurología, hipotiroidismo primario autoinmune y bocio multinodular intratorácico diagnosticado en 2010 en seguimiento por endocrinología y cirugía. Intervenida de urgencia por presentar disnea intensa con estridor y disfagia, tras tiroidectomía total presenta parálisis recurrente bilateral en seguimiento por ORL y logopeda. Se

cansa con los esfuerzos y presenta disfagia. Practicaron cesarea a las 39 semanas para evitar los pujos del parto. Tras la misma han planteado traqueotomía que la paciente descarta.

Exploración y pruebas complementarias

Cicatriz de tiroidectomía. ACR: normal. Disfonía importante. Abdomen con gestación normoevolutiva.

TAC cervical (1/18): tiroides aumentado de tamaño con LTD 6.6 cm y LTI de 6.6 cm en eje craneocaudal con componente endotorácico encima de tronco braquicefálico y deformidad traqueal por compresión leve.

Ecografía tiroidea (04/18): bocio tiroideo con diámetros descritos en TAC con múltiples nódulos isoecogénicos confluentes, sin otros hallazgos de interés.

Analítica preoperatorio (03/18): TSH 5.66, FT4: 0.73 en tratamiento con levotiroid 125 ug/día.

Analítica postoperatoria (06/18): TSH 36.57 con FT4 0.58 ng/dl y FT3 2.75 ng/dl con anticuerpos antiperoxidasa 238.4 UI/ml.

Fibrobroncoscopia: 25% de luz glótica con paresia bilateral de ambas cuerdas en abducción con leve movilidad de cuerda vocal derecha.

Juicio clínico

Hipotiroidismo autoinmune con bocio multinodular. Tiroidectomía total con parálisis recurrencial bilateral

Diagnóstico diferencial

Hipotiroidismo secundarios, iatrogénicos; mal cumplimiento de tratamiento; disnea de origen multifactorial; asma bronquial.

Comentario final

El hipotiroidismo durante la gestación se asocia a efectos adversos tanto obstétricos como fetales. Entre los obstétricos podemos citar el aborto, el parto pretérmino, HTA y mayor riesgo de preeclampsia, sufrimiento, partos intervencionistas y cesáreas. Para el feto las consecuencias más graves afectan al desarrollo neuromotor y cognitivo. ¿Cómo se abordan estos casos en siete minutos? No todos los embar-

zos son sencillos, debemos tener tiempo para poder abordar la atención de pacientes complejos además de poder mejorar la accesibilidad al sistema

Bibliografía

- Abordaje del manejo de la disfunción tiroidea en la gestación. P. Santiago Fernández et al. SEMERGEN. 2015; 41 (6): 315—323

414/262. Diagnóstico diferencial de migraña en paciente con psicopatología compleja.

Autores:

M. Marsal Valmala¹, J. Aróstegui Martínez².

Centro de Trabajo:

¹Médico de Servicios de Urgencias de Atención Primaria. Armilla. Granada, ²Enfermero DA Servicios de Urgencias de Atención Primaria. Armilla. Granada.

Descripción del caso

Mujer de 46 años con los siguientes antecedentes: obesidad, dos cesáreas, hipertensión, ansiedad, depresión, fibromialgia y migraña. Actualmente sigue tratamiento con: Eutirox, gabapentina, Higrotona, etoricoxib, naproxeno, duloxetine, diazepam y rizatriptán.

Constan diversas consultas en su C. Salud, principalmente por cefaleas con vómitos, dolor abdominal y náuseas, mareos tipo desvanecimiento, crisis de ansiedad y dolores por crisis fibromiálgicas.

La última consulta en C. Salud por dolor de oído derecho. Se diagnostica Otitis externa con tímpano íntegro, prescribiéndose Cetraxal plus gotas e ibuprofeno. Al día siguiente avisan al SUAP a domicilio por presentar cefalea, vómitos y febrícula. Administran AINE y metoclopramida IM. Se pauta tratamiento con levofloxacino.

De nuevo avisan a domicilio la mañana siguiente por alteración del comportamiento. El marido refiere que ha pasado la noche sentada en la cama, inmóvil, sin hablar, con actitud rara. La paciente no colabora, está estupefactiva, no responde ni obedece órdenes,

buenas constantes y pupilas normales. Postura rígida aunque puede movilizar extremidades. Su actitud sugiere un cuadro somatomorfo. Trasladamos al hospital para descartar organicidad. Allí presenta agitación psicomotriz, administran midazolam. ORL: secreción mucopurulenta OD, se hace miringotomía. Punción Lumbar: sale líquido turbio a presión.

Ingresa en UCI estuporosa con pupilas normales y hemodinámicamente estable. Tras VMNI sufre empeoramiento neurológico con midriasis bilateral arreactiva. En contexto de IOT inestabilidad hemodinámica que requiere NA. Colocan sensor PIC evidenciando HIC sin respuesta a medidas antiedema. Pocas horas tras ingreso el estudio DopplerTC es compatible con muerte encefálica. Abolición de reflejos de tronco. Se confirma EEG muerte encefálica. La familia consiente donación de órganos.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Inicialmente estuporosa con pupilas normales, moviliza extremidades y hemodinámicamente estable. Agitación psicomotriz. En UCI evolución fatal con empeoramiento neurológico, midriasis arreactiva, inestabilidad hemodinámica, abolición de reflejos de tronco y Muerte encefálica.

Constantes. Punción Lumbar. TAC craneal/peñascos. DopplerTC. EEG. Laboratorio: aísla pneumococo.

Juicio clínico

Otitis media por pneumococo. Meningitis neumocócica. Coma. HIC refractaria. Muerte encefálica.

Diagnóstico diferencial

Migraña. Epilepsia. Estado catatónico. ACV. Trastornos de somatización y conversión. Crisis ansiedad.

Comentario final

Descartar siempre patología orgánica ante cuadros pseudoneurológicos, poco claros, aún en pacientes con psicopatología compleja.

Bibliografía

- DSM-IV

414/267. Intoxicación cáustica

Autores:

F. Hinojosa Fuentes¹, M. Rodríguez Chaves², M. Luna Pereira³, J. López Díaz³.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Equipo Básico de Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica Huelva Centro. Huelva, ²Médico de Familia. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva., ³Médico Residente 4º año. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva.

Descripción del caso

Paciente mujer de 41 años que es traída de madrugada al centro de salud por ingesta de sosa caustica hace 10 minutos. Refiere odinofagia y disfagia, sin estridor ni dolor torácico

Exploración y pruebas complementarias

A nivel oral se aprecia mucosa hiperémica sin lesiones a destacar, con permeabilidad de la vía aérea, sin disnea ni uso de la musculatura accesoria, con saturaciones del 100% al aire ambiente.

La paciente fue trasladada en Unidad de Vigilancia Intensiva móvil al hospital de referencia. Ante la ausencia de distrés respiratorio, se realizó tomografía axial computarizada toracoabdominal descartándose perforación. En las siguientes 24 horas la endoscopia evidenció una mucosa esofágica friable y congestiva con fibrina en su superficie que se desprendía al roce con el tubo. Ante los hallazgos el estudio esófago baritado reveló una estenosis esofágica que precisó dilataciones sucesivas con sonda de Savary

Juicio clínico

Intento autolítico por sosa cáustica

Diagnóstico diferencial

Perforación esofágica, neumoperitoneo, mediastinitis.

Comentario final

En los siguientes meses la paciente consultó por disfagia continua solamente tolerando líquidos y comida triturada

Ante la necesidad continua de dilataciones se decidió colocar endoprótesis esofágica biodegradable dado el menor riesgo quirúrgico de este tipo de material

Es primordial conocer los antidotos clásicos frente a las intoxicaciones más frecuentes, pero de igual forma es igual de importante el concepto *primum non nocere*; dado que en este caso un lavado gástrico o el uso de carbón activado hubiese tenido consecuencias muy graves en la evolución del caso

Bibliografía

- M. Sánchez Cazalilla, A. J. Lucendo. Sección de Aparato Digestivo. Hospital General de Tomelloso. Tomelloso. Ciudad Real. Otras esofagitis. Etiología infecciosa y tóxica/cáustica. Esfagitis eosinofílica. *Medicine*. 2012; 11: 13-25
- F. J. Montero Pérez, E. Pérez Rodríguez, M. L. Vignote Alguacil, L. Jiménez Murillo y A. Poyato González. Intoxicación aguda por la ingesta de cáusticos. En: *Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación*. 4ªed. Barcelona: Elsevier; año 2010. 707-710.

414/268. Evolución tórpida de una talalgia

Autores:

F. Hinojosa Fuentes¹, M. Rodríguez Chaves², J. Hinojosa Gallardo¹.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Equipo Básico de Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica Huelva Centro. Huelva, ²Médico de Familia. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva.

Descripción del caso

Paciente varón de 68 años que consulta en nuestro centro de salud por dolor en talón izquierdo tras infiltración de triamcinolona acetónido hace dos semanas en seguro privado por una fascitis plantar.

Exploración y pruebas complementarias

Ausencia de hematoma o equimosis, apoyo plantar preservado, no crepitación a la palpación en hueso calcáneo,, reflejo aquileo discretamente abolido en comparación con el contralateral, maniobra de Thompson negativa.

En la radiografía lateral de tobillo se apreció una falta de continuidad en el tendón de Aquiles gracias a la interfase creada entre esta misma y la grasa de Karger.

Juicio clínico

Rotura parcial aquilea

Diagnóstico diferencial

Síndrome túnel tarsiano, fracturas de insuficiencia del calcáneo, osteonecrosis del calcáneo.

Comentario final

Se procedió a la derivación al servicio de urgencias para ecografía urgente que confirmó el diagnóstico de presunción, por lo que se procedió a tratamiento conservador con inmovilización a través de férula inguinopédica

Conocer la anatomía es primordial de cara a la interpretación de imágenes radiológicas, donde no solamente visualizamos estructuras óseas, sino también partes blandas, que nos permitan realizar un diagnóstico de presunción muy certero.

Un buen conocimiento del ecógrafo en atención primaria no solo nos hubiera permitido confirmar nuestra sospecha, si no también servirnos de guía para infiltrar las fibras musculares dañadas, respetando en todo momento el tendón, evitando su infiltración accidental.

Bibliografía

- F. J. Sanz Hospital. Vascularización del tendón de Aquiles. *Revista Española del Pie y Tobillo*, XVIII (1) (2004), pp. 62-70
- Balint PV, Kane D, Wilson H, McInnes IB, Sturrock RD. Ultrasonography of enthesal insertions in the lower limb in spondyloarthropathy. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2002; 61 (10): 905-910.

414/273. Se me olvidaba doctor el calorcito de esta mañana

Autores:

J. Hinojosa Gallardo¹, M. Rodríguez Chaves², F. Hinojosa Fuentes¹.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Equipo Básico de Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica Huelva Centro. Huelva, ²Médico de Familia. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva.

Descripción del caso

Paciente varón de 75 años sin antecedentes cardiológicos de interés, que acude a nuestras consultas de atención primaria con una lista de motivos de consultas entre los que destacan gestión de cita con oftalmología para revisión de su faquectomía izquierda, renovación de plantillas para la fascitis plantar, nevus en arco cigomático derecho, dolor en hombro izquierdo reproducible con los movimientos y prescripción de algún mucolítico cubierto por el sistema nacional de salud.

Tras solucionar sus motivos de consultas y acompañarle amablemente a la puerta nos refiere que esta mañana desayunando ha notado un “calorcito” en el centro del tórax con parestesias en ambas manos, que se autolimitó a los 20 minutos mientras se estaba vistiendo.

Exploración y pruebas complementarias

Armados de paciencia, dado que ha consumido con creces los cinco minutos de consulta, decidimos realizar una exploración física que resulta anodina y pedimos a la compañera DUE un electrocardiograma donde se aprecia la presencia de ondas T negativas en cara inferior.

Juicio clínico

Angina inestable

Diagnóstico diferencial

Esofagitis, síndrome de Tietze, reflujo gastroesofágico, mialgia

Comentario final

Dado los hallazgos y el diagnóstico de presunción, se traslada al paciente en ambulancia convencional al hospital de referencia para seriación enzimática, confirmando nuestra sospecha.

Este caso pone de manifiesto que nuestra labor del día a día es muy compleja, en tan sólo cinco minutos debemos analizar los múltiples motivos de consulta que nos solicitan los pacientes, estando continuamente en alerta para evitar que omitamos lo verdaderamente importante. Nuestra labor más significativa es desglosar la gravedad de los síntomas inespecíficos y escoger dentro de la marabunta aquello por lo que realmente estamos ejerciendo esta especialidad, de primer choque de atención al ciudadano.

Bibliografía

- UpToDate; 2019 (acceso 9 de mayo de 2019). Disponible en: <http://www.uptodate.com>

414/274. Dolor abdominal en urgencias de Atención Primaria

Autores:

F. Alonso García, J. Uroz Campoy.

Centro de Trabajo:

Unidad de Gestión Clínica Cuevas de Almanzora.

Descripción del caso

Paciente de 31 años con dolor a nivel de abdomen asociado a tiritona y malestar general desde hace 12 horas. No presenta disnea ni dolor torácico. Desde hace tres horas presenta náuseas y fiebre de 38 grados de temperatura. No clínica miccional

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general

Temperatura 37.8 grados

Abdomen blando depresible, doloroso en hipocondrio derecho, Murphy positivo

Ruidos abdominal presentes

Sin focalidad neurológica

Ecografía abdominal AP: hígado de morfología y eco estructura conservada, a nivel de vesícula se aprecia pared de 4 mm y Murphy positivo al pasaje de sonda convex, no líquido libre, no litiasis en su interior

Juicio clínico

Cólico biliar complicado

Diagnóstico diferencial

Colecistitis

Coledocolitiasis

Hepatitis

Cólico biliar simple

Comentario final

Se canalizo vía venosa con analgesia mejorando la clínica del paciente.

Fue derivada al SUH para prueba complementaria pasando la paciente a observación, se confirmó por parte de radiología el engrosamiento de pared vesicular y sin presencia de litiasis en su interior.

La paciente pasó la noche en observación hasta ser valorada por cirugía dándole de alta y nueva revisión en dos meses

Bibliografía

- Giménez Murillo, Manual de Urgencias y Emergencias

414/275. Causa común desconocida de ictus en persona joven

Autores:

R. Curado Castaño¹, J. Caballero Lopez², R. Romero Borrego³.

Centro de Trabajo:

¹Servicio de Urgencias de Atención Primaria. Alcalá de Guadaira. Sevilla, ²Servicio de Urgencias de Atención Primaria Enfermería. Utrera. Sevilla, ³Servicio de Urgencias de Atención Primaria. Medico de familia. Utrera. Sevilla.

Descripción del caso

Mujer de 40 años, con antecedentes de fibromialgia, hipotiroidismo y toma de anticonceptivos orales. Llama a 061

por cuadro de disartria, pérdida de fuerza y relajación de esfínteres de forma súbita. Activan al Servicio de

urgencia de atención primaria- Equipo movilizable para acudir a su domicilio. No otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias

La paciente se encuentra consciente, orientada y colaboradora. Pupilas normales y reactivas. Pérdida de fuerza

en hemicuerpo izquierdo 6/6, desviación de la comisura bucal a derecha y disartria. Auscultación cardi-respiratoria

buen murmullo vesicular con desdoblamiento de segundo tono y soplo sistólico en foco pulmonar.

Constantes: tensión arteria 150/90; Glucemia: 108; Temperatura: 36; Saturación O2: 98%

Electrocardiograma: ritmo sinusal 78 latidos/minuto con rSR' en V1

Escala de Rankin: 0; Cincinnati: 3 puntos alterados; NIHSS: 13

Se activa Código Ictus y trasladamos a la paciente al hospital.

Realización de tomografía: Isquemia en territorio de arteria cerebral media.

Se realiza de tromboectomía tras la cual la paciente presenta un NIHSS: 0

Estudio del origen embolígeno del ictus: Test de Burbuja: Positivo

Juicio clínico

Ictus isquémico embolígeno secundario a foramen oval permeable.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de conversión

Hipoglucemia

Encefalopatía Hipertensiva

Esclerosis Múltiple

Del origen embólico: Toma de anticonceptivos, arritmias, cardiopatías estructurales.

Comentario final

El foramen oval permeable esta presente en el 15-25% de la población y es responsable del 35-50% de los ictus

criptogénicos especialmente en jóvenes por lo que debe de ser tenido en cuenta en pacientes con estas características.

En este caso también debemos de contemplar la toma de anticonceptivos que aumentan en un 30% el riesgo de

este tipo de episodios.

La activación del código ictus llevo a una rápida actuación y a que la paciente quedara sin secuelas neurológicas.

Recordemos que el tiempo es cerebro.

Bibliografía

- Trombo a través de foramen oval permeable: embolia paradójica cerebral y factores de riesgo de recurrencia. Caso clínico. Fuentes Latorre E, Vidal Hagemeijer B
- Revista Medica de Chile 2018; 146 (10): 1210-1214
- Permanencia del foramen oval permeable en pacientes jóvenes con accidentes isquémicos cerebrales de causa desconocida
- Mesa D, Franco M, Suarez de Lezo J
- Revista Española de Cardiología 2003; 56 (7): 662-668

414/276. El ejercicio no siempre es sano

Autores:

R. Curado Castaño¹, J. Caballero Lopez², R. Romero Borrego³.

Centro de Trabajo:

¹Servicio de Urgencias de Atención Primaria. Alcalá de Guadaira. Sevilla, ²Servicio de Urgencias de Atención Primaria Enfermería. Utrera. Sevilla, ³Servicio de Urgencias de Atención Primaria. Médico de familia. Utrera. Sevilla.

Descripción del caso

Paciente mujer de 21 años, sin antecedentes personales de interés. Acude al servicio de urgencias de atención primaria por cuadro de dolor e inflamación en ambos brazos de dos días de evolución. No presenta fiebre. Dolor a la movilización. Refiere que el día anterior presentaba más dolor pero que ha mejorado parcialmente desde el inicio. La inflamación había aumentado desde el inicio. No sabe precisar si presentaba alteraciones en la diuresis. No otra sintomatología asociada. Como dato de interés comenzó con este cuadro varias horas después de sesión intensa en el gimnasio con un entrenador personal. No realizaba deporte previamente. Inició sesión intensa deportivas, sin sesiones previas de acomodación

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración se objetiva inflamación en ambos brazos y antebrazos, con dolor a punta de dedo. puede movilizar ambos miembros tanto en dorsiflexión como en rotación. Pulso radial lleno y mantenido. Buen relleno capilar. No presenta inflamación a nivel de torax ni cuello. Auscultación cardiorespiratoria a buen ritmo cardiaco, sin soplos ni extrasístoles. Buen murmullo vesicular sin crepitantes ni sibilancias. Orofaringe sin alteraciones. Auscultación neurológica sin alteraciones, sin objetivar soplo carótideo ni ingurjitación yugular.

Se deriva a urgencias hospitalarias donde se procede a realizar hemograma y bioquímica. El hemograma es completamente normal. La bioquímica presenta Urea 31 mg/dl, creatina a 0, 57 mg/dl, creatin quinasa 20741 U/L, sodio 143 mEq/l y potasio 3, 7 mEq/l.

Juicio clínico

Rabdomiolisis

Diagnóstico diferencial

Trombosis de la vena yugular

Trombosis de la vena subclavia

Edema en esclavina

Angina de Ludwig

Infarto de miocardio

Miopatía inflamatoria

Comentario final

La actual tendencia a la realización del ejercicio es favorable para alcanzar mejoras en nuestra salud a través del estilo de vida, pero hay que dejar claro a la población que el ejercicio debe ser adaptado a nuestra capacidad y estado de salud. Un inicio progresivo en la consecución de objetivos es necesario.

En definitiva el inicio progresivo, el acondicionamiento a nuestras capacidades y el sentido común serán necesarios para el inicio de la práctica deportiva

Bibliografía

- Giannoglou GD, Chatzizisis YS, Misirli G. The syndrome of rhabdomyolysis: Pathophysiology and diagnosis. Eur J Intern Med 2007; 18: 90.
- Khan FY. Rhabdomyolysis: a review of the literature. Neth J Med 2009; 67: 272.

414/286. Vasculitis leucocitoclastica, a propósito de un caso

Autores:

M. Montilla Álvaro¹, A. Delgado Vidarte², C. García Ruíz³, C. Chamorro González-Ripoll⁴, M. de la Rosa Martín⁵.

Centro de Trabajo:

¹Médico de Familia. Centro de Salud de Los Rosales. Huelva., ²Médico de Familia. Centro de Salud La Orden. Huelva., ³Médico de Familia. Centro de Salud Matalacañas. Huelva., ⁴Médico de Familia. Centro de salud Palos. Huelva., ⁵.

Descripción del caso

Mujer de 87 años. HTA y DM tipo 2. Fibrilación auricular anticoagulada con sintrom.

La paciente comienza con lesión interdigital ampollosa en pie derecho que impresiona de sobreinfectada iniciándose tratamiento con amoxicilina/clavulanico y curas locales con mala evolución. A los 2-3 días comienza con lesiones purpúricas en abdomen y al día siguiente presenta púrpura en ambos MMII. Ante la sospecha de vasculitis se deriva a urgencias siendo dada de alta con cita rápida en consultas externas de medicina interna modificándose tratamiento a cefalexima. El cuadro continúa empeorando por lo que se decide nueva derivación y finalmente se cursa ingreso en planta.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración presenta lesión interdigital ampollosa entre 2-3 dedos del pie derecho con eritema y secreción serohemática que se acompaña de lesiones purpúricas que no desaparecen con la vitropresión en ambos MMII y abdomen. Resto de la exploración por aparatos anodina.

Análítica dentro de la normalidad salvo PCR 34. 8, Cr 1.16 y urea 84. Estudio de Autoinmunidad: ANA positivo 1/80. AC anticitoplasma de neutrófilos perinucleares positivo 1/20.

Cultivo del absceso: se aísla *Morganella morganii* resistente a cefuroxima, ampicilina y amoxicilina/Clavulanico.

Durante el ingreso se inicia tratamiento con piperacilina/tazobactam cambiando posteriormente a ciprofloxacino y corticoides con mejoría progresiva de la celulitis y de la púrpura.

Al alta deflazacort 30 en pauta descendente y ciprofloxacino 500 mg/12h durante 7 días.

Juicio clínico

Vasculitis leucocitoclastica

Diagnóstico diferencial

Vasculitis Primaria

- Vasculitis de pequeño, mediano y gran vaso
- Mediadas por Inmunocomplejos
- Asociadas a ANCA

Vasculitis Secundaria

- Fármacos
- Infecciones
- Enfermedades AI
- Paraneoplásicas
- Otras

Comentario final

Las vasculitis leucocitoclásticas, también denominadas vasculitis por hipersensibilidad, son vasculitis de vasos de pequeño calibre, también se ha denominado vasculitis cutánea, vasculitis inducida por fármacos, alérgica, de vasos de pequeño calibre y venulitis necrosante.

Pueden ser primarias o secundarias y el síntoma más característico es la púrpura palpable localizada fundamentalmente en los miembros inferiores.

Bibliografía

- Pulido-Pérez, J. A. Avilés-Izquierdo, R. Suárez-Fernández. Vasculitis cutáneas. *Actas Dermosifiliogr.*, 103 (2012), pp. 179-191.
- M. R. Goeser, V. Laniosz, D. A. Wetter. A practical approach to the diagnosis, evaluation, and management of cutaneous small-vessel vasculitis. *Am J Clin Dermatol.*, 15 (2014), pp. 299-306

414/301. Trampantojo en Medicina

Autores:

N. Jiménez Muñoz¹, J. Gasset Giráldez², M. Sellamito Morales³.

Centro de Trabajo:

¹Directora de la Unidad. Centro de Salud de Nerja. Málaga., ²Médico de familia. Unidad de Gestión Clínica Nerja. Área de Gestión Sanitaria Málaga-Este Axarquía, ³Directora de la Unidad Centro. Centro de salud de Vélez Málaga Sur. Málaga.

Descripción del caso

Paciente de 47 años que consulta por la aparición de tumoraciones en las mamas, objetivándose en CSE de mama izquierda una lesión de 4 cm y en CIE de

Mama derecha una de 2 cm. Se solicitan pruebas de imagen de la mama y analítica.

Un mes después, consulta por la presencia de distintas tumoraciones en espalda y en EESS, siendo remitida a cirugía menor para su extirpación, con sospecha de lipoma/quiste sebáceos.

Exploración y pruebas complementarias

Analítica: hemograma y bioquímica normales.

P. imagen mamas: mamografía y ecografía: Lesiones nodulares bilaterales, más numerosas en mama izquierda, siendo la de mayor tamaño en CSE. Hallazgos compatibles con BIRADS 3 en ambas mamas, recomendando estudio con PAAF de las lesiones palpables.

PAAF: se puncionan dos nódulos siendo el resultado compatible con fibroadenomas. Se reseña que se trata de lesiones con marcada celularidad proliferantes, por lo que se aconseja seguimiento/estudio histológico.

Valorada por la Unidad de Mama del S. de Cirugía se inscribe en LEQ para exéresis de tumores benignos de mamas.

En Cirugía Menor de AP se procede a extirpar dos tumoraciones cutáneas, una en región cervical de 2. 5 cm y otra en brazo izquierdo de 2 cm remitiéndose las lesiones a Anatomía Patológica para estudio.

Juicio clínico

Metástasis de melanoma

Diagnóstico diferencial

Quistes epidermoides. Lipoma. Enfermedades inflamatorias. Neurofibromas. Tumores cutáneos malignos. Metástasis cutáneas de tumores malignos.

Comentario final

El resultado de las pruebas de imagen y del PAAF de las mamas hacían que la sospecha diagnóstica fuera de lesiones benignas.

La exploración de las tumoraciones cutáneas que habían aparecido prácticamente coincidiendo con los nódulos en las mamas tampoco hacían nos hicieron pensar en un diagnóstico de malignidad.

Sin embargo, el hecho de que dichas lesiones hubieran aparecido súbitamente en una paciente que no tenía antecedentes de lesiones similares previas, nos despertó cierta inquietud, motivo por el que fue citada en Cirugía Menor del Centro de Salud de forma preferente, solicitando estudio AP que fue el que nos llevó al diagnóstico final.

Bibliografía

- Fitzpatrick. Atlas en color y sinopsis de dermatología clínica. Ed. Mc Graw-Hill. 2001
- Elsevier Atención primaria. Vol 33. Nº 6. pág 293-355. Abril 2004

414/303. Un caso atípico de odontalgia

Autores:

M. Morán Rocha, A. Filellas Sierpes.

Centro de Trabajo:

Médico de Familia. Bollullos par del Condado. Huelva.

Descripción del caso

Paciente de 44 años con antecedentes personales de: Síndrome de Poland intervenido en la infancia, accidente de tráfico con fractura de huesos propios intervenido con prótesis metálicas en 1997. Acude a consulta de su médico por tumoración en hemicara izquierda y odontalgia. Se pauta tratamiento con antibioterapia y AINES, es derivado a odontología. Valorado en dicha consulta se solicita valoración por Maxilofacial por mala evolución tras diferentes pautas de antibioterapia (diciembre 2018). En maxilofacial, aconsejan extracción de pieza dental fracturada por absceso periapical, pautan corticoides orales. En Febrero 2019 derivado de nuevo a urgencias de Maxilofacial por aumento de tumoración, exoftalmos y visión borrosa. Solicitan TAC programado y drenan celulitis nasogeniana (Febrero 2019). En esta fecha presenta fractura diafisaria de húmero tras "un giro brusco", rechaza intervención, en revisión detectan imagen lítica el hueso.

Exploración y pruebas complementarias

Aumento de partes blandas en hemicara derecha, con abombamiento de vestíbulo cuadrante superior derecho.

PPCC: TAC de cara-cuello: masa hipercaptante infiltrante de masa de partes blandas de aspecto neoplásico que se extiende hasta hueso, cornetes derechos, celdillas etmoidales.

Serologías negativas VIH, VHB y VHC y positivas para CMV, VVZ y VEB.

Diagnóstico por biopsia.

Juicio clínico

Linfoma difuso de células grandes B, variante plasmablastico

Diagnóstico diferencial

- Celulitis odontógena.
- Celulitis nasogeniana en probable relación con placa de osteosíntesis antigua.
- Neoplasia de partes blandas.

Comentario final

Originalmente descrito en cavidad oral en pacientes VIH positivos, el linfoma plasmablastico puede ocurrir en otros sitios extraganglionares: senos nasales, órbita, piel, hueso, partes blandas y en pacientes VIH negativos. La mayoría de los pacientes están infectados por el VEB. Esta entidad es un desafío diagnóstico con un tratamiento agresivo de mal pronóstico. Este caso nos recuerda la importancia de ampliar el d/d desde Atención Primaria ante la evolución de la clínica y respuestas a tratamientos.

Bibliografía

- Basquiera A, Márquez M, Vijnovich A. Linfoma difuso de células grandes B. Sociedad Argentina de Hematología (SAH) Guía 2012 2012.
- Alvarez E, Gunthera M, Hernández P, Misad C. Revisión sistemática del linfomaplasmablastico intraoral en paciente con virus de la inmunodeficiencia humana. A propósito de un caso. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. 2017.

Casos Clínicos

Póster Médico Residente

414/1. Doctora, ¿Seré Celiaco?

Autores:

M. Oliva Márquez¹, M. Díaz Cordero², M. Ríos Carrasco³, J. Gonzalez Aguilera⁴, C. Ramírez Sánchez⁵, C. Melado Prenda⁶.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año. Centro de Salud Moguer. Huelva., ²Huelva., ³Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Cartaya. Huelva., ⁴Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Isla Chica. Huelva., ⁵Centro de Salud de Moguer., ⁶Médico Residente 4º año. Centro de Salud Adoratrices. Huelva.

Descripción del caso

Paciente de 30 años, AP: VHS1. No realiza tratamiento habitual. Consulta por lesiones en zonas de extensión de ambos brazos de un año de evolución, que inicialmente trato con antimicóticos sin mejoría, posteriormente con corticoides con mejoría parcial, pero que tras retirada volvían a aparecer.

No ha presentado nunca intolerancia digestiva al gluten, niega síntomas intestinales. Ocasionalmente episodios de herpes simple. Ante la sospecha de dermatitis herpetiforme, ha realizado dieta sin gluten durante un año con mejoría significativa de las lesiones, aunque en el último mes han vuelto a aparecer las lesiones, por lo que ha retomado el gluten en la dieta y acude para solicitar estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Análisis realizado hace un año:

Hemograma con las tres series normales.

- Bioquímica con función renal e iones normales, enzimas hepáticas normales, PCR normal, FR normal, hierro y calcio normales, tiroides normal, Ac Anti-transglutaminasa normal. HLA-DQ8 +.

Se procede a la realización de biopsia con IF.

Pendiente de resultados de biopsia.

Juicio clínico

Dermatitis herpetiforme VS eccema numular.

Diagnóstico diferencial

Dermatitis herpetiforme

Eccema numular

Eritema multiforme

Herpes circinado

Comentario final

La dermatitis herpetiforme es una enfermedad papulo-vesicular crónica, poco frecuente, caracterizada por una erupción pruriginosa, con lesiones simétricas eritematosas, que se producen en zonas de extensión, mas frecuente en varones jóvenes. La enfermedad está fuertemente asociada con la presencia de antígenos HLA-B8 y HLA-DR3. Se ha detectado una variedad de diferentes autoanticuerpos en pequeños números en pacientes con dermatitis herpetiforme. Es una enfermedad bullosa que no tiene relación con el herpes. Puede estar relacionada con la celiaquía, y mejora con corticoides tópicos y dieta sin gluten.

Bibliografía

- Hull, CM, Liddle M, Hansen N, Meyer LJ, Schmidt L, Taylor T et al. Elevation of IgA
- anti-epidermal transglutaminase antibodies in dermatitis herpetiformis. Br J Dermatol
- 2008; 159: 120-4.
- Jaskowski TD, Hamblin T, Wilson AR, Hill HR, Book LS, Meyer LJ et al. IgA anti-epidermal transglutaminase antibodies in dermatitis herpetiformis and celiac disease. J Invest
- Dermatol 2009; 129: 2728-30.
- Korponay-Szabo IR, Vecsey Z, Kiralat R, Dalhborg I, Chirido F, Nemes E et al. Deaminated
- gliadin peptides form epitopes that antitransglutaminase antibodies recognize. J Pediatr
- Gastroenterol Nutr 2008; 46: 253-61.

414/4. Otras causas de síncope

Autores:

M. Torrejón Clavijo.

Centro de Trabajo:

Centro de Salud Cartaya. Huelva.

Descripción del caso

Mujer de 71 años con cuadro emético que sufre síncope con pérdida de conocimiento de segundos de duración, con recuperación completa posterior. Dolor en hombro izquierdo desde el día previo. Pérdida de apetito y de peso de unos 10 kg desde hacía 4 meses. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias

BEG. BHYP, Eupneica

ACR: Rítmico sin soplos. MVC sin ruidos patológicos

Abdomen anodino

Neuro: COC, PINLA, MOEC, No focalidad neurológica. No signos meníngeos.

MMII sin edemas ni signos TVP.

ECG: RS a 100lpm, sin alt repolarización

ANALITICA: Destaca leucocitosis de 18190. GUIC normal. Troponina T normal. Dímero D 6127

ANGIOTC TORAX: Neoplasia pulmonar perihiliar izquierda. Moderado derrame pericárdico y pleural bilateral. No signos de TEP.

Estando en planta presenta episodio de hipotensión y cianosis central destacando apagamiento de tonos cardíacos por lo que se realiza ecocardiograma observándose taponamiento cardíaco de probable etiología tumoral.

FIBROBRONCOSCOPIA: Obstrucción endobronquial para LSI completo y parcial LII.

BIOPSIA: Adenocarcinoma.

TC TORAX Y ABDOMEN: Neoplasia pulmonar hiliar izquierda con metástasis hepáticas, suprarrenal y óseas.

Juicio clínico

Adenocarcinoma de pulmón

Diagnóstico diferencial

Otras causas de síncope: vasovagal, neuromediado, cardiogénico, etc

Comentario final

El síncope, definido como una pérdida transitoria de conciencia que cursa con recuperación espontánea y sin secuelas que se debe a una hipoperfusión cerebral general y transitoria, es un cuadro clínico muy prevalente. Esta definición permite diferenciar el síncope de otras entidades que cursan con pérdida de conciencia transitoria, real o aparente, en las que el mecanismo no es una hipoperfusión cerebral, como la epilepsia, las caídas accidentales o el pseudosíncope psiquiátrico.

Ante un episodio sincopal hay que destacar la importancia de una detallada anamnesis y exploración física lo cual nos orientará hacia la posible causa del síncope y a guiar las pruebas complementarias en función del tipo de síncope que nos encontremos.

Bibliografía

- Moya-i-Mitjans, A. et al (2012). Síncope. Revista Española de Cardiología, 65 (8). 755-65.
- Jiménez Murillo, J et al. Síncope. En: Jiménez Murillo, Javier. Medicina de urgencias y emergencias (5 ed). Barcelona: Elsevier, 2015. p 363-367.

414/5. Dolor abdominal de corta evolución

Autores:

M. Torrejón Clavijo.

Centro de Trabajo:

Centro de Salud Cartaya. Huelva.

Descripción del caso

Hombre de 58 años, sin AP de interés, que acude por dolor en FRD irradiado a FID de un día de evolución junto con fiebre de 38. 5º. No vómitos ni alteración

del hábito intestinal. No clínica miccional. No síndrome constitucional.

Exploración y pruebas complementarias

EXPLORACIÓN: BEG, BHYP, Eupneico. Hemodinámica estable

ACR: Rítmico sin soplos. MVC sin ruidos patológicos.

Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación de flanco y FID con defensa a este nivel. No masas ni megalias. RHA conservados.

MMII sin edemas, no signos de TVP

PPR derecha positiva

ANALÍTICA:

HG: Leucocitosis de 20000 con neutrofilia, Hb 10.5.

- BQ: GUIC normal. PCR 222.

- ORINA: Normal

ECOGRAFIA/TAC ABDOMEN: Plastrón inflamatorio con imagen de colección abscesificada a nivel de ciego cuyas posibilidades diagnósticas incluyen proceso inflamatorio (apendicitis perforada) vs proceso neoplásico.

Se ingresa en cirugía realizándose Hemicolectomía derecha y enviándose muestra a AP con resultado de Adenocarcinoma de Ciego moderadamente diferenciado T4N0M0.

Juicio clínico

Adenocarcinoma de ciego moderadamente diferenciado

Diagnóstico diferencial

Otras causas de dolor en FID y FRD junto con fiebre: apendicitis perforada, pielonefritis aguda, etc.

Comentario final

El dolor abdominal agudo es uno de los motivos de consulta de mayor frecuencia en las consultas de AP y de Urgencias de nuestro ámbito sanitario. Destacar la importancia de una completa anamnesis y exploración física para poder enfocar el diagnóstico y, por tanto, las pruebas complementarias a realizar en función de este.

Destacar que alrededor de un 50% de dolores abdominales quedan sin diagnóstico al alta. Aún así es de vital importancia poder descartar que se trate de un abdomen agudo dado el riesgo vital que tiene para el paciente.

Bibliografía

- Méndez Alonso, MA. No todo dolor en FID es una apendicitis. Elsevier radiología. 2014. 56 (Espec Cong): 406
- Jiménez Aranda, L. et al. Dolor abdominal en urgencias (internet). Disponible en: <http://www.medy-net.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/dolorabd.pdf>

414/6. Ten paciencia, la lumbociática puede tardar en curarse

Autores:

M. Fernández Muñoz.

Centro de Trabajo:

Centro de Salud Puerta Blanca. Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Descripción del caso

Varón de 41 años, sin antecedentes de interés, acude varias veces a su médico por dolor a nivel de glúteo derecho, que se extiende a lo largo de la pierna. Se diagnostica de lumbociática. Acude varias veces durante meses por no mejoría de la sintomatología, a pesar del tratamiento sintomático. Refiere bultoma a nivel del glúteo derecho, que su médico achaca a contractura muscular.

Se pide radiografía lumbar y de pelvis, sin interés, salvo material fecal en hemiabdomen derecho.

Acude varias veces a urgencias por el dolor, donde también le realizan radiografía, similar a previa. Finalmente, tras muchas consultas y no mejoría del dolor, se realiza TAC abdominal en urgencias, objetivando extensas lesiones líticas en pala iliaca derecha, que simulaban material fecal en radiografía. También se observa tumoración de partes blandas en glúteo derecho. Se ingresa a cargo de Medicina Interna para estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Dolor a la palpación en glúteo derecho, con contractura muscular a dicho nivel. Signo de Lasegue +

Radiografía abdomen: presencia de material fecal en hemiabdomen derecho, sin otras alteraciones.

TAC abdominal: lesiones líticas oseas en pala iliaca derecha y tumoración en glúteo derecho.

Serología y biopsia

Juicio clínico

Sarcoma de Kaposi.

VIH

Dolor neuropático tipo lumbociática, por compresión de masa tumoral

Diagnóstico diferencial

Lumbociática por otras causas, tales como hernia discal, o contractura muscular.

Comentario final

La lumbociática es una patología muy frecuente en nuestro medio, molesta para el paciente, y efectivamente a veces tarda mucho tiempo en resolverse, por lo que el paciente consulta al médico varias veces. Sin embargo, como en todas las patologías, lo más importante es la clínica del paciente, y cuando lleva demasiado tiempo, y no mejora con ningún tratamiento, hay que estudiar la base la causa del problema. Las pruebas complementarias pueden engañarnos, como la radiografía en este caso, lo más importante es la clínica.

Bibliografía

- Jimenez Murillo L, Montero Perez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias.

414/15. Lo que hay detrás de los síncope en pacientes con síndrome de Down.

Autores:

G. Gómez Gómez.

Centro de Trabajo:

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud Huelva Centro. Huelva.

Descripción del caso

Antecedentes personales:

Paciente varón de 21 años con Síndrome de Down, dispepsia y estreñimiento.

Enfermedad actual:

Durante las últimas dos semanas, tuvo dos episodios de pérdida de conocimiento de menos de un minuto de duración, mientras se encontraba en bipedestación realizando una actividad de baja intensidad. En ambos episodios noto un mareo previo y relajación esfínteres. Cuando se recuperó, tuvo cefalea. No presentó convulsiones ni confusión postcrítica ni dolor centrotorácico.

Exploración y pruebas complementarias

La tensión arterial es de 87/52 mmHg y la frecuencia cardiaca es de 48 lpm.

El ECG muestra un ritmo sinusal bradicárdico a 45 lpm, sin otros hallazgos de interés. Se decide remitir al paciente a urgencias, desde donde ingresa para completar el estudio. La ecocardiografía y el Holter de ritmo resultaron ser normales. En la ergometría, como único hallazgo reseñable, encontramos una incompetencia cronotrópica.

Juicio clínico

Síncope de repetición por hipotensión ortostática asociado a una disfunción autonómica del corazón.

Diagnóstico diferencial

Lo primero es diferenciar es una pérdida de conciencia no sincopal (de origen neurológico o psiquiátrico) o un síncope. Y dentro de los síncope, si se trata de un síncope situacional, por hipotensión ortostática o cardiogénico.

Comentario final

En pacientes con síndrome de Down son frecuentes las malformaciones cardiacas, pero también las disfunciones autonómicas del corazón. Puede existir

una activación simpática atenuada frente a un aumento de la demanda cardíaca, por lo que el corazón no es capaz de aumentar lo suficiente la frecuencia cardíaca y pueden desencadenar síncope.

Por esta razón, en pacientes con síndrome de Down y síncope de repetición, se debe descartar una etiología cardiológica, incluso cuando no exista patología estructural ni arritmias.

Bibliografía

- Rodríguez Mendieta Ligia Helena, Quitian Moreno Jerson and Mora Pabon Guillermo. Descripción de un caso de bradiarritmia en pacientes con síndrome de down sin enfermedad cardíaca congénita. rev. fac. med. [online]. 2017, vol. 65, n. 2, pp. 363-366. issn 0120-0011. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.57433>

414/16. No es sólo un catarro

Autores:

M. Mené Llorente¹, A. Hidalgo Rodríguez², I. Rego García³, M. de Cruz Benayas⁴, J. Rodríguez Aguirre⁵, D. Martín Enguix⁶.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 3º año. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada., ²Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada., ³Médico Residente 3º año de Neurología. Hospital Neurotraumatológico. Granada., ⁴Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Casería de Montijo. Granada., ⁵Médico de Familia. Centro de Velutti. Granada., ⁶Centro de Salud Casería de Montijo.

Descripción del caso

Paciente de 37 años fumador de 17 paquetes/año. Sin antecedentes.

Acude al Centro de Salud por cuadro catarral que manejamos con tratamiento sintomático. A la semana, presenta pico febril (38, 5º) y 2 semanas después, reinicia fiebre, malestar general, molestia cervical anterior y aumento de tos con esputo marrónceo.

No refiere pérdida de peso o de apetito, sólo astenia leve los últimos meses. Prescribimos pauta con amoxicilina-clavulánico 10 días y solicitamos analítica y radiografía de tórax.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Orofaringe sin exudados. Adenopatía cervical izda. Auscultación cardiorespiratoria normal. Analítica con leucocitosis 12660 (74% neutrófilos), PCR 140 mg/L. LDH, Calcio, T4 y TSH normales. Rx: hiperdensidad mediastínica dcha.

Ante resultado radiológico, se deriva a Urgencias. Allí, es ingresado a cargo de Medicina Interna y se le realiza TAC y ecografía donde se aprecia tiroides "con abundantes nódulos con componente sólido y calcificaciones, y adenopatías múltiples con microcalcificaciones y degeneración quística". Ante la alta sospecha de neoplasia maligna, se realiza PAAF ecoguiada que diagnostica: carcinoma papilar de tiroides. Tras presentarse en Comité Multidisciplinar, se decide tiroidectomía total con vaciamiento central y lateral bilateral.

Juicio clínico

Masa mediastínica anterior

Diagnóstico diferencial

Bocio multinodular, tiroiditis, tumor tiroideo, teratoma, timoma, linfoma.

Comentario final

Las lesiones ocupantes de espacio en mediastino anterior pueden dividirse en procesos inflamatorios y lesiones expansivas. Dentro de éstas, las más frecuentes son el timoma, teratoma, linfoma y neoplasias tiroideas.

En ocasiones se presentan con síntomas compresivos (dolor, tos o disnea) o sistémicos (por síndromes paraneoplásicos), pero normalmente son asintomáticas, siendo su diagnóstico incidental por medio de una radiografía. Por ello, es de gran importancia conocer los signos radiológicos que orientarán la localización y diagnóstico diferencial de la lesión, siendo típicos del mediastino anterior el signo cérvico-torácico y signo de la silueta +.

Para el diagnóstico definitivo, serán necesarias otras pruebas (TAC, PET-TC) para definir las características, así como estudio anatomopatológico.

Este caso pretende recordar el diagnóstico diferencial de la patología de mediastino anterior, así como recalcar la importancia de conocer en Atención Primaria los signos radiológicos que nos permitirán una buena aproximación diagnóstica a la patología mediastínica.

Bibliografía

- Romero Peralta S. Protocolo diagnóstico de las masas mediastínicas. Medicine [Internet]. 2014; 11 (67): 4025-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541214708777>

414/17. ¿Quién es usted? ¿qué me ha pasado? ¿dónde estoy?

Autores:

D. Martín Enguix¹, A. Hidalgo Rodríguez², J. Aguirre Rodríguez³, M. Mené Llorente⁴, M. de Cruz Benayas⁵, J. Lacorzana Rodríguez⁶.

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud Casería de Montijo., ²Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada., ³Médico de Familia. Centro de Salud Fortuny. Velutti. Granada., ⁴Médico Residente 3º año. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada., ⁵Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Casería de Montijo. Granada., ⁶Médico Residente 2º año de Oftalmología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Descripción del caso

Paciente, varón de 25 años de edad, que acude urgencias de atención primaria por un episodio de amnesia de una hora de evolución. Refieren sus acompañantes, que estando en su domicilio, ha iniciado de forma brusca un cuadro de desorientación realizando preguntas de forma repetitiva ('¿Dónde estoy?', '¿Qué hago aquí?') y siendo incapaz de recordar aspectos

rutinarios recientes. Tanto la familia como el paciente niega cefaleas, fiebre u otros síntomas intercurrentes en los días previos. Tan solo a destacar que ha sido víctima de una estafa económica y ha permanecido los días previos muy angustiado y ansioso.

No constan AP de interés ni alergias conocidas; niega hábitos tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias

La exploración física por órganos y sistemas era normal. El paciente estaba afebril y con estabilidad hemodinámica. Desde el punto de vista neurológico tan solo destacó desorientación tiempo espacial y amnesia retrógrada y anterógrada.

Una vez explorado, se remite a urgencias hospitalarias con la sospecha de amnesia global transitoria, para realización de pruebas complementarias. Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación normales. Tóxicos en orina negativos. El TAC de cráneo y el EEG no mostraron hallazgos patológicos

Durante las 24 horas de observación, el paciente recuperó progresivamente la fijación de la memoria a corto plazo quedando asintomático, pero sin recordar lo sucedido durante el evento. Es valorado por el neurólogo de guardia quien corrobora la sospecha inicial y remite al paciente de alta sin necesidad de tratamiento ni revisiones.

Juicio clínico

Amnesia global transitoria

Diagnóstico diferencial

Ante una amnesia anterógrada y retrógrada reciente con "desconcierto" debemos pensar en: AGT, epilepsia del lóbulo temporal, insuficiencia vertebrobasilar, contusión cerebral, lesión cefálica, encefalitis, amnesia funcional o intoxicación/consumo de drogas.

Comentario final

El diagnóstico de AGT es clínico y por exclusión de otras causas, es importante la derivación al centro de referencias para realización de pruebas y vigilar evolución. Es una patología poco frecuente, generalmente benigna y no recurrente. Precipitada la mayoría de las veces por actividad física, tensión emo-

cional, inmersión en agua fría o caliente, relaciones sexuales.

Bibliografía

- Spiegel D, Smith J, Wade R, Cherukuru N, Ursani A, Dobruskina Y et al. Transient global amnesia: current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2017; Volume 13: 2691-2703

414/18. Dos eventos embólicos a pesar de una correcta anticoagulación

Autores:

D. Martín Enguix¹, A. Hidalgo Rodríguez², J. Barrios Lopez³, J. Aguirre Rodríguez⁴, M. de Cruz Benayas⁵, M. Mené Llorente⁶.

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud Casería de Montijo., ²Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada., ³Médico Residente 2º año de Neurología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada., ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Fortuny. Velutti. Granada., ⁵Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Casería de Montijo. Granada., ⁶Médico Residente 3º año. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.

Descripción del caso

Mujer de 81 años que contacta telefónicamente con su médico de familia por "torpeza y dificultar para mantenerse de pie" de 12 horas de evolución aproximadamente.

Entre los antecedentes destaca: fibrilación auricular de dos años de evolución anticoagulada con acenocumarol, tiempo en rango terapéutico del 72% (índice de rosendaal). El mes anterior la paciente tuvo un episodio de isquemia arterial aguda en el miembro superior izquierdo que fue tratado mediante embolotomía.

Exploración y pruebas complementarias

En el domicilio de la paciente evidenciamos: paresia facial supranuclear derecha, hemiparesia derecha, preferencia oculocefálica izquierda y hemianopsia

derecha. En ausencia de disartria u otra focalidad neurológica. Puntuación NIHSS: 7. Estable hemodinámicamente

Ante sospecha de ACV derivamos a hospital donde se le realiza Angio-TAC que revela ictus isquémico hemisférico izquierdo con colusión de la ACII, con buena colateralidad en el polígono de Willis. A su llegada tenía un INR de 1,6

Se descartó iniciar trombólisis dado el amplio tiempo desde el inicio de la clínica (> 3,5h) y también trombectomía mecánica dado el alto riesgo de migración del émbolo y la buena colateralidad. Durante el ingreso la paciente presentó una buena evolución neurológica y fue dada de alta a los 7 días, donde está en seguimiento por servicio de neurología y en tratamiento rehabilitador.

Juicio clínico

Ictus isquémico hemisférico izquierdo en paciente anticoagulada con acenocumarol con antecedente embólico previo.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de ictus agudo debe incluir, entre otros; crisis comiciales/convulsiones, migrañas con aura, hipoglucemia, encefalopatía hipertensiva y trastorno por conversión/simulación.

Comentario final

El objetivo de la anticoagulación en pacientes con FA no valvular es la prevención de eventos cardioembólicos, aunque aun habiendo un óptimo control solo se evitan 2/3 de los ACVs. Cuando aparece un evento cardioembólico pese a tiempos en rango adecuados, es conveniente el cambio de anticoagulante. Además, es importante destacar que el uso de los nuevos anticoagulantes orales está asociado con una menor incidencia de sangrados. La elección de un anticoagulante debe regirse en función de las comorbilidades y preferencias de los pacientes.

Bibliografía

- Hans-Christoph Diener, James Aisenberg, Jack Ansell, Dan Atar; Choosing a particular oral anticoagulant and dose for stroke prevention in individual patients with non-valvular atrial fibrilla-

tion: part1, European Heart Journal, Volume 38, Issue 12, 21 March 2017, Pages 852–859, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv643>

414/25. Este síncope necesita un marcapasos

Autores:

A. Martínez Molina, A. Roldán Fernández.

Centro de Trabajo:

Centro de Salud Prosperidad.

Descripción del caso

Antecedentes Personales: HTA en tratamiento con valsartan 80 mg. Anamnesis: Varón de 70 años que acude a Urgencias tras presentar episodio sincopal, con pérdida de conocimiento brusca de unos 20 segundos de duración, sin prodromos y que ha sucedido tras subir cuatro tramos de escalera. El episodio ha sido presenciado por su esposa que niega movimientos tónico-clónicos ni relajación de esfínteres. Recupera totalmente el nivel de conciencia sin presentar estado postcrítico.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración Física: Buen estado general. A la auscultación cardíaca se encuentra rítmico, a baja frecuencia cardíaca (30 lpm) con soplo sistólico en foco aórtico I/VI. Sin otros hallazgos. ECG: Se objetivan Ondas P con frecuencia auricular independiente de QRS. Ritmo de escape infranodal con morfología de QRS ancho a unos 30 lpm. Impresión de BAV completo. T picudas en II, III, aVF y V3-V6. T negativas en V1 y V2,

Juicio clínico

Juicio clínico: BAV completo.

Diagnóstico diferencial

Ante la presencia de síncope hay que realizar un diagnóstico diferencial entre las diferentes etiologías, que pueden ser tres principalmente: un mecanismo neuromediado, un origen cardiogénico (arritmia o algún tipo de cardiopatía estructural) o hipotensión ortostática que puede deberse a una disfunción autonómica

primaria, secundaria a una patología de base o desencadenada por fármacos hipotensores o hipovolemia. En este caso, la ausencia de prodromos, así como la aparición tras sobre-esfuerzo es sugestivo de causa cardiogénica. Ante la presencia de bradiarritmia hay que buscar la existencia de Ondas P en el ecg y la relación de éstas con el complejo QRS.

Comentario final

Al objetivar ecg compatible con BAV y hasta el implante de marcapasos provisional se administrará tratamiento para prevenir el riesgo de asistolia. Se administra perfusión de Aleudrina a unos 15 ml/h. Se decide ingreso en Cuidados intensivos Coronarios para implante de marcapasos transcutáneo. Posteriormente se implanta marcapasos por vía transyugular.

Bibliografía

- Vogler J, Breithardt G, Eckardt L. Bradíarritmias y bloqueos de la conducción. Rev Esp Cardiol. 2012; 65 (7): 656–667. Moya-i-Mitjans A, Rivas-Gándara N, Sarrias-Mercè A, Pérez-Rodón J, Rocca-Luque I. Síncope. Rev Esp Cardiol. 2012; 65 (8): 755-765

414/26. ¿Ves o no ves?

Autores:

E. Sánchez Hernica¹, E. Calatrava López-Ronco², E. Sicilia Barea³, M. Rojas Martínez⁴, I. Villalobos Millán⁵, A. Terrón Sánchez².

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Torcal. Málaga., ²Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torcal. Málaga., ³Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torcal. Málaga., ⁴Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga., ⁵Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Teatinos. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 21 años, de nacionalidad germana, que acude por diplopia de aparición brusca en contexto de caída accidental sin TCE o pérdida de conocimiento. Niega consumo de tóxicos, fiebre u otro antecedente de interés

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, BEG, COC, BHyP, eupneico en reposo, apirético.

Pupilas anisocóricas, derecha más midriática que izquierda y con reflejo fotomotor disminuido. OD en supraducción con restricción a la adducción e infraducción, y nistagmo vertical intermitente. OI en posición aparente normal. Diplopia en determinadas posiciones de la mirada que se exacerba a la mirada a la izquierda. No hemianopsia por confrontación. Resto de exploración neurológica sin alteraciones salvo inestabilidad en la marcha.

Resto de exploración física anodina.

En cuanto a las pruebas complementarias, AS y Rx tórax sin alteraciones (incluyendo etanol y tóxicos en orina negativos). Rx columna cervical con rectificación, sin lesiones agudas. TAC craneal sin alteraciones agudas. PL con salida de LCR claro normotenso, sin alteraciones bioquímicas en la analítica.

Juicio clínico

Parálisis del III par derecho transitoria

Diagnóstico diferencial

Mononeuropatía del tercer par craneal, oftalmoplejía dolorosa, parálisis criptogénica del tercer par craneal, parálisis oculomotora, ptosis palpebral.

Comentario final

Tras 8 horas, coincidiendo con el descanso nocturno, paciente se levanta asintomático, con resolución completa del cuadro agudo. Se recomienda valoración por Neurología de forma programada para vigilar evolución y realización de PPCC en caso de precisar.

Bibliografía

- <http://www.doctorjoseperea.com/images/libros/pdf/estrabismos/capitulo11.pdf>

- <https://salud.groo.gob.mx/revista/revistas/30/05/04.pdf>

- <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/trastornos-neurooftalmol%C3%B3gicos-y-de-los-pares-craneanos/par%C3%A1lisis-de-la-mirada-conjugada>

414/27. Cuadro confusional atípico

Autores:

E. Sánchez Hernica¹, M. Rojas Martínez², E. Sicilia Barea³, E. Calatrava López-Ronco⁴, A. Terrón Sánchez⁴, I. Villalobos Millán⁵.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Torcal. Málaga., ²Centro de Salud Tiro Pichón Málaga., ³Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torcal. Málaga., ⁴Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torcal. Málaga., ⁵Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Teatinos. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 75 años, DABVD, vida cama-sillón. AP de HTA, DL, DM, CI, IRC, EPOC. En tto con AAS, atenolol, metformina, gabapentina, omeprazol, trazodona, tamsulosina, simvastatina

Acude por desorientación y alucinaciones visuales y auditivas de 4 días de evolución, junto a hematuria y disuria desde el inicio, por lo que se encuentra en tto con cefuroxima desde hace 3 días. No fiebre. No cuadro catarral ni digestivo acompañante. No ingesta de tóxicos o medicación psicotrópica. No TCE ni otro antecedente de interés.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, aceptable estado general, desorientado en tiempo y espacio, bien hidratado, eupneico

en reposo. TA 150/80, 58lp, SaO₂ basal 95%. PICNR, poca colaboración del paciente para el resto de exploración neurológica. ACR: MVC, no roces ni ruidos sobreañadidos. Tonos rítmicos. Abdomen blando, depresible, sin masas o megalias ni signos de irritación peritoneal. EEII con edemas con fovea hasta rodillas

En PPCC: AS con hemograma en valores normales, coagulación sin alteraciones, bq con FG 37 y PCR 12, gasometría con pH 7,48, PCO₂ 42. Ao con 150 hematíes, resto negativo, incluidos tóxicos. Serología para virus neutrotropos negativos. Rx tórax sin signos de condensación evidente. TAC craneal sin lesiones agudas. PL con salida de LCR hemático a baja presión, con 3540 leucocitos (75 PMN), xantocromía positiva, PCR negativa. Se realizó RMN programada, que evidenció hematomas subdurales subagudos hemisférico derecho y en hoz interhemisférica derecha con leve efecto masa sobre el ventrículo lateral derecho.

Juicio clínico

Síndrome confusional agudo, secundario a hematomas subdurales subagudos hemisférico derecho y en hoz interhemisférica derecha con leve efecto masa sobre ventrículo lateral derecho

Diagnóstico diferencial

Síndrome confusional agudo secundario a cuadro infeccioso. Síndrome confusional agudo secundario a tóxicos. Encefalopatía hipercápnica.

Comentario final

A pesar de TAC craneal en un primer momento normal, sin TCE aunque con análisis de LCR compatible con hemorragia subaracnoidea, se decide realización de RMN donde se evidencian imágenes de hematomas subdurales subagudos, en relación a complicación de medicación antiagregante que toma.

Tras tratamiento sintomático y suspensión de AAS, paciente fue recuperando estado basal, encontrándose en el momento del alta asintomático.

Bibliografía

- Ferri's Clinical Advisor 2019
- Manual 12 Octubre

414/28. Pero si tengo el azúcar bien...

Autores:

M. Mené Llorente¹, M. de Cruz Benayas², J. Aguirre Rodríguez³, D. Martín Enguix⁴, A. Hidalgo Rodríguez⁵.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 3º año. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada., ²Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Casería de Montijo. Granada., ³Médico de Familia. Centro de Salud Fortuny. Velutti. Granada, ⁴Centro de Salud Casería de Montijo., ⁵Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Descripción del caso

Paciente de 64 años sin AP de interés al que, de forma casual, detectamos en abril 2011 una glucemia basal (GB) 298. Tras incidir en dieta y ejercicio adecuados, se solicita nuevo control con HbA_{1c} al mes, obteniendo: GB 128 y HbA_{1c} 8,9. Las analíticas de seguimiento muestran una GB 128/102 y HbA_{1c} 6,3/6,7, estando todo el resto normal (colesterol, triglicéridos, tiroides). El paciente no se llegó a extraer las posteriores (2013 y 2014) y en su historial no consta ninguna otra visita. En julio 2018 acude por síntomas prostáticos, constatando GB 325, HA_{1c} 12,9, TG 188, por lo que iniciamos tratamiento con metformina. Actualmente se encuentra en tto con metformina y gliclazida, con HbA_{1c} de 6,4% (enero/2019).

Exploración y pruebas complementarias

Aunque se encuentra asintomático, en el fondo de ojo realizado en Atención Primaria se detectan múltiples lesiones sugerentes de retinopatía diabética (hemorragias y exudados algodonosos), por lo que derivamos a Oftalmología, donde se propone tratamiento intravítreo con ranibizumab.

Juicio clínico

Retinopatía diabética severa no proliferativa

Diagnóstico diferencial

Lesiones fondo ojo

Comentario final

La retinopatía diabética (RD) es una microangiopatía retiniana que provoca una pérdida progresiva de visión. En España, la prevalencia en pacientes con DM1 es del 50-65% y del 20-25% con DM2.

Durante las primeras etapas cursa asintomática. Más adelante, los síntomas incluyen: miodesopsias y/o fopsias, pérdida brusca de visión o presencia de cortina oscura.

Su diagnóstico se basa en la medición de agudeza visual y estudio del fondo de ojo.

Las lesiones clásicas incluyen: microaneurismas, hemorragias retinianas, exudados duros (lipídicos) o algodinosos (isquemia), edema macular y neovascularización; hallazgos utilizados para clasificarla en retinopatía no proliferativa/proliferativa.

Diversos factores se han relacionado con su aparición y progresión: duración y tipo de DM, control metabólico, tensión arterial, lípidos, nefropatía, factores genéticos, tabaco/alcohol e índice de masa corporal.

Desde Atención Primaria, es imprescindible recordar que el mejor tratamiento de la RD es su prevención, a través de la promoción de estilos de vida saludables y un seguimiento periódico que mejore los factores arriba comentados, así como su diagnóstico precoz mediante un cribado eficaz.

Bibliografía

- Ruiz de Adana Pérez, R. Retinopatía diabética [Internet]. Fistera; [17 oct 2018; consultado 15 mar 2109]. Disponible en: <https://ws003.junta-deandalucia.es/2113/guias-clinicas/retinopatia-diabetica/>

414/29. Dermatitis y ulceraciones cutáneas en paciente de 69 años.

Autores:

J. León Domínguez¹, A. Díaz Caler², L. Ballesteros Lechuga³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 2º año. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén., ²Médico Residente 1º año. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén., ³Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Gavellar. Úbeda. Jaén.

Descripción del caso

Varón de 69 años con antecedentes de HTA y DL a tratamiento con rosuvastatina y losartan/hidroclorotiazida que acude a Atención Primaria por lesiones cutáneas en tronco y extremidades, comenta prurito asociado y que las lesiones llevan 8 años desde su aparición, siendo diagnosticado de psoriasis en un principio sin especificar tratamientos administrados, niega fiebre u otra sintomatología específica asociada.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física estable, aceptable estado general, en piel presenta dermatosis cutánea diseminada de aspecto monomorfo, placas eritematoinfiltradas, de forma y tamaño variado, numerosas, con escama, costras sanguíneas y exulceraciones, que afectan tronco y extremidades superiores e inferiores.

Se deriva a consultas de Dermatología donde por clínica y aspecto de las lesiones deciden tomar biopsias que muestran placas de linfocitos T atípicos de aspecto cerebriforme, diagnosticando Micosis fungoide en fase tumoral e iniciando manejo integral con corticoides, sesiones de PUVA y derivando al servicio de Oncología para manejo sistémico asociado.

Juicio clínico

Linfoma cutáneo de células T.

Diagnóstico diferencial

- Psoriasis.
- Pioderma gangrenoso.
- Pseudolinfoma.
- Reticuloide actínico.

Comentario final

En la actualidad se trata de un padecimiento poco frecuente pero de gran compromiso sistémico, cuyo pronóstico dependerá de una rápida intervención, fase de enfermedad y de la agresividad biológica propia del proceso, además de la complejidad en el tratamiento, se debe tener en cuenta la capacidad del paciente para cumplirlo, por eso es importante un manejo integral entre primaria y especializada para el seguimiento óptimo, teniendo presentes las condiciones geográficas y socioeconómicas del paciente.

Bibliografía

- Scarisbrick JJ, Prince HM, Vermeer MH, et al. Cutaneous Lymphoma International Consortium Study of Outcome in Advanced Stages of Mycosis Fungoides and Sezary Syndrome: Effect of Specific Prognostic Markers on Survival and Development of a Prognostic Model. J Clin Oncol 2015.

414/30. Diarrea crónica en varón de 53 años.

Autores:

A. Díaz Caler¹, J. León Domínguez², R. Merina Guerra³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 1º año. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén., ²Médico Residente 2º año. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén., ³Médico Residente 1º año. Centro de Salud Puerta de Madrid. Andújar. Jaén.

Descripción del caso

Varón de 53 años con antecedentes de obesidad consulta en AP por astenia y diarrea líquida de 10 días con restos hemáticos. Refiere además pérdida de apetito en el último mes. Sin dolor abdominal, vómitos o fiebre.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, bien hidratado. Tensión arterial: 160/100 mmHg. Abdomen: blando, depresible, no doloroso. Sin masas ni megalias. Tacto rectal: no se observan hemorroides externas o internas. No

restos hemáticos. Se solicita analítica con curva de lactosa y estudio de celiaquía y coprocultivo siendo todo ello negativo, salvo SOH positiva. Ante la persistencia del cuadro se deriva al paciente a Aparato Digestivo donde se realiza colonoscopia y se observa una neoformación estenosante y pétérea a 4 cm del margen anal que ocupa la totalidad de la circunferencia colónica que se biopsia. Con los resultados anatomopatológicos de adenocarcinoma rectal de tipo intestinal se realiza estudio de extensión con TC toracoabdominopélvico y RM pelvis donde se ve afectación de la grasa rectal, contacto con próstata, vesículas seminales, peritoneo y metástasis hepáticas y óseas en pelvis, vértebras L4-L5 y fémures. Se inicia tratamiento quimioterápico con esquema FOL-FOX y Bevacizumab y se coloca repertorio con buena tolerancia al tratamiento.

Juicio clínico

Adenocarcinoma estenosante de recto estadio IV T4N2M1.

Diagnóstico diferencial

- Hemorroides.
- Celiaquía.
- Diarrea crónica de origen infeccioso.
- Divertículos coléricos.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.

Comentario final

El cáncer colorrectal es la principal causa de morbilidad y mortalidad en el mundo. Es la tercera forma más común de cáncer en el mundo. Afecta a hombres y mujeres casi igual. Los síntomas para sospecharlo son: rectorragia, cambio del hábito intestinal, dolor abdominal, obstrucción intestinal, pérdida de apetito y peso. Dependiendo de la localización el tratamiento varía por lo que es fundamental incidir en el diagnóstico precoz de esta patología con los protocolos de screening implantados.

Bibliografía

- Macrae FA, Bendell J, Editor S, Tanabe KK, Editors D, Grover S. Clinical presentation, diagno-

sis, and staging of colorectal cancer. UpToDate. 2017; 1-20.

414/31. Eccema y ampollas cutáneas en paciente de 48 años.

Autores:

A. Díaz Caler¹, J. León Domínguez², R. Merina Guerra³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 1º año. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén., ²Médico Residente 2º año. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén., ³Médico Residente 1º año. Centro de Salud Puerta de Madrid. Andújar. Jaén.

Descripción del caso

Varón de 48 años con antecedentes de Hipertensión Arterial, Dislipemia y Obesidad a tratamiento con Rosuvastatina, Enalapril y Furosemida que acude a Atención Primaria por lesiones cutáneas vesículo-ampollosas en pliegues cutáneos y axilas, refiriendo dolor intenso al romper y secreciones fétidas. Fue diagnosticado previamente de eccema axilas e inguinal dando corticoterapia sin buena respuesta, comentaba que el cuadro empeoraba sobretodo en verano y que limitaba su calidad de vida. Niega fiebre y otra sintomatología sistémica específica asociada.

Exploración y pruebas complementarias

Estable, aceptable estado general. Al examen físico, se evidenciaron ampollas rotas sobre fondo eritematoso en axilas, ingles y pliegues submamarios, asociadas a intertrigo. Se indicó miconazol tópico y al control clínico presentó lesiones hipopigmentadas residuales. Sin embargo, presentó nuevo brote de lesiones, por lo que derivamos al Servicio de Dermatología, donde biopsian las lesiones mostrando hiperplasia epidérmica con patrón acantolítico e infiltrado linfocítico, confirmando Enfermedad de Hailey - Hailey. Inician antibióticos tópicos y orales para sobreinfección más prednisona 20 mg día, con respuesta favorable.

Juicio clínico

Enfermedad de Hailey-Hailey (Pénfigo benigno familiar).

Diagnóstico diferencial

- Dermatomicosis.
- Pénfigo vulgar.
- Enfermedad de Darier.
- Psoriasis invertida.

Comentario final

Es una dermatosis autosómica dominante de penetrancia variable con alteración del gen ATP2C1, localizado en el cromosoma 3q21q24. Genera destrucción del complejo desmorona-tonofilamento-queratina en la epidermis (acantolisis). Epidemiológicamente rara en la actualidad, aunque se sospecha de infra-diagnóstico por retraso en sospecha clínica. No hay tratamiento específico a la fecha y depende de la evolución de cada individuo. Importante reconocer los factores desencadenantes para evitarlos y acudir a la consulta en caso de brotes, con lo que se pueden evitar las sobreinfecciones.

Bibliografía

- Franco M, Malieni D, Belatti A, Galimberti RL. Enfermedad de Hailey-Hailey. Dermatol Argent. 2011; 17 (4): 268-276.

414/32. Convulsión y debut de diabetes en paciente de 58 años.

Autores:

J. León Domínguez¹, J. Zuleta Valencia², L. Ballesteros Lechuga³, A. Díaz Caler⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 2º año. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén., ²Médico Residente 3º año. Centro de Salud Valle-Inclán. Ourense., ³Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Gavellar. Úbeda. Jaén.,

⁴Médico Residente 1º año. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén.

Descripción del caso

Varón 58 años No AMC. Fumador 20 cigarrillos/día hasta hace 4 meses. HTA hace 2 años. No diabetes. Toma olmesartán, hidroclorotiazida. Acude a urgencias refiriendo temblor en hemicuerpo izquierdo que no define bien, sin otros síntomas. Hace 3 semanas asténico, hiporexico, polidipsico y poliúrico, no fiebre, ni vómitos. En urgencias presentó movimientos involuntarios clónicos en hemicuerpo izquierdo sin pérdida de consciencia ni relajación de esfínteres.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: Estable. Afebril. TA: 140/80 FC: 74. CC: no rigidez nuchal. ORL: mucosas secas. No adenopatías palpables. Tórax: ACP rítmica sin soplos. Murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: normal. Extremidades: No edemas. Pulsos conservados. Neurológico: PICNR, Reflejos cutáneoplantares flexores. ROT normal. Fuerza y sensibilidad conservadas.

Pruebas complementarias: Hemograma y coagulación normales. Bioquímica: glucemia 897 mg/dL, urea 69 mg/dL, creatinina 1.79 mg/dL, sodio/potasio normales, PCR 11.7 mg/L, y HbA1C 13.9%. Gasometría venosa: pH 7.41, pCO₂ 56.7 mmHg, HCO₃: 28.9 mEq/L. Anticuerpos GAD y Péptido C normales. Orina: glucosa 3+, cuerpos cetónicos -, Hb 3+. -Rx tórax: cardiomegalia. -TC craneo: Normal. -Electroencefalograma: Foco irritativo parieto-temporal derecho compatible con crisis parciales complejas.

Recibe hidratación e insulinoterapia basal-bolo y levetiracetam, no reincidencias comiciales. Recibió educación diabetológica y consejos de insulinoterapia. Al alta inicia metformina, Lantus y levetiracetam, consiguiendo control aceptable con glicada a los 3 meses de 7%.

Juicio clínico

Convulsión por descompensación hiperglucemia no cetósica. Diabetes Mellitus Tipo 2.

Diagnóstico diferencial

- Trastorno del sueño.

- Accidente isquémico transitorio.
- Alteración hidroelectrolítica.

Comentario final

El estado hiperglucémico hiperosmolar es una complicación grave de la diabetes con una tasa de mortalidad del 12-35%, puede aparecer como primera manifestación clínica, una anamnesis detallada identifica síntomas previos como poliuria y polidipsia. Entre convulsiones asociadas a hiperglucemia las más frecuentes son las motoras parciales y tienen buen pronóstico pues mejoran con el control glucémico. En un cuadro de focalidad neurológica o convulsiones es esencial la glucometría, ya que una descompensación puede producirlas y suelen resolverse con su corrección.

Bibliografía

- Tébar Massó FJ, Escobar Jiménez F. La diabetes mellitus en la práctica clínica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009.

414/36. Una herida sin importancia

Autores:

S. Lendínez Sánchez¹, J. León Domínguez².

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud Puerta de Madrid., ²Médico Residente 2º año. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén.

Descripción del caso

Paciente de 44 años que consulta por herida inciso-contusa en zona interdigital 3º- 4º dedos del pie dcho de dos semanas de evolución.

4 días más tarde vuelve a consultar por lesión ulcerosa en dicho espacio. Niega traumatismo previo a ese nivel.

Niega AP de interés, no DM ni HTA. Fumador 1/2 paq/día.

Dos semanas más tarde vuelve a consultar por dicha lesión con aspecto necrótico. Sin dolor local.

Exploración y pruebas complementarias

En la primera visita se apreciaba una herida con signos de sobreinfección aguda, buen relleno capilar y pulsos distales conservados. Se pautó tratamiento con amoxicilina/ clavulánico y Varidasa.

En la segunda ocasión, no presentaba signos de sobreinfección local. Aspecto ulceroso con cambios en la coloración de la piel (azulada) con frialdad local. Pulsos tibial posterior leve, resto conservados. En esta ocasión fue valorado también por cirugía general. Finalmente se derivó a H. Jaén para valoración por Cirugía vascular.

Cirugía vascular pautó tratamiento con doble antiagregación, anticoagulación y levofloxacino.

Juicio clínico

Isquemia crónica grado IV estable, inicial, en paciente joven fumador.

Diagnóstico diferencial

Herida incisiva. Isquemia en paciente diabético. Úlcera.

Comentario final

Es importante realizar una exploración exhaustiva de los pacientes, comprobar los pulsos no solo centrales, sino también periféricos. Es de vital importancia realizar un control de los factores de riesgo en pacientes hipertensos, diabéticos, fumadores o con algún otro precipitante. El seguimiento de los pacientes es una de las mayores ventajas que tenemos como médicos de atención primaria, poder ver la evolución a corto plazo nos va a permitir tomar decisiones adaptadas a cada situación y tipo de paciente.

Bibliografía

- Aboyans A, Bartelink M. Guía ESC 2017 sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad arterial periférica, desarrollada en colaboración con la European Society for Vascular Surgery (ESVS). 2019.

414/37. Síndrome constitucional en paciente de 91 años

Autores:

S. Lendínez Sánchez¹, J. León Domínguez².

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud Puerta de Madrid., ²Médico Residente 2º año. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén.

Descripción del caso

Mujer de 91 años, institucionalizada por Enf. Alzheimer, que consulta por empeoramiento general en la última semana. Dolor abdominal intenso con negativa a la ingesta. Sin deposiciones desde hace 3 días. Sin náuseas ni vómitos. Afebril. Disnea sin expectoración en contexto de cuadro catarral. Sin oxigenoterapia domiciliaria. AP: Enf. Alzheimer

Exploración y pruebas complementarias

REG. Afebril. Taquicárdica y taquipneica, sat O₂: 88% Crepitantes basales dchos. Abdomen: defensa a la palpación. Sin masas ni megalias.

Hemograma: Leve leucocitosis. BQ^a: insuficiencia renal aguda Cr 4. 41 (previa 1. 2, hace 2 meses), hipernatremia (Na 185).

Rx tórax: condensaciones en lóbulo medio y base dcha.

Rx abdomen: imagen en grano de café, compatible con vólvulo.

Se procedió al sondaje rectal intermitente por Digestivo y desvolvulación mediante colonoscopia. A la mañana siguiente, abdomen blando y depresible, leves molestias a la palpación. Impresionaba de resolución del vólvulo.

Tras dos días de ingreso presentó empeoramiento analítico, anuria e hipotensión pese a tto. Se priorizó el no sufrimiento de la paciente. Se inició tratamiento paliativo. Exitus a los 6 días de ingreso.

Juicio clínico

Neumonía bilobar dcha. Insuficiencia renal reagudizada. Hipernatremia severa. Vólvulo de sigma. Insuficiencia respiratoria parcial. Alzheimer evolucionado.

Diagnóstico diferencial

Dolor abdominal inespecífico. Estreñimiento. Cuadro catarral. Desorientación. Inanición. Deterioro cognitivo.

Comentario final

Es importante tener en cuenta las patologías de base de los pacientes para un mejor abordaje. No se trata de una sola patología, sino de un desencadenante común que provoca el empeoramiento progresivo. Es primordial hacer una buena anamnesis e historia clínica, más aún cuando se trata de pacientes con demencia y poco colaboradores. Cualquier detalle puede ser importante para el médico desencadenando una sospecha clínica. El médico debe estar alerta ya que síntomas inespecíficos pueden encubrir enfermedades potencialmente graves.

Bibliografía

- Muñoz F, Ortiz MD, Vega P. Nutritional assessment of the fragile elderly in primary care. Aten Primaria. 2005; 33: 460-5.

414/40. Sudoración profusa en paciente pluripatológico de 80 años

Autores:

L. Ballesteros Lechuga¹, J. León Domínguez², J. Zuleta Valencia³, O. López Pereiro⁴, A. Díaz Caler⁵.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Gavellar. Úbeda. Jaén., ²Médico Residente 2º año. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén., ³Médico Residente 3º año. Centro de Salud Valle-Inclán. Ourense., ⁴Médico Residente 3º año. Centro de Salud A Ponte. Ourense., ⁵Médico Residente 1º año. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar. Jaén.

Descripción del caso

Hombre 80 años, hipertenso, obeso y diabetes de años de evolución. Episodio de insuficiencia cardíaca. Enfermedad renal crónica estadio 3. Dieta y ejercicio irregular, bebedor moderado. Acude para control

tras cambio de tratamiento antidiabético hace 3 meses. Tratamiento actual: repaglinida 0.5 mg 3 v/día, atorvastatina, ramipril y furosemina. Refiere clínica de sudoración profusa en algunas ocasiones tras el cambio de tratamiento, coincidiendo con glucemias capilares bajas (70 mg/dl), que trata con bebida azucarada. Buen cumplimiento. Rechaza tratamiento con insulina. Se receta linagliptina 5 mg/día por probable hipoglucemia con repaglinida y se suspende ésta. Aceptable control en consultas posteriores.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: COC, asintomático. Glucemia capilar ayunas: 125 mg/dl. ACP: RS, sin soplos. MVC. Afebril. No soplos abdominales. Pulsos distales presentes. Monofilamento y diapasón sin alteraciones. Fondo de ojo normal. TA: 139/86 mmHg.

Pruebas complementarias:

- Analítica: Cr 2, microalbuminuria leve, FG 30 ml/min. HbA1c 7. Colesterol total 180. Hemograma normal.
- Tira orina: no cetosis.
- Media glucemia capilar en ayunas: 120.

Juicio clínico

Hipoglucemia en anciano diabético con enfermedad renal crónica y tratamiento con repaglinida.

Diagnóstico diferencial

- Descompensación de enfermedades crónicas.
- Enfermedades infecciosas.
- Medicamentos, alcohol.
- Ayuno.

Comentario final

La diabetes en el anciano es causa de insuficiencia renal crónica, suponiendo un aumento de riesgo de hipoglucemias, que debemos evitar, siendo más laxos con el control glucémico y limitando el arsenal terapéutico. Supone un desafío por las limitaciones que conlleva. La repaglinida puede producir hipoglucemias y la pioglitazona se contraindica en insuficiencia cardíaca; como última medida previa a insuliniza-

ción puede usarse la linagliptina sin ajuste de dosis, sin presentar dicho efecto secundario.

Bibliografía

- Gómez-Huelgas R, Gómez Peralta F, Rodríguez Mañas L, Formiga F, Puig Domingo M, Mediavilla Bravo JJ et al. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente anciano. Rev Clin Esp. 2018; 218 (2): 74-88.

414/42. "BOTEMAN, el héroe contra el aburrimiento"

Autores:

M. Bermejo Vélez¹, I. Cavallaro², M. Delgado Moya³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente. Hospital de Riotinto. Huelva., ²Médico Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Gibraleón. Huelva., ³Médico de Familia. Hospital de Río Tinto. Huelva.

Descripción del caso

Varón de 27 años sin alergias medicamentosas ni otros antecedentes personales de interés conocidos. Fumador de 10 paquetes/año y bebedor social. No se conoce consumo de otro tipo de sustancias.

Es encontrado inconsciente en la vía pública por sus amigos, los cuáles avisan al Servicio de Urgencias de Atención Primaria. A su llegada el paciente presenta 10 puntos en la escala de Glasgow (20, 3V, 5M), pupilas midriáticas, hipotermia (33. 5°C), bradipnea y bradicardia. Se administra atropina y salbutamol. Se trasladada al Hospital y se interroga a los padres. Nos cuentan que había pasado la noche de fiesta con unos amigos, pero no sabían que había podido ocurrir. Posteriormente se consigue interrogar a los amigos, los cuáles nos cuentan que ha consumido alcohol y una droga que no saben precisar. Nos entregan un frasco opaco y vacío con una etiqueta: "BOTEMAN, el héroe contra el aburrimiento". Tras la exploración se decide ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se consulta con el Servicio de Toxicología que recomienda tratar como sospecha de ingesta de Nitrito de Amilo.

Exploración y pruebas complementarias

Tendencia a la agitación, pupilas mióticas y normoreactivas. Hemodinámicamente estable: tensión arterial 120/60mmHg, frecuencia cardíaca 100 lpm. Perfusión conservada. Abdomen normal. Miembros normales. No se observan lesiones.

- Análisis sanguíneo: Hemograma con las tres series normales. Bioquímica con función renal, iones y transaminasas normales. Gasometría con acidosis respiratoria, meta y carboxihemoglobina normales. Coagulación normal.
- Análisis tóxicos en orina: positivo cocaína.
- Electrocardiograma: ritmo sinusal 85lpm. PR normal. QRS estrecho. No alteraciones agudas de la repolarización.
- Radiografía de tórax normal.
- TAC de cráneo normal.
- Estudio de muestra por Toxicología: se detecta presencia de GBL (gamma butirrolactona).

Juicio clínico

Intoxicación con gamma butirrolactona (GBL), cocaína y alcohol.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por otras drogas.

Procesos orgánicos.

Procesos psíquicos.

Comentario final

A la hora de realizar un buen diagnóstico y tratamiento nunca debemos olvidar que el entorno del paciente nos puede ofrecer información de gran importancia.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez F. Intoxicaciones agudas y envenenamientos. Medicina de urgencias y emergencias. 5th ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 630-700.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Internet]. Plan nacional sobre drogas. Disponible en: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/>

ciudadanos/informacion/sustanciasPsicoactivas/otrasDrogas/ghb.htm

414/43. En el lugar equivocado

Autores:

M. Bermejo Vélez¹, I. Cavallaro², M. Delgado Moya³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valverde del Camino. Huelva, ²Médico Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Gibralfaró. Huelva., ³Médico de Familia. Hospital de Río Tinto. Huelva.

Descripción del caso

Mujer de 29 años sin alergias medicamentosas, hábitos tóxicos ni otros antecedentes personales de interés conocidos. No embarazos ni abortos previos. Fecha de última menstruación hace 1 mes. Ciclos menstruales irregulares. Acude a consulta de Atención Primaria por dolor en fosa ilíaca derecha de inicio brusco hace 4 horas. El dolor es continuo, no se irradia y no se relaciona con los movimientos. No presenta clínica miccional. Hábito deposicional normal sin productos patológicos. No fiebre. No manchado ni cambios en el flujo vaginal. Se realiza exploración física donde únicamente se detecta dolor a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha y se realiza Combust Test donde se detecta hematuria y leucocituria. Se diagnostica como infección del tracto urinario inferior y se da el alta domiciliaria recomendando tratamiento con fosfomicina 3 gramos cada 24 horas durante 2 días. A las 24 horas la paciente consulta de nuevo en urgencias hospitalarias por falta de mejoría.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora, eupneica en reposo, normocoloreada. Afebril. Constantes normales. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible con dolor a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha. Blumberg positivo. Peristaltismo intestinal normal.

- Hemograma con las tres series normales. Bioquímica normal. Proteína C reactiva normal.

- Orina con leve leucocituria y hematuria, nitritos negativos.
- Test de gestación positivo.
- Ecografía vaginal: se observa saco gestacional en trompa de Falopio derecha. Abundante cantidad de líquido libre en saco de Douglas.
- Betagonadotropina coriónica humana: 2398mUI/ml.

Juicio clínico

Embarazo ectópico accidentado.

Diagnóstico diferencial

Apendicitis, divertículo de Meckel, adenitis mesentérica, hernia inguinal, ileitis, enfermedad de Crohn, enfermedad pélvica inflamatoria, quiste ovárico, salpingitis, torsión ovárica y cólico renoureteral.

Comentario final

Se realizó tratamiento quirúrgico de gestación ectópica mediante laparoscopia. Ante un dolor abdominal en una mujer siempre es importante valorar la patología ginecológica.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez F. Dolor abdominal agudo. Medicina de urgencias y emergencias. 5th ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 294-306.
- Jiménez Murillo L, Montero Pérez F. Urgencias obstétricas. Medicina de urgencias y emergencias. 5th ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 945-953.
- Sociedad Española de Fertilidad [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Fertilidad. Disponible en: <https://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/recomendaciones/embarazoEctopico.pdf>

414/49. De absceso periamigdalino a linfoma

Autores:

I. Cavallaro¹, M. Bermejo Vélez², M. Delgado Moya³.

Centro de Trabajo:

1Médico Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Gibraleón. Huelva., 2Médico Residente. Hospital de Riotinto. Huelva., 3Médico de Familia. Hospital de Río Tinto. Huelva.

Descripción del caso

Mujer de 26 años que consulta por nódulo cervical e hipertrofia amigdalar de una semana de evolución.

Sin antecedentes médico-quirúrgicos relevantes, en tratamiento con anticoncepción hormonal.

Refiere haber sido diagnosticada de amigdalitis purulenta y tratada con levofloxacino 500mg/24h hace 1 semana pero

seguir con intenso malestar general, faringodinia, disfagia, sialorrea y diaforesis. Además de haberle crecido un nódulo cervical indoloro. Niega síndrome constitucional, fiebre, náuseas o vómitos.

Exploración y pruebas complementarias

- Buen estado general, bien hidratada y perfundida, pálida, eupneica en reposo. Afebril. Constantes vitales normales.
- Hipertrofia amigdalar derecha, grado IV, no asimetría de pilares ni abombamientos faríngeos.
- Adenopatía yugulodigástrica derecha indurada, no fluctuante, no adherida a planos profundos.
- Hemograma, bioquímica, gasometría y coagulación cuyos resultados son normales. Anticuerpos heterófilos VEB negativos.
- Punción aspiración de amígdala abombada sin obtención de material purulento.
- RM de cuello: voluminosa adenopatía en cadena laterocervical derecha con signos de necrosis de unos 36 x 21 mm. Resto de cadenas ganglionares cervicales y de mediastino superior normales.
- Biopsia amigdalar: linfoma B difuso de células grandes

Juicio clínico

Linfoma B difuso de células grandes

Diagnóstico diferencial

Neoplasias linfáticas

Abscesos amigdalares

Neoplasias orofaríngeas

Cuerpos extraños en amígdala

Comentario final

La hipertrofia amigdalar es una patología muy frecuente en Atención Primaria que no suele generarnos duda; pero antes un aumento unilateral del tamaño amigdalar debemos alertarnos sobre la posibilidad de malignidad.

Es fundamental investigar sobre signos sugestivos de malignidad como la aparición de clínica sistémica (fiebre, sudoración nocturna, disfagia o pérdida de peso) o bien antecedentes personales del paciente, como inmunosupresión o enfermedades malignas previas.

Ante la mínima duda es buena actuación derivar al servicio de Otorrinolaringología para valoración y estudio anatomopatológico amigdalar.

Bibliografía

- F. Cinar. Significance of asymptomatic tonsil asymmetry. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 131 (2004), pp. 101-103
- Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.otohns.2004.02.004>
- M. Beaty, G. Funk, L. H. Karnell, S. Graham, T. McCulloch, H. Hoffman. Risk factors for malignancy in adult tonsils *Head and Neck*, 20 (1998), pp. 399-403
- Emerick K., Lin D, 1. Differential diagnosis of a neck mass. *Uptodate*. 2016.
- Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/differential-diagnosis-of-a-neck-mass>

414/50. La excepcionalidad de la hernia de Bochdalek en un adulto

Autores:

I. Cavallaro¹, M. Bermejo Vélez², M. Delgado Moya³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Gibraleón. Huelva., ²Médico Residente. Hospital de Riotinto. Huelva., ³Médico de Familia. Hospital de Río Tinto. Huelva.

Descripción del caso

Paciente de 56 años que acude por dolor abdominal de 24 horas de evolución.

Antecedentes médicos de asma bronquial y quirúrgicos de hernia hiatal.

Refiere intenso dolor abdominal difuso de tipo cólico de 24 horas de evolución acompañado de gran malestar general. Niega fiebre, alteraciones defecatorias o urinarias, ambiente epidemiológico, toma de tóxicos o alimentos en mal estado. El dolor no cede con analgesia ni se modifica con las posturas.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, afectado por el dolor, bien hidratado y perfundido, pálido, eupneico. Constantes vitales normales.

Abdomen: RHA+. Blando y depresible a la palpación, masa indurada centroabdominal, no megalias. Doloroso a la palpación a nivel epigástrico, sin signos de defensa ni de peritonismo. Blumberg y Murphy negativo.

Radiografía abdominal: neumatización y distensión de colon descendente con signos de oclusión. Sin aire libre intraperitoneal.

Hemograma, bioquímica, gasometría y coagulación con resultados normales.

TAC toraco-abdominal: oclusión en "asa cerrada" a nivel de segmento de hemicolon izquierdo, con herniación a cavidad torácica, a través de defecto diafragmático, sin signos evidentes de estrangulamiento, con dilatación moderada-severa de la luz colónica. Derrame pleural izquierdo y signos de atelectasia pasiva del lóbulo inferior izquierdo.

Juicio clínico

Hernia de hiato gigante con colon volvulado y obstruido

Diagnóstico diferencial

Neoplasia abdominal

Obstrucción intestinal

Eventración diafragmática

Comentario final

Ante el alto riesgo de estrangulación se decide intervención quirúrgica urgente con devolvulación y cierre diafragmático.

Hay pocos casos descritos a nivel mundial ya que estas hernias son de tipo congénito con presentación en edad infantil, y los pocos casos suelen ser asintomáticos por pequeñas volvulaciones.

La importancia y rareza de este caso está en su presentación aguda y sintomática, como consecuencia de una complicación, como la obstrucción intestinal; que, sin una actuación inmediata hubiese llevado a un desenlace fatal por isquemia por estrangulación o perforación.

Bibliografía

- Ozturk H, Karnak I, Sakarya MT, Cetinkurum S. Late presentation of Bochdalek hernia: Clinical and radiological aspects. *Pediatr Pulmonol*. 2001; 31 (4): 306-310.
- Carvajal JJ, Mallagray S, Peña Gamarra L, Gómez P, Monterde G, Tello I: Bochdalek's hernia in an adult with stomach volvulus and extrapulmonary sequestration. *Arch Bronconeumol*, 1995; 31 (6): 287-9

414/51. Hipoplasia hipofisaria en Atención Primaria

Autores:

C. Ballesteros Navarro¹, M. López Valverde², M. Pardo Morán¹.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud los Rosales. Huelva., ²Médico

Especialista en Endocrinología y Nutrición. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Descripción del caso

Varón de 14 años que acude a consulta de Atención Primaria por talla baja, con gran impacto emocional. Al nacimiento, peso y talla normales, incluido en p5 actualmente. Embarazo sin incidencias, parto de nalgas. Talla del padre 157cm (talla baja patológica no estudiada previamente) y madre 149 cm.

Exploración y pruebas complementarias

*Peso 68 kg, Talla 143 cm, IMC 32. 3, TA: 120/81 mmHg, FC: 98 lpm. Tanner 2 (volumen testicular unos 10cc y pene engrosado). No bocio ni adenopatías, no acantosis nigricans.

*Otros hallazgos: Adecuada alimentación, sin signos de desnutrición ni signos infecciosos.

*Prueba analítica hormonal de eje hipofisario: prolactina, tirotropina, corticotropina, folitropina y lutropina (y testosterona) en rango prepuberal, somatotropina e IGF-1 descendida.

*RM de silla turca c/s contraste: silla turca pequeña en diámetros anteroposterior y cráneo-caudal, dimensiones transversales normales. Adenohipófisis de muy pequeño tamaño, con neurohipófisis normal. Sin evidencia de signos de micro o macroadenoma. Hipoplasia hipofisaria.

Tras hallazgo radiológico y analítico, por alta sospecha clínica de talla baja en contexto de déficit de GH secundaria a hipoplasia hipofisaria, se deriva a Endocrinología para estudio y valoración especializada. La prueba de hipoglucemia insulínica con un valor máximo de GH de 5. 3 ng/ml confirmó un déficit de GH. Actualmente el paciente se encuentra en tratamiento con GH y se reevalúa la evolución del eje gonadotropo.

Juicio clínico

Hipoplasia hipofisaria y déficit de GH secundario.

Diagnóstico diferencial

Descartamos causas de origen prenatal (retrasos intrauterinos, patología placentaria o infecciones, síndromes dismórficos y trastornos cromosómicos), origen psicosocial, malnutrición severa, enfer-

medades crónicas (gastrointestinales: EII, celiaquía o fibrosis quística; cardiopulmonares: cardiopatía congénitas o asma crónica severa; insuficiencia renal crónica: tubulopatías y nefropatías intersticiales y glomerulares; hematológicas: anemia crónica severa), enfermedades endocrinas: déficit de GH (5%) y iatrogenia.

Comentario final

El hipopituitarismo congénito por hipoplasia hipofisaria es un trastorno raro con afectación especialmente de los ejes somatotropo y gonadotropo. La sintomatología aparece al nacimiento o primeros años de vida en forma de hipoglucemias, ictericia prolongada, micropene y retraso severo del crecimiento. Es más infrecuente la presentación peripuberal, como el caso presentado. En estos pacientes el seguimiento es de por vida ya que suelen aparecer progresivamente otros déficits hormonales.

Bibliografía

- Protoc diagn ter pediat. 2011: 1: 236-54.

414/56. A propósito de un caso clínico: Panhipopituitarismo

Autores:

M. Velázquez Mata¹, M. López Valverde², M. Ochoa Pascual¹.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva.,

²Servicio Endocrinología y Nutrición. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Descripción del caso

Mujer de 38 años. No RAM conocidas. No tóxicos. AP: historia de posible LES vs Enfermedad Indiferenciada del Tejido Conectivo tratada con corticoides y cloroquina desde hace años. Inmunodeficiencia mixta. Dislipemia mixta. Ingreso 4 años antes por infección diseminada por toxoplasma con afectación ocular, pulmonar, SNC, y pancitopenia. IQ: cesárea 6 años antes. Acude por presentar astenia, debilidad, cifras bajas de TA y molestias abdominales.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración normal.

Se realiza estudio analítico: CT 177, TG 224, TSH 0'2, T3 0'8, T4 0'7, cortisol basal 2'1, ACTH: 3'6, estradiol <5, LH 1'43, FSH 2'1, sodio 144, potasio 4'2, HbA1c 5'4%

Se deriva a Endocrinología para completar estudio mediante test de hipoglucemia insulínica con valores de cortisol <1, GH < 0'1 y ACTH basal <5

RNM de hipófisis sin alteraciones. Al año, hipófisis discretamente reducida, con alteración difusa de la señal del lóbulo anterior de aspecto residual (hipofitis evolucionada). Años después, adenohipofisis reducida, atrofia lóbulo anterior.

Ecografía tiroidea sin alteraciones.

Juicio clínico

Panhipopituitarismo (hipogonadismo, hipotiroidismo, e insuficiencia esteroidea de origen central) secundaria a infección por toxoplasmosis. Insuficiencia suprarrenal secundaria a toma crónica de esteroides.

Diagnóstico diferencial

Existen numerosas causas de hipopituitarismo. La más frecuente es la presencia de un tumor hipofisario. Normalmente no funcionantes, pero sí ejercen presión sobre el resto de la hipófisis, limitando la producción hormonal.

Puede ser resultado de cirugía hipofisaria o radioterapia. Otras tumoraciones próximas a la hipófisis: Craneofaringioma o Quiste de Rathke; o metástasis.

La inflamación de la hipófisis: Histiocitosis, Sarcoidosis, hipofitis linfocítica. Las enfermedades infecciosas del SNC se reconocen cada vez más. Aunque TBC es el agente más común involucrado, los agentes no micobacterianos como virus, bacterias, hongos y protozoos son causas importantes. La afectación post infecciones podría deberse a tuberculoma localizado estratégicamente, absceso pituitario, o meningoencefalitis.

Necrosis hipofisaria que ocurre en el contexto de hipotensión severa/shock secundaria al sangrado durante el parto (Sd. Sheehan).

Los traumatismos craneales graves también pueden provocar hipopituitarismo.

Comentario final

Queda demostrado que la mortalidad en pacientes con hipopituitarismo se multiplica por dos, frente a la población general, básicamente a expensas de patología cardiovascular.

Es fundamental la sospecha clínica, ya que las técnicas de neuroimagen no permiten siempre su distinción.

414/57. Resistencia a Hormonas Tiroideas, una enfermedad a descartar

Autores:

M. Pardo Morán¹, M. López Valverde², C. Ballesteros Navarro¹, C. Castaño Durán³, J. Martínez de la Ossa⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud los Rosales. Huelva., ²Servicio Endocrinología y Nutrición. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva., ³Médico Residente 1º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva., ⁴Médico Residente. Don Paulino García Donas. Sevilla.

Descripción del caso

Mujer de 32 años de edad sin antecedentes personales relevantes que acude a consulta por deseo gestacional.

A destacar antecedentes familiares de padre con Fibrilación auricular, taquicardia y patología tiroidea a filiar.

La paciente refiere sensación de taquicardia y cierta sudoración, no otra clínica.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración sin hallazgos relevantes, no bocio. Constantes: Tensión arterial 111/86, FC 101.

EKG: ritmo sinusal a 106 lpm, eje normal, QRS estrecho, PR constante, no alteraciones agudas de la repolarización.

En la analítica se observa T4L 2. 62, TSH 3. 08, TSI 1. 44, TPO 3. 8. Se amplía analítica (Endocrino) de la subunidad alfa con resultado normal.

Ecografía tiroidea: nódulo quístico de 7x9x12 mm en lóbulo derecho y otro quístico de 9x5x12mm.

Estudio genético-molecular del gen rHT® positivo así como en padre.

Juicio clínico

Resistencia a las Hormonas Tiroideas.

Diagnóstico diferencial

- Hipertiroidismo primario (previo a estudio hormonal): Graves Basedow, Nódulo tóxico.
- Fármacos:
- Levotiroxina.
- Amiodarona o Contraste yodado.
- TSHoma.
- Alteración en el transporte de hormonas tiroideas
- Cardiopatías.
- Síndromes ansiososdepresivos.

Comentario final

La Resistencia a Hormonas Tiroideas es un Síndrome poco frecuente de herencia autosómica dominante caracterizado por la disminución de la sensibilidad titular a estas hormonas. Analíticamente suele evidenciarse elevación de tiroxina y triyodotironina junto con concentraciones de tirotrópina no suprimidas. La mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos, y no necesitan tratamiento. La manifestación más frecuente es la taquicardia y el signo más habitual el bocio con tratamiento sintomático. El diagnóstico es de exclusión y se confirma con estudio genético

Bibliografía

- J. Escalada. Resistencia a hormonas tiroideas. Endocrinol Nutr. 2004; 51 (5): 308-315.
- Refetoff, S. . "Resistance to thyroid hormone: one of several defects causing reduced sensitivity to thyroid hormone". Nat Clin Pract Endocrinol Metab. vol. 4. 2008. pp. 1-10.

414/58. Tromboembolismo pulmonar, la importancia de los síntomas y signos para un correcto diagnóstico.

Autores:

M. Miguel Moreno¹, P. Romero Sánchez², M. Nuñez Azofra³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Huelva., ²Médico Residente 2º año. Cartaya. Huelva., ³Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.

Descripción del caso

Mujer de 83 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y síndrome depresivo, con vida cama-sillón. Consulta en atención primaria porque desde hace 3 horas presenta disnea súbita y fiebre de 38º, tos con expectoración blanquecina y cierta desorientación no previa. No dolor torácico, ni otros síntomas por aparatos.

Exploración y pruebas complementarias

La paciente en consulta está taquipneica a 32rpm. Bien hidratada y perfundida. Consciente, orientada y colaboradora. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos taquicárdicos. Murmullo vesicular disminuido con crepitantes bilaterales. Abdomen blando, no doloroso a la palpación ni signos de irritación peritoneal. Edemas maleolares bilaterales con fóvea, sin signos de trombosis venosa profunda. TA 170/98mmHg, saturación de O2 90%, frecuencia cardíaca 110lpm, temperatura 37'4º.

En el centro de salud se le realizó:

- Electrocardiograma, con ritmo sinusal a 110lpm, sin alteraciones agudas de la repolarización.
- Tira reactiva de orina negativa (debido a la fiebre y al cuadro confusional que había presentado en casa).

Se le administró en las urgencias del centro de salud atrovent en aerosol, con leve mejoría.

En el hospital se le realizó:

- Analítica sin leucocitosis ni anemia. Plaquetas 230000 μ l. Valores de la coagulación normales. DímeroD 3765, iones y enzimas cardíacas normales, PCR 22, proBNP 485. Gasometría arterial: pH 7'43, PpCO₂ 44'8mmHg, PpO₂ 53mmHg, SAT O₂ 89%. Bicarbonato 29'5meq/L.

- Analítica de orina normal.

- Radiografía de tórax con cierta cardiomegalia.

- AngioTC con TEP bilateral con signos de sobrecarga derecha y cierto grado de hipertensión pulmonar.

Tras la estabilidad de la paciente se cursa ingreso en Neumología, donde se mantuvo estable con buena evolución. Se realizó ecografía doppler venoso de miembros inferiores, sin hallazgos patológicos significativos. Al alta se le prescribió Rivaroxabán durante 3 meses.

Juicio clínico

Tromboembolismo pulmonar bilateral con signos de sobrecarga derecha y cierto grado de hipertensión pulmonar.

Diagnóstico diferencial

Tromboembolismo pulmonar con neumonía, bronquitis, asma, insuficiencia cardíaca congestiva, infarto agudo de miocardio y sepsis secundario a infección de orina.

Comentario final

Es importante tener presente el tromboembolismo pulmonar como una posibilidad, sobre todo ante unos síntomas y signos característicos como la disnea súbita, taquicardia y taquipnea, tos, dolor torácico o síncope en un paciente con vida cama-sillón.

414/59. ¡ Me duele la cabeza !

Autores:

C. Castaño Durán¹, J. Castillo Montaña², M. Pardo Morán³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 1º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva.,

²Médico Residente 1º año. Centro de Salud La Candelaria. Sevilla., ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud los Rosales. Huelva.

Descripción del caso

Mujer de 31 años sin AP de interés. Acude al Servicio de Urgencias derivada de su MAP por fiebre, cefalea occipital intensa irradiada a columna vertebral e importante dolor correspondiente con zona lesional.

4 días antes comienza con cuadro de dolor a nivel de hemiabdomen izquierdo con aparición de lesiones vesiculares agrupadas, siendo diagnosticada por su MAP de herpes zóster y comenzando tratamiento con aciclovir.

A los 2 días comienza con cuadro febril y cefalea acudiendo de nuevo a su MAP y diagnosticándose como cuadro febril en contexto de infección VHZ.

Exploración y pruebas complementarias

REG. COC. Eupneica. Muy afectada por el dolor.

ACP: MVC. Sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible sin signos de peritonismo. ORL sin hallazgos. Exploración neurológica: Rigidez de nuca, no puede flexionar cuello. Sin otra focalidad neurológica.

Lesiones con vesículas agrupadas en hemiabdomen izquierdo, extendidas hacia región lumbar izquierda.

Analítica (día 2 de tratamiento, en su Centro de Salud): dentro de los valores de la normalidad. PCR normal.

En Servicio de Urgencias de su hospital (día 4 de tratamiento):

- PCR 235. Resto de analítica normal.

- Rx tórax dentro de la normalidad.

- Tac cráneo normal.

- Punción lumbar: Bioquímica LCR xantocromía negativa. Proteínas totales 145 mg/dl, leucocitos 306 (99% mononucleares), hematíes 0. ADA 5. 6 U/L. Glucosa 46 mg/dl. Tinción Gram LCR sin microorganismos.

Juicio clínico

Meningitis vírica linfocitaria, probablemente origen herpético.

Diagnóstico diferencial

- Meningitis meningocócica
- Meningitis estafilocócica
- Meningitis aséptica sífilítica
- Meningitis criptocócica
- Meningitis micótica
- Meningitis tuberculosa

Comentario final

Se ingresó a la paciente añadiéndole ampicilina 3 días al tratamiento con aciclovir intravenoso (5 días), evolucionando favorablemente.

La meningitis viral es el tipo más común de meningitis, que es una inflamación del tejido que recubre el cerebro y la médula espinal. Por lo general, es menos grave que la meningitis bacteriana. Los enterovirus no poliomielíticos son la causa más común de meningitis viral aunque también puede ser causados por otros virus como en este caso, el virus de la varicela zóster.

Bibliografía

- Oteo J. Meningitis aséptica aguda. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2012; 30 (7): 359-60.
- Longo Fauci et al. "Harrison, Principios de Medicina Interna" 18ª Edición; Ed McGraw Hill; 2012.

414/60. ¿Qué tratamiento?

Autores:

P. Romero Sánchez¹, M. Miguel Moreno², F. Romero Herraiz³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 2º año. Cartaya. Huelva., ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Huelva., ³Médico Residente 2º año. Torrejón. Huelva.

Descripción del caso

Paciente varón de 67 años. Sin alergias medicamentosas conocidas. Fumador activo de 20 paquetes/año. AP: HTA, DLP, Asma bronquial con múltiples ingresos por agudización. Motivo consulta: Disnea con tos incoercible que lo despierta por la noche desde hace 1 semana y que ha empeorado en las últimas 3 horas.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente y orientado en las tres esferas, normohidratado y normocoloreado. Taquipneico con tos. Auscultación cardiopulmonar: Rítmico a alta frecuencia sin rones, murmullo vesicular disminuido globalmente, roncus dispersos, crepitantes en base izquierda con sibilancias espiratorias dispersas. Abdomen: Blando, depresible sin signos de irritación peritoneal y sin masas ni visceromegalias. Miembros inferiores: ausencia de edemas ni signos de Trombosis con pulsos periféricos presentes.

Afebril. TA 167/118. FC 98lpm. SAT O2: 85%. Radiografía de tórax: signos de atrapamiento aéreo sin imágenes de condensación y seno costofrénicos libres.

Juicio clínico

Insuficiencia respiratoria global en el contexto de agudización asmática

Diagnóstico diferencial

El paciente se trata con varias tandas de aerosolterapia y ventimask al 34% sin mejoría evidente, manteniendo una saturación de oxígeno en pulsioxímetro de 91% por lo que se traslada al hospital donde acaba ingresando por insuficiencia respiratoria global en el contexto de agudización asmática. Diagnóstico diferencial Agudización Asmática vs NAC.

Comentario final

Durante la entrevista con el paciente se interrogo sobre técnica y uso de tratamiento con inhaladores, no sabía concretar de manera clara como lo hacía ni la posología que seguía. Revisando la historia clínica del paciente donde se contaban 5 ingresos hospitalarios en el último año y tras acceder a los registros de su receta 21, llegamos a la conclusión de que el paciente

llevaba el último año y medio sin recoger la medicación de la farmacia. Se trata de un paciente fumador activo con una gran carga tabáquica y asmático que no hacía tratamiento basal ni sintomático al que los ingresos hospitalarios servían a modo de estabilizador de su patología. Es evidente que en nuestra práctica clínica diaria veremos pacientes como este, por ese motivo debemos indagar en su tratamiento y tratar de conseguir la mejor adherencia terapéutica posible en cada caso

414/61. Cuidado con los signos de alarma

Autores:

L. Morato Lorenzo¹, C. Valenzuela Núñez², M. Jara Abril³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 2º año 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 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz.

Descripción del caso

NO RAMC. DM tipo 2, DLP, hipotiroidismo. Fumador de 1 paquete/día. Tratamiento: metformina 850mg/día, simvastatina 40mg/día, levotiroxina 125mcg/día. Varón, 73 años, que acude al Centro de Salud para resultados de analítica realizada hace 15 días donde únicamente destaca hemoglobina de 10. 8 g/dl. Se realiza anamnesis y exploración física por aparatos en busca de proceso de sangrado la cual culmina sin hallazgos incluido tacto rectal, sólo se aprecia ligera palidez cutáneo-mucosa. Tras mucha insistencia de su MAP, el paciente refiere que la orina es algo rosada, por lo que se solicita muestra de orina demostrándose hematuria franca con coágulos que junto a la anemia obligan al traslado al Servicio de Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias

En Urgencias, se solicita analítica completa y sistemática de orina con hemoglobina de 9. 6 g/dl y abundantes hematíes en la orina. Se decide sondaje

urinario con lavado continuo y nuevo control analítico a las 2 horas. La hemoglobina baja a 9. 4 g/dl y a pesar de lavado continuo la hematuria persiste. Se interconsulta con Urología que decide ingreso para estudio.

Durante el ingreso, tras ecografía, TAC abdominal y uroTAC se halla lesión polipoidea dependiente de la pared posterior de la vejiga probablemente en relación con neoplasia, quedando pendiente de RTU vesical.

Juicio clínico

Neoplasia vesical

Diagnóstico diferencial

Otros tipos de hemorragia, cáncer, problemas de alimentación.

Comentario final

Lo reseñable de este caso clínico radica en el papel del médico de familia que conoce bien a sus pacientes y es capaz de encontrar en ellos respuestas a través de una buena anamnesis dirigida. Esto se consigue trabajando una buena relación de confianza médico-paciente que es fundamental en Atención Primaria. Se destaca además la sospecha a través de signos de alarma como en este caso la anemia y hematuria, a los cuales debemos estar siempre muy atentos para no pasarnos nada ya que somos el primer médico al que el paciente suele acudir.

Bibliografía

- Agustín Varas A, Carazo Carazo JL, Carrasco Valiente J, Gómez Gómez E, Jiménez Murillo L y Montero Pérez FJ. Hematuria. En: Jiménez Murillo L y Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ªed. Barcelona: Elsevier; 2015. 533-536.

414/62. Astrocitoma Pilomixóide

Autores:

L. Morato Lorenzo¹, C. Valenzuela Núñez², M. Jara Abril³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 2º año 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 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz.

Descripción del caso

NO RAMC. Sin antecedentes de interés. Tratamiento actual: topiramato 50mg/día. Varón, 15 años que acude al Centro de Salud para revisión de tratamiento pautado por su MAP por cefalea pulsátil de localización variable, aunque de predominio frontoorbitaria de 6 meses de evolución. No ha mejorado a pesar del tratamiento específico y de la subida de 25mg a 50mg. Refiere dolor más intenso en los últimos 3 días que llega a limitar algunas de las ABVD con sensación nauseosa casi constante y 2 episodios de vómitos en el día de hoy. Fotofobia y sonofobia. No refiere factores estresantes. Tiene citada RNM craneal el próximo mes, pero dada la clínica incapacitante actual y tras comprobar ligera alteración del equilibrio se decide traslado al Hospital para valoración por Neurología.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, COC, bien hidratado y perfundido, normocoloreado y eupneico en reposo. Exploración neurológica: PINRL, MOEC, resto de pares craneales normales, lenguaje normal, marcha dificultosa por alteración del equilibrio y sensación de mareo, fuerza y sensibilidad conservada. Analítica completa dentro de la normalidad. Se solicita RNM craneal donde se aprecian hallazgos compatibles con tumor sólido intracranial supraselar, de posible origen hipotalámico, que causa dilatación de los ventrículos laterales con signos de hipertensión craneal.

Tras estas pruebas complementarias el paciente ingresa a cargo de Neurocirugía para intervención quirúrgica.

Juicio clínico

Astrocitoma pilomixioide (grado II OMS).

Diagnóstico diferencial

Cefalea tensional, otros tumores cerebrales del tipo craneofaringioma, germinoma

Comentario final

Lo destacable de este caso clínico es la importancia del seguimiento del tratamiento pautado por su Médico de Atención Primaria, que se vuelve a citar al paciente para comprobar si existe o no mejoría y por supuesto la sospecha clínica y capacidad de decisión con el buen criterio de derivación ante la presencia de un claro signo de alarma como es la cefalea incapacitante. El astrocitoma pilomixioide es una variante rara del astrocitoma pilocítico que se da con mayor frecuencia en la infancia con altas probabilidades de diseminación y de recurrencias locales posquirúrgicas por lo que su sospecha resulta fundamental desde el primer contacto médico.

Bibliografía

- Altamirano E, Jones M, Drut R. Astrocitoma pilomixioide. Patología. 2011; 49 (Supl 1): S1-S4.

414/65. La importancia de lo infrecuente dentro de lo frecuente

Autores:

J. López Díaz¹, D. Ramírez Sánchez², J. Ortega Blanco³, A. Hidalgo Berutich⁴, P. Garrido Lobato⁵.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva., ²Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva., ³Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Molino de la Vega. Huelva., ⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de los Castillejos. Huelva., ⁵Enfermero. Huelva.

Descripción del caso

Mujer de 68 años, hiperfrecuentadora, que avisa por vómitos y fiebre de hasta 38, 5°C. La fiebre se controla con antitérmicos pero los vómitos continúan a pesar de la toma de antieméticos. No presenta estreñimiento ni diarrea, ni síntomas miccionales. An-

tecedentes de meningioma izquierdo intervenido en 2016. Acudimos a su domicilio.

Exploración y pruebas complementarias

EXPLORACIÓN:

Regular estado general. Regular hidratada y perfundida. TA: 90/60 mmHg. Sat. O₂: 95%. T^o: 38, 2°C. FC: 98 lpm. ACR: rítmico sin soplos. BMVB. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación de forma difusa. RHA conservados. No signos de irritación peritoneal. Neurológico: Inestabilidad para la marcha. Nistagmus bilateral horizontal. Resto normal. Desde hace 4 días no es capaz de fijar la mirada. Se deriva a Hospital.

Pruebas complementarias:

Analítica: Leucocitosis de 21270 con desviación a la izquierda. Resto normal. TAC cráneo: Lesión en hemisferio cerebeloso izquierdo de 30 x 36 mm, sugestiva de aumento de tamaño del resto de meningioma intervenido, cuyas medidas en 2016 eran de 10 x 18 mm. La lesión protruye levemente a través del defecto de craneostomía con pequeña colección subyacente de 16 x 21 mm.

Juicio clínico

Recidiva tumoral.

Diagnóstico diferencial

Recidiva tumoral. Metástasis cerebrales. AVC. Shock séptico.

Comentario final

A veces “etiquetamos” a los pacientes hiperfrecuentes y podemos caer en el error de no prestarles la suficiente atención. La anamnesis y la exploración física son nuestras mejores herramientas para evaluar a un paciente, debemos ser exhaustivos y metódicos y no dejarnos llevar por la subjetividad. La paciente del caso consulta como lo hace habitualmente, pero en la exploración neurológica observamos un nistagmus horizontal y una inestabilidad de la marcha que no tenía previamente. Estos resultados, unidos a la incapacidad para fijar la mirada desde hace 4 días que nos cuenta y sus antecedentes de meningioma nos hacen sospechar una recidiva, por lo que la enviamos al hospital.

Bibliografía

- Wu A, Garcia MA, Magill ST, Chen W, Vasudevan HN, Perry A et al. Presenting Symptoms and Prognostic Factors for Symptomatic Outcomes Following Resection of Meningioma. *World Neurosurg*. 2018; 111: e149-e159.
- Nguema Afumu C, Rodríguez Ramos JF, Rodríguez Villalonga OL, Arenas Rodríguez I, Boffill Corrales AM. Recurrent postsurgical intracranial meningiomas. *Rev Ciencias Médicas*. 2014; 231-43.

414/66. Síndrome febril sin foco aparente.

Autores:

E. Sicilia Barea¹, E. Sánchez Hernica², E. Calatrava López-Ronco³, M. Rojas Martínez⁴, A. Terrón Sánchez², E. García Domingo⁵.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torcal. Málaga., ²Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Torcal. Málaga., ³Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torcal. Málaga., ⁴Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga., ⁵Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés torcal. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 21 años, NAMC, ni enfermedades previas. Acude a consulta por fiebre de hasta 39º desde hace 4 días con tiritona, artromialgias generalizadas, cefalea y cervicalgia.

Niega tos ni expectoración, alteraciones del tránsito intestinal ni dolor abdominal, no cuenta odinofagia, tampoco síndrome miccional ni alteraciones del flujo vaginal.

Vive en una zona urbana y no ha realizado viajes recientemente, niega relaciones sexuales de riesgo y el consumo de productos lácteos sin pasteurizar.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración presentaba un aceptable estado general, COC, BHyP, eupneica en reposo. TA: 90/50 mmHg, FC: 130 lpm, Sat O2 basal: 97%, Tª: 39º.

- ACR: Tonos ritmicos, sin soplos, MVC sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen: Blando y depresible, sin masas ni megalias ni signos de irritación peritoneal. PPR bilateral.
- EEII: No edemas ni lesiones cutáneas.
- CyC: Orofaringe levemente hiperemica, sin hipertrofia amigdalina ni exudado. No adenopatías cervicales. Signos meníngeos negativos.
- En PPCC:
- Analítica sanguínea: Leucocitos 22.350, Neutrófilos: 20.900. PCR: 347, PCT: 7,89
- Analítica orina: Leucocitos y hematíes 0. Nitritos
- Rx Tórax: sin alteraciones
- TAC craneo: sin alteraciones
- LCR: Leucocitos y hematíes negativos. Xantocromía negativa.
- Ecografía abdomen: Leve esplenomegalia como único hallazgo significativo.
- Tras ingreso en Medicina Interna por fiebre sin foco, se realizan más pruebas complementarias, entre ellas:
- Hemocultivos, urocultivos, serología hepatitis A, B, C, parvovirus, VIH, coxiella burnetii, chlamydia pneumoniae, treponema pallidum, VEB, CMV, Brucella, resultando todos negativos.
- Ecocardiograma: Normal.
- TAC corporal: Riñón derecho con múltiples áreas en cuña que se extienden desde la papila a la cortical, de distribución parcheada con predominio en polo inferior, sugestivas de focos de nefritis.

Juicio clínico

Pielonefritis Aguda derecha clínicamente atípica.

Diagnóstico diferencial

Fiebre sin foco. Mononucleosis infecciosa, brucelosis, endocarditis bacteriana, leucemia, linfoma, L. E. S, TBC...

Comentario final

Ante un paciente con fiebre de corta duración con signos de gravedad (Hipotensión, convulsiones, alteración del nivel de conciencia, disnea, ictericia, signos de irritación peritoneal, signos meníngeos) debemos derivar a Urgencias.

La mayoría de los casos de síndrome febril sin foco, son autolimitados, no se llega a un diagnóstico y se resuelven de forma espontánea, por lo que si el paciente permanece estable es razonable esperar y reevaluar.

Bibliografía

- Guías para la consulta de Atención Primaria. 2.ª ed. Fistera.
- Manual Urgencias y emergencias. Guías diagnósticas y protocolos de actuación. Jimenez murillo

414/68. ¿Toxicidad o incidentaloma?

Autores:

A. Terrón Sánchez¹, J. Baena Espinar², I. Villalobos Millán³, A. Roldán Montoya⁴, C. Yañez⁵, E. Calatrava López-Ronco¹.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torcal. Málaga., ²Médico Residente. Hospital Virgen de la Victoria de Málaga., ³Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Teatinos. Málaga, ⁴Médico Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Teatinos. Málaga, ⁵Residente. Centro de Salud Colonia Santa Inés- Teatinos.

Descripción del caso

Paciente de 42 años con antecedentes de ictus isquémico agudo en protuberancia izquierda hace 3 meses en con, en tratamiento con AAS 100mg y atorvastatina 80mg desde dicho episodio, anteriormente en

tratamiento con nuvaring por tumor ovárico mucinoso que se interrumpió a raíz del episodio y sin tratamiento por hipercolesterolemia de posible origen familiar que en analítica del ingreso se observa con niveles de 320.

Acude a consulta por cuadro de astenia intensa de 20 días de evolución, asociado a hiporexia y pérdida de unos 10 kg, sin alteración del hábito intestinal, palpitaciones, tos, expectoración ni fiebre. No presenta náuseas, vómitos ni dolor a ningún nivel.

Exploración y pruebas complementarias

Sin hallazgos revlentes, salvo leve hemiparesia derecha residual, con fuerza 4/5. Constantes: 120/70. Fc 85 lpm

Se solicita analítica, en la que destaca GOT 319 y GPT 741 con previa normal y serología negativa en el estudio de 3 meses previos a dicho episodio.

Se realiza ecografía en la que se observa hígado normal, no esplenomegalia. Ateromatosis calcificada en aorta infrarrenal e iliaca derecha. Adenoma suprrarenal derecho de 3 cm

Juicio clínico

Toxicidad 2º a estatinas.

Adenoma suprrarenal a estudiar.

Diagnóstico diferencial

En el diagnostico diferencial de una hipertransaminemia, habría que descartar infecciones virales, hepatopatía alcohólica, esteatosis hepática, autoinmunidad, toxicidad de fármacos, colestasis, Wilson, hemocromatosis,

Ante el hallazgo de un adenoma suprrarenal, hay que estudiar su actividad y su posible malignidad, pudiendo tratarse de adenomas benignos, aldosteronomas, feocromocitomas, carcinoma adrenocortical, metástasis,...

Comentario final

Tras retirar la estatina y control con analítica en 3 meses, se inicia estudio de adenoma suprrarenal, planteándonos que la paciente puede ser candidata a tratamiento con un inhibición de PCSK9.

Bibliografía

- Rodríguez C, Martín L. Estudio del paciente con aumento de transaminasas. GH continuada 2002; 1: 345-8.
- S. Kannan, E. M. Remer, A. H. Hamrahian. Evaluation of patients with adrenal incidentalomas. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes, 20 (2013), pp. 161-169
- Perdices, E., Medina-Cáliz, I., Hernando, S., Ortega, A., Martín-Ocaña, F., Navarro, J., Peláez, G., Castiella, A., Hallal, H., Romero-Gómez, M., González-Jiménez, A., Robles-Díaz, M., Lucena, M. and Andrade, R. (2019). Hepatotoxicidad asociada al consumo de estatinas: análisis de los casos incluidos en el Registro Español de Hepatotoxicidad.

414/76. Síndrome constitucional con deterioro de la función renal

Autores:

P. Arjona González¹, T. Sanz Ortega², A. Abril Rubio³, F. Hidalgo Martín⁴, A. Ruiz Vela⁵, M. Sánchez Pérez⁶.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ²Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica. Ciudad Jardín. Málaga., ³Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ⁴Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ⁵Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica San Andrés Torcal. Málaga., ⁶Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín Málaga.

Descripción del caso

Varón de 77 años, antecedentes personales de fibrilación auricular, hipotiroidismo, cardiopatía isquémica, insuficiencia mitral. En tratamiento con Apixaban 2'5 mg cada 12 horas, Nitroglicerina parches, eutirox

100 mcg cada 24 horas, amlodipino 10 mg cada 24 horas, atorvastatina 40 mg cada 24 horas. Fumador de 50 paquetes-año. Acude a consulta en septiembre de 2018 por aumento de su tos habitual, astenia y pérdida de peso no cuantificada en los últimos 2 meses. Solicitamos analítica de sangre y radiografía de tórax; observándose un eFG disminuido (21 mL/min) y presencia de infiltrado alveolar en ambos lóbulos inferiores. Se deriva a medicina interna para completar estudio ante sospecha de patología tumoral. El paciente, en espera de la cita, acude de nuevo por aparición de hemoptisis oscura que ha evolucionado a rojiza; se deriva a urgencias del hospital de referencia, donde se decide ingreso por parte de medicina interna. Durante el ingreso se diagnostica de Vasculitis ANCA con severa afectación renal y pulmonar, con hemorragia alveolar difusa, y sobreinfección por *Aspergillus*. A pesar del tratamiento con plasmaféresis y antifúngico, el paciente fallece a las 4 semanas por acidosis respiratoria.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general. Taquipneico en reposo. Auscultación pulmonar con crepitantes en ambas bases pulmonares. Presión arterial 148/47 mmHg, frecuencia cardíaca 66 lpm, Temperatura 37.1 °C, SatO2 96%. Radiografía de tórax presenta cardiomegalia e infiltrado alveolar difuso en ambos lóbulos inferiores. Analítica de sangre con hemoglobina 8.8 mg/dL, creatinina 2.79 mg/dL, filtrado glomerular 21 mL/min (estadio IV), PCR 280, ANCA +.

Juicio clínico

Vasculitis ANCA con sobreinfección por *Aspergillus fumigatus*

Diagnóstico diferencial

Origen neoplásico

Comentario final

Las vasculitis ANCA cursan con afectación renal y pulmonar, también se puede observar afectación multiorgánica, pudiendo cursar con síndrome constitucional. Los dos principales determinantes de mal pronóstico son la edad avanzada y la función renal muy deteriorada en el momento del diagnóstico.

Bibliografía

- Ara del Rey J. Tratamiento de las vasculitis ANCA positivas. Rev nefro [Internet]. 2010 [consultado 15 Abril 2019]. 3 (1): 1-10. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-tratamiento-las-vasculitis-anca-positivas-articulo-X1888970010000580>
- Gómez Roldán J. Hemorragias alveolares difusas pulmonares. Arch Bronconeumol [Internet]. 2009 [consultado 15 Abril 2019]. 44 (8): 426-438 Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/es-hemorragias-alveolares-difusas-pulmonares-articulo-S0300289608721070>

414/88. Doctora, tengo las piernas hinchadas

Autores:

T. Sanz Ortega¹, F. Hidalgo Martín², P. Arjona González³, A. Abril Rubio⁴, N. Castillo Fernández⁵, M. Sánchez Pérez⁶.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica. Ciudad Jardín. Málaga, ²Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ³Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ⁴Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga., ⁵Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Ciudad Jardín. Distrito de Salud Málaga-Guadalhorce, ⁶Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín Málaga.

Descripción del caso

Varón 67 años. Hipertensión arterial en tratamiento con enalapril de 10 miligramos al día y con cifras habitualmente en objetivos. Riesgo cardiovascular REGICOR 7% (moderado). Acude a su médico de familia por edemas en miembros inferiores desde hace cinco días y cifras de presión arterial elevadas (en torno a 180/90 mmHg). A la exploración destaca edemas

con fovea hasta tercio medio de muslos. Se pauta furosemida, se modifica enalapril por losartán 50/hidroclorotiazida 25 mg y se solicita analítica sanguínea y urinaria para el día siguiente. En la analítica destaca deterioro de la función renal, hipercolesterolemia y proteinuria. Ante la no mejoría con el tratamiento y los hallazgos analíticos, se deriva a Nefrología de forma preferente con la sospecha de síndrome nefrótico diagnosticando al paciente de glomeruloesclerosis focal y segmentaria.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Presión arterial con triple toma 190/90 mmHg Frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto Auscultación anodina Miembros inferiores: Edemas con fovea hasta tercio medio de muslos. Analítica: Creatinina 1,65 mg/dl (previa de 1,20) y eFG de 40 ml/min/1,73m² (previo de 70), colesterol 400 mg/dl, albúmina de 1,5 g/dL. Analítica urinaria: Proteínas +++ y cilindros hialinos Biopsia renal: Glomeruloesclerosis focal y segmentaria

Juicio clínico

Síndrome nefrótico de novo

Diagnóstico diferencial

Ante un paciente que presente edemas, debemos descartar insuficiencia cardiaca, enfermedad hepática, exceso de corticoides, abuso de antiinflamatorios o efectos secundarios farmacológicos

Comentario final

Ante un paciente que acuda por edemas en miembros inferiores, debemos realizar una correcta anamnesis y exploración física. El síndrome nefrótico se caracteriza por la pentada de proteinuria, hipoalbuminemia, lipiduria, hiperlipidemia y edemas. Además, conduce a fracaso renal y trombosis. Se debe destacar que es fundamental para el diagnóstico la biopsia renal, por lo que, es complicado realizarlo en Atención Primaria. En el caso de nuestro paciente, la actitud de su médico de familia fue correcta, ya que, indagó en las causas y la clínica permitiendo un diagnóstico y tratamiento precoces.

Bibliografía

- Ares Blando S, Castillo López C, Villar Coloma

E. Síndrome nefrótico primario: manejo desde atención primaria. FMC 2018; 25: 581-4

- De Arriba G, Quiroga B, Rodríguez-Palomares JR. Síndromes renales. Criterios fisiopatológicos y formas clínicas. Medicine 2015; 11: 4837-41

414/89. Las constantes mandan ante clínicas no floridas

Autores:

M. Rojas Martínez¹, A. Terrón Sánchez², E. Calatrava López-Ronco², E. Sánchez Hernica³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga., ²Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torcal. Málaga., ³Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Torcal. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 79 años. Ex-fumador. Independiente para las ABVD. Con Fibrilación auricular (FA) permanente, Insuf. Cardíaca. HTA. HBP. Hipertriglicemia, dislipemia, hiperuricemia, hipotiroidismo. Operado de amígdalas y vesícula biliar. Acude a nuestra consulta de tarde de atención primaria por malestar general junto con un cuadro de dolor abdominal epigástrico que se inició a las 14 horas, junto con náuseas y un vómito de contenido alimentario. Fue dado de alta por sepsis de origen urinario el mes anterior. Refiere que desde entonces está más decaído con hiporexia, con mala tolerancia alimentaria a sólidos sin clara disfagia, no a líquidos. Refiere fiebre de hasta 39º de predominio nocturno asociada a tiritona y sudoración profusa, de carácter intermitente desde hace 1 mes, tratada en consulta con varios ciclos de antibioterapia. Coluria. No cambios del hábito intestinal ni acolia. No clínica miccional.

Exploración y pruebas complementarias

Mal estado general, con ictericia franca. Consciente, orientado y colaborador. Saturación de oxígeno 99% basal. Ligera taquipnea. Tensión arterial 60/40. Aus-

cultación Cardio-Respiratoria: Taquicardia con tonos arrítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservados. Abdomen: blando y depresible, doloroso en epigastrio con Murphy dudoso. Sin signos irritación peritoneal. Radiografía de tórax: Índice Cardiorácico <55%, ensanchamiento mediastínico (en relación con posibles adenopatías bilaterales). Electrocardiograma: FA a 140 latidos por minuto, eje normal, sin alteraciones en la repolarización. Analítica hospitalaria: Hemoglobina 11. 1, Leucocitos 17600 (Neutrófilos 88. 3%), TP 46%, INR 1. 5, creatinina 1. 99, CK 533, LDH 269, GOT 353, Amilasa 2052, BT 10. 90 (BD 9. 30), PCR 100, PCT 2. 47. Ecografía abdominal: hígado normal, dilatación vía biliar intrahepática. Colectectomía. Colédoco aumentado (17mm) hasta porción intrapancreática, con dudosa imagen de contenido ecogénico distal. Resto anodino.

Juicio clínico

Shock séptico de probable origen biliar vs Pancreatitis Necrotizante

Diagnóstico diferencial

Sepsis urinaria

Comentario final

Ante la situación clínica y los datos aportados por el paciente en la anamnesis, decido derivación por dispositivo de cuidados críticos y urgencias a hospital de referencia, con sospecha de cuadro de shock séptico de origen desconocido vs recidiva del origen urinario

Bibliografía

- Jiménez Murillo, Luis. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª edición. 2010.
- De la Torre Prados, María Victoria et al. Proceso asistencial integrado: Sepsis Grave, Agosto 2010.

414/90. ¡Ojo con las vacunas!

Autores:

M. Rojas Martínez¹, A. Terrón Sánchez², E. Sicilia Barea³, E. Sánchez Hernica⁴, J. Bedoya Belmonte⁵.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga., ²Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torcal. Málaga., ³Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torcal. Málaga., ⁴Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Torcal. Málaga., ⁵Médico de Familia. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 42 años. Sin alergias conocidas. No hábitos tóxicos. Antecedentes personales de migraña sin aura.

Acude a consulta por hormigueo miembros inferiores y superiores (predominio en pies) de 3 días de evolución, con sensación de calambres musculares y dolor en ambas piernas, asociado a cierta rigidez. Niega fiebre. Dificultad para la apertura mandibular, sin disfagia ni disnea. Hoy vómitos en varias ocasiones. Según comenta hace 18 días se clavó un clavo en el pie. Niega profilaxis antitetánica en los últimos 15 años.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, COC. Eupnéico en reposo y con el habla. BHyP.

ACR: tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

NRL: pares craneales normales. Reflejos tendinosos exaltados a nivel rotuliano bilateral tipo clonoides. Mioclonías en ambos muslos. Sensación de rigidez a la flexión de ambas piernas. Fuerza y sensibilidad conservada. No signos de irritación meníngea. Equilibrio y marcha conservado. Lenguaje normal.

ORL: no trismus. Signos de Trousseau y Chvostek negativos. No adenopatías patológicas. No IY.

Analítica, Rx de tórax y EMG normales.

Ante la sospecha inicial de Tétanos se inicia penicilina G sódica iv 4 millones cada 4 horas, Ig anti-tetánica y dosis de recuerdo de vacuna antitetánica. Se contacta con Preventiva, al tratarse de una EDO. Ingresa a

cargo de Infecciosos, solicitándose serología con C. Tetani IgG positivo en suero (enviada al Instituto Carlos III en Majadahonda).

Juicio clínico

Tétanos (forma localizada).

Diagnóstico diferencial

Hipocalcemia. Rabia. Esclerosis múltiple. Déficit de Vitamina B12, Toxicidad por organofosforados, Sífilis (tabes dorsal)

Comentario final

El tratamiento consiste en la neutralización de la toxina libre (inmunoglobulina anti-tetánica) y el alivio sintomático.

La mejor manera de prevenirlo es la vacunación. En los adultos correctamente vacunados en la infancia, no requerirán dosis adicionales hasta los 65 años, en la que se pondrá una dosis de recuerdo. Los que no fueron vacunados en la infancia deberán completar al menos cinco dosis a lo largo de la vida (pauta de inicio una vacuna seguida de otra al mes y entre los 6 a 12 meses más tarde, y posteriormente cada 10 años).

Bibliografía

- Julian Jimenez, A. Manual de protocolos y actuación en urgencias. 3ª Edición. 2010. P. 811-814.

414/93. Estudio hemoptisis en atención primaria: adenocarcinoma pulmonar metastásico

Autores:

J. de Castro Castro¹, J. Asensio Borrego², L. Santos Martín³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud de Moguer. Huelva., ²Médico Residente 3º año. Hospital San Juan de Dios. Bormujos. Sevilla., ³Médico Residente. Hospital de Rótinto. Huelva.

Descripción del caso

Paciente de 71 años consulta por estudio de hemoptisis en consulta de neurología derivado por parte de su medico de atención primaria tras observar atelectasia en RX tórax de lóbulo medio pulmón derecho, se realiza en rx tórax se aprecia masa parahiliar dercha con atelectasia lóbulo medio 12/03/19, y se procede a estudio con fibrobroncoscopia

Consulta urgencias día 16/03/19 por afasia motora y sensación de parestesia en miembro superior derecho. Ingreso para estudio en dicho día en planta de medicina interna ya que se realiza TAC cerebral con resultado de loe redondeada 17 mm bien definida en localización cortico-subcortical (glioma de alto grado VS metástasis)

Se realiza broncoscopia : carcinoma de células no pequeñas

Tac abdominal : metástasis suprarrenal derecha en estadio IV

Se realiza promoción de voluntades anticipadas y derivación a oncología para tratamiento de loe cerebral

Adenocarcinoma de origen pulmonar estadio IV (t3n2m1)

Exploración y pruebas complementarias

Paciente de 71 años derivado por episodio de afasia motora con inicio de la sintomatología de 3 horas de evolución con parestesias miembro superior derecho, con episodios auto limitados desde hace 3 días sin pérdida de peso, no dolor abdominal, ni síntomas digestivos ni urinarios

Ta 187/105 fc 87 glucemia 84 afebril

Consciente orientado colaborador, afasia motora, eupneico, no otra focalidad neurológica, hemoptisis en ocasiones en estudio por atelectasia pulmonar en rx tórax .

Pruebas complementarias :

-Analítica con hemograma, bioquímica, coagulación y gasometría venosa

-Rx torax

-Tac craneo

-Tac abdominopelvico

-Fibrobroncoscopia

Juicio clínico

Adenocarcinoma de origen pulmonar de estadio iv (t3n2m1 cerebral y suprarrenal derecha)

Diagnóstico diferencial

- -Descartar causa de hemoptisis con rx tórax con masa pulmonar derecha con atelectasia
- Afasia motora en momento tac craneal descartar loe cerebral por (loe primaria cerebral vs metástasis cerebral)

Comentario final

Paciente tras estudio completo se realizo tratamiento oncológico y seguimiento por medicina paliativa, actualmente en esta situación, con buen control de sintomatología, se descarta abordaje terapéutico con intención curativa

Bibliografía

- Historia Clínica Paciente

414/95. Deterioro del nivel de conciencia en paciente con PTI

Autores:

A. Terrón Sánchez¹, A. Roldán Montoya², I. Villalobos Millán³, E. Ballesteros Muñoz⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torcal. Málaga., ²Médico Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Teatinos. Málaga, ³Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Teatinos. Málaga, ⁴Médico Residente 3º de año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Teatinos. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 36 años, sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo I y de púrpura trombocitopénica

idiopática crónica, en seguimiento por el Servicio de Hematología, que acude al Servicio de Urgencias acompañada de una compañera de trabajo por cuadro de deterioro de su estado general con disminución del nivel de consciencia y cefalea intensa de una hora de evolución acompañado de vómitos biliosos y de deposiciones de consistencia líquida desde hace dos días sin productos patológicos, con febrícula acompañante. No refiere sangrado externo visible. No refiere síndrome miccional ni otra clínica por aparatos

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: Mal estado general. TA 120/60 a la llegada. Afebril. Escala de Glasgow 9 a la llegada, desconectada del medio. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Pupilas midriáticas. Abdomen blando, depresible, dolor difuso a la palpación profunda, sin signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos aumentados. Algunas Petequias en tronco y región proximal de miembros inferiores.

Pruebas complementarias: En analítica de sangre destaca plaquetopenia (5.000), leucocitosis (17000) con neutrofilia (90%), urea y creatinina discretamente aumentadas, acidos metabólica leve en la gasometría. TC sin contraste IV de cráneo con hallazgos compatibles con edema cerebral difuso.

Tras una primera valoración la paciente es ingresada en el Área de Observación donde se extraen cultivos de sangre, orina y heces.

Se contactó con el Servicio de Hematología, que recomienda tratamiento con corticoterapia e inmunoglobulina, y con UCI, que decide ingresar a la paciente a su cargo.

Posteriormente la paciente requirió traslado a Hospital de referencia para tratamiento por parte de Neurocirugía por aparición de hematoma subdural.

Juicio clínico

Plaquetopenia severa. Edema cerebral difuso

Diagnóstico diferencial

Gastroenteritis aguda

Hipoglucemia

Comentario final

Este caso nos demuestra la importancia de una anamnesis detallada, tener especialmente en cuenta los antecedentes personales de los pacientes, y una exploración física completa. Así mismo buscar signos y síntomas que nos hagan pensar que se trata de una emergencia médica para actuar de forma precoz y hacer un uso eficiente de los recursos sanitarios a nuestra disposición.

Bibliografía

- Medicina Interna, Farreras y Rozman - 16ª ed. - Barcelona - Elsevier EspañaS. L., 2009.

414/96. Doctor me encuentro muy débil

Autores:

A. Terrón Sánchez¹, A. Roldán Montoya², E. Ballesteros Muñoz³, S. Rodríguez Moreno⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torcal. Málaga., ²Médico Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Teatinos. Málaga, ³Médico Residente 3º de año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Teatinos. Málaga, ⁴Médico de Familia. Centro de Salud de Teatinos. Málaga.

Descripción del caso

Paciente de 18 años, estudiante, con antecedente de síndrome ansioso depresivo, importante problemática familiar, que consulta por cuadro progresivo de debilidad generalizada de un mes de evolución, que en la última semana dificulta la deambulaci3n, sufriendo dos caídas por este motivo. Hace dos semanas comienza con edemas en manos, pies y párpados y una lesi3n eritematosa en ambos muslos que ha ido aumentando de tama1o y prurito a nivel de abdomen y miembros inferiores. Sudoraci3n profusa de predominio nocturno desde el inicio del cuadro. Refiere no haber consultado antes porque est1 muy nerviosa y apenas duerme por los conflictos en domicilio

No refiere fiebre termometrada, no clínica respira-

toria ni gastrointestinal. Niega consumo de t3xicos, fármacos o productos de herboristería. No pérdida de peso, no hiporexia ni disfagia. No refiere otra clínica por aparatos.

Dada la situaci3n se deriva a la paciente a urgencias hospitalarias para valoraci3n.

Exploraci3n y pruebas complementarias

TA 140/70. FC 80 lpm. Afebril. Buen estado general.

Leve edema parpebral con ligero eritema en heliotropo. Auscultaci3n normal. Abdomen blando, depresible, no doloroso, no se palpan masas o megalias. Edemas blandos en manos y regi3n maleolar. Placa eritematosa descamativa en cara interna de ambos muslos. Debilidad de predominio proximal en los 4 miembros. No puede levantarse ni elevar los brazos.

Analítica de sangre: destacan hemoglobina 9. 1, GOT 389, GPT 189, CK 2381, LDH 911. Radiografía de t3rax, electrocardiograma y TC de cr1neo sin hallazgos significativos. Dada la sospecha de miositis ingresa a cargo de medicina interna para estudio con realizaci3n de electromiograma y biopsia muscular compatibles con miopatía inflamatoria aguda probable dermatomiositis

Juicio clínico

Dermatomiositis

Diagn3stico diferencial

Síndrome ansioso depresivo.

Síndrome miasténico

Comentario final

Este caso nos pone de manifiesto la importancia de realizar un diagn3stico diferencial correcto ante la clínica que se nos presente en una consulta habitual de Atenci3n Primaria para poder tomar la decisi3n 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

Bibliografía

- Medicina Interna, Farreras y Rozman - 16ª ed. - Barcelona - Elsevier España, S. L. , 2009.

- Manual de diagnóstico y terapéutica médica Hospital 12 Octubre -8ª edición- Madrid- MSD, 2016

414/101. Debilidad muscular de varias semanas de evolución

Autores:

A. Perez Linaza¹, I. Serrano Garcia¹, A. Olivares Loro².

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de Reumatología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz., ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.

Descripción del caso

No alergias. Hipertensión arterial, glucemia basal alterada y dislipemia.

Exfumadora. Hipotiroidismo, esteatosis hepática, psoriasis cutánea.

Safenectomía bilateral. Tratamiento: Eutirox;

Candesartán/Hidroclorotiazida; Prednisona; Fentanilo

Mujer de 58 años que presenta hace varios meses poliartalgias inespecíficas de predominio en cintura escapular izquierda, con limitación de movilidad y fuerza y febrícula.

Se comienza el estudio desde Atención Primaria finalizando con ingreso en Reumatología ante hallazgos de Enfermedad de Paget ósea en fase lítica a nivel de húmero y tibia izquierdos. Se trata con ácido zoledrónico 5mg iv y dosis medias de corticoesteroides.

Una semana tras la administración de bifosfonatos, comienza con debilidad muscular intensa en cintura escapular y pelviana progresiva y limitante en su vida

Exploración y pruebas complementarias

Afebril, auscultación cardiaca y pulmonar anodinas. Balance muscular conservado. Limitación a la movilización por dolor en cintura escapular y pelviana bilateral.

Analítica: Hemograma normal, PCR 24, FR 11.6, CPK 24, Aldolasa 2

Autoinmunidad: ANA y ACPA negativos

Proteinograma: trazado compatible con síndrome inflamatorio moderado

Rx de hombros y columna lumbosacra: hallazgos compatibles con Enfermedad de Paget ósea

Juicio clínico

Polimialgia reumática

Diagnóstico diferencial

Un síndrome pseudo-polimialgico puede ser con frecuencia la presentación clínica de enfermedades reumatológicas autoinmunes sistémicas, así como de otras entidades reumatológicas y no reumatológicas, especialmente en pacientes menores de 50 años.

Desde Atención Primaria se puede establecer una aproximación diagnóstica, con una anamnesis detallada, exploración física minuciosa, una analítica básica que incluya VSG y PCR (característicamente elevadas) y un estudio de autoinmunidad (generalmente negativo) ayuda al diagnóstico precoz. El resto de las alteraciones suelen ser inespecíficas.

Comentario final

La polimialgia reumática se caracteriza por dolor inflamatorio y rigidez matutina de la musculatura de la cintura pelviana y escapular. Normalmente, se acompaña de síntomas constitucionales en personas de edad avanzada y presenta una mejoría clínica significativa con corticoesteroides.

Es fundamental establecer una sospecha diagnóstica precoz y prestar atención cuando hay antecedentes reumatológicos y administración reciente de tratamiento, ya que se puede atribuir a su patología de base o reacción adversa farmacológica

Bibliografía

- Ubach Badía, B. and Muñoz Fernández, S. (2015). Enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS) para médicos de Atención Primaria. Tres Cantos, Madrid: You & Us.
- Imboden JB. Hellmann DB. Stone JH. Current Diagnosis and Treatment. Rheumatology. 3ª ed. Mc Graw Hill; 2013

414/102. Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser: A propósito de un caso

Autores:

E. Vázquez Mancilla¹, J. Molina Moreno², M. Santos Moyano³, E. Torresano Porras⁴.

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud Delicias. Málaga., ²Médico Residente Unidad de Gestión Clínica Las Delicias. Málaga., ³Centro Salud Carranque. Málaga., ⁴Médico Residente de Unidad de Gestión Clínica Las Delicias. Málaga.

Descripción del caso

Paciente de 17 años, sin alergias medicamentosas y sin hábitos tóxicos, que acude a consulta acompañada de su madre por no haber presentado menstruaciones hasta la fecha. Niega antecedentes personales de interés. Nos comenta desarrollo puberal normal y desarrollo normal de caracteres sexuales secundarios. No presenta otra clínica asociada al cuadro clínico.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración presenta desarrollo de caracteres sexuales femeninos secundarios con genitales externos normales. Vello púbico y axilar. Acné facial. ACR normal. Abdomen blando, sin masas ni megalias y sin signos de irritación peritoneal. Realizamos ecografía abdominal en consulta visualizándose ovarios normales sin visualizar útero. Solicitamos analítica de sangre con perfil hormonal, con TSH 3.71, FSH 10.4, LH 14.75, Prolactina 29.41, 17beta estradiol 78, Progesterona 1.37 y testosterona 0.32. Ante la sospecha de agenesia mülleriana derivamos a ginecología, que realiza ecografía sin visualizar útero y cérvix. Solicita RM pélvica con informe de agenesia uterina sin identificarse cuerpo de útero ni cérvix. Alteración variable de la vagina en su porción más distal. Ovarios presentes de aspecto normal. Hallazgos compatibles con síndrome de Mayer-Rokitansky Küster Hauser.

Juicio clínico

Sd Mayer-Rokitansky Küster Hauser.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial incluye la atresia vaginal aislada encontrada en síndromes como el síndrome de McKusick-Kaufman, el síndrome de insensibilidad a los andrógenos, la aplasia mülleriana y el hiperandrogenismo.

Comentario final

El síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser es una rara anomalía congénita del tracto genital. Su incidencia estimada es de 1 de cada 5.000 mujeres. Se sabe que las alteraciones son el resultado de un desarrollo anómalo (agenesia o hipoplasia) del conducto mülleriano, pero la etiología subyacente es desconocida. El diagnóstico suele realizarse antes de los 20 años debido a la amenorrea primaria.

Tiene una connotación e impacto personal y social importante, debido a la amenaza que representa para el futuro reproductivo, y la barrera que impone para llevar una vida sexual normal, es por ello por lo que la terapia multidisciplinaria y el seguimiento psicológico son fundamentales en estas pacientes.

Bibliografía

- Álvarez Navarro, M. Cabrera Carranco, E. Hernández Estrada, Al. Aguirre Osete X. Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía relacionada con su tratamiento. Ginecol Obstet Mex 2012; 80 (7): 473-479

414/104. Dolor abdominal e intolerancia digestiva en paciente portadora de gastrostomía

Autores:

A. Ruiz Vela¹, J. Moreno Molina², M. Fernández Aranda³, P. Arjona González⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica San Andrés Torcal. Málaga., ²Médico Residente. Unidad de Gestión Clínica. Málaga., ³Médico Residente. Unidad de Gestión Clínica Coín. Málaga., ⁴Médico Residente de 2º año de

Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga.

Descripción del caso

Acude a consulta una mujer de 43 años con antecedentes personales de Ataxia de Friedrich. Portadora de gastrostomía. Presenta dolor epigástrico y piro-sis desde hace 2 semanas que empeora en las últimas 24 horas, comenzando con fiebre y reflujo por la boca de todo el contenido de la nutrición instilada. Abdomen distendido, doloroso difusamente, peristaltismo conservado, estoma de gastrostomía sin signos de infección. Se deriva a Urgencias, donde le realizan analítica y radiografía de tórax y abdomen. En la radiografía de abdomen se aprecia fecaloma distal en recto y calcificación en hipocondrio derecho. Se realiza ecografía abdominal anodina. Se pautan enemas y Digestivo desimpacta manualmente el fecaloma. Tras mejoría clínica se decide alta a domicilio. Tras 36 horas la paciente vomita y sigue refluyendo hacia la boca lo que se le instila y vuelve a Urgencias. Le realizan analítica con leve elevación de enzimas hepáticas. Al tacto rectal presenta ampolla rectal llena de heces de consistencia dura. Se realiza radiografía y TC abdominal en el que se aprecia íleo biliar.

Exploración y pruebas complementarias

Abdomen distendido, dolor epigástrico, peristaltismo conservado. En radiografía fecaloma en recto y calcificación en hipocondrio derecho. Analíticas con leve elevación de enzimas hepáticas y elevación de PCR. Ecografía abdominal anodina. Radiografía abdominal: distensión abdominal e imagen cálcica en yeyuno. TC abdominal: vesícula biliar distendida con contenido líquido y litiasis de 13mm, litiasis ectópica de 21mm en yeyuno.

Juicio clínico

Obstrucción intestinal a filiar

Diagnóstico diferencial

Cuadro pseudooclusivo, íleo paralítico

Comentario final

La paciente fue diagnosticada de íleo biliar e ingresó en Cirugía para intervención quirúrgica. Es una causa rara de obstrucción del intestino delgado que afecta

a mujeres arias. Ante la sospecha es necesario derivar a Urgencias. Aún con la clínica de obstrucción intestinal fue difícil identificar el cuadro por la posición inicial de la litiasis, sin signos de aerobilia, niveles hidroaéreos o dilatación de asas.

Bibliografía

- Sertkaya M, Emre A, Akbulut S, Vicdan H, Sanli A. A typical gallstone ileus: Clinical, radiological and operational findings. *The Turkish Journal of Gastroenterology*. 2019; 30 (4): 377-380.
- Huang S, Huang M. Gallstone ileus: a diagnostic challenge by plain radiography. *Emergency Medicine Journal*. 2012; 30 (5): 370-370.

414/105. ¡Que dolor de pecho!

Autores:

A. Serrano Camacho¹, M. Orellana Beltrán², R. Dueñas Vargas³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Retamar. Unidad de Gestión Clínica Almería Periferia. Almería., ²Médico Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pechina. Unidad de Gestión Clínica Bajo Andarax. Almería., ³Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza de Toros. Almería.

Descripción del caso

Hombre de 55 años con antecedentes de IAM antero-lateral en diciembre 2018 con implantación stent en DA proximal, polineuropatía axonal sensitiva e intervención de cáncer de laringe, que acude a urgencias por presentar dolor centrotorácico opresivo, irradiado hacia hemitorax derecho y espalda, mientras estaba trabajando en el campo. Refiere alivio parcial del dolor con administración de nitroglicerina. El dolor es parecido al que tuvo cuando el IAM, pero más leve. Niega episodios previos desde el alta. No síncope ni palpitaciones. Niega proceso catarral ni síndrome febril en últimas semanas.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente y orientado. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Tolera decubito. Hemodinamicamente estable.

ACR: Tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. No dolor a la palpación. -MMII: Sin edemas ni signos de TVP

ECG: Ritmo sinusal a 63 lpm. PR normal. QRS estrecho. Eje normal. Elevación ST en II, III y aVF, V3-V6. T negativa en aVL y V2.

ECG seriados posteriormente sin cambios con respecto al inicial

Analítica: -Bioquímica con perfil hepático y renal: dentro de la normalidad -Hemograma: Normal -Coagulación: Normal

Troponinas I (ultrasensible) seriadas: 10 - 10 - 9

Radiografía tórax: Sin hallazgos

Ergometría: Se detiene en el estadio 3 de Bruce por dolor en EEII, alcanza 75% de FCMT y 8 mets, en pico de esfuerzo dolor en epigastrio, sin cambios eléctricos. Prueba clínica dudosa y eléctrica negativa.

Cateterismo cardíaco: Reestenosis crítica del 90% del stent DA proximal. Reimplantación de stent directo farmacactivo en DA próxima.

Juicio clínico

SCASEST. Angina inestable. Reestenosis crítica del stent DA proximal

Diagnóstico diferencial

Pericarditis. Miocarditis. Dolor musculoesquelético. Neumonía. Traumatismo. Neumotórax

Comentario final

A la hora de interconsultar con UCI, nos refieren que debido a no obtener patrón típico isquémico en ECG, que permaneciese en Observación para evolución. Se interconsulta posteriormente con Cardiología ante la no mejoría del paciente, que ya acuden para realización de Ergometría y cateterismo cardíaco. Paciente tras realizarle cateterismo y reimplantación de stent, fue ingresado a cargo de Cardiología para

completar tratamiento. Dado de alta con tratamiento de omeprazole, AAS 100mg, Ticagrelor 90mg, enalapril 10mg, bisoprolol 5mg y atorvastatina 80mg. A la cita de revisión en consultas externas, pendiente de realización de ecocardiografía y valoración para rehabilitación cardíaca.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Compendio de Medicina de Urgencias: guía terapéutica. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.

414/106. Dolor abdominal e ictericia crónica

Autores:

L. Santos Martín¹, M. Delgado Moya², N. Trujillo Díaz², M. Cerezo Salmerón³, J. de Castro Castro⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente. Hospital de Ríotinto. Huelva., ²Médico de Familia. Hospital de Río Tinto. Huelva., ³Médico Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva., ⁴Médico Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud de Moguer. Huelva.

Descripción del caso

Mujer de 70 años de edad, con antecedentes personales de osteoporosis e intervenida de fractura de cadera con osteosíntesis. En tratamiento con Bazedoxifeno acetato 20 mg, carbonato cálcico y colecalciferol.

Acude a Urgencias, por la presencia de ictericia y prurito en aumento progresivo desde hacia 5 meses junto a dolor en cuadrante superior derecho que no cede con analgesia habitual, esteatorrea, acolia y coluria intermitente.

Se procede a descartar patología abdominal urgente y a filiar causa responsable.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Ictericia en piel y mucosas, abdomen con dolor a la palpación en cuadrante superior derecho. Murphy positivo. Resto de exploración normal.

Pruebas complementarias: Bioquímica: Bilirrubina total 13.06, Bilirrubina Directa 11.95, GOT 2006, GPT 1344, GGT 164, FA 147, Ferritina 2157, Inmunoglobulinas: Ig G en suero 34.47.

Coagulación para valorar función hepática resultó estar en rango normal. Marcadores tumorales Ca19.9: 584.8.

Anticuerpos monoclonales ANA 1: 640 (positivo >1:80) Ac. músculo liso 1/160. Anti DNA positivo. Anti. SLA/LP: Positivo

Cobre en sangre y orina: negativos. C282Y/H63D: negativos. Coproporfirinas en orina: 204 (valor normal 50-200 mcg). Alpha-1 Antitripsina: negativos.

Marcadores víricos: Hepatitis B pasada.

Ecografía abdominal, TAC con contraste abdominal y colangiografía sin alteraciones.

Juicio clínico

Hepatitis autoinmunitaria tipo 1 (HAI).

Diagnóstico diferencial

Se descartó probable hepatotoxicidad medicamentosa, patologías de procedencia de vía biliar, como Cirrosis biliar primaria, Colangitis esclerosante primaria, Síndrome de Overlap, Hemacromatosis, Enfermedad de Wilson, Enfermedad celiaca o Lupus. Esteatohepatitis no alcohólica/ alcohólica. Hepatitis viral B o C

Comentario final

Tras resultados obtenidos, se descarta hepatotoxicidad medicamentosa por Bazedoxifeno acetato, dado que las transaminasas seguían elevándose a pesar de la retirada del fármaco. Se descarta patología biliar litiasica y otras causas de manifestación sistémica por no cumplir criterios de confirmación.

Los resultados obtenidos muestran elevación de marcadores autoinmunes que cumple criterios diagnósticos de enfermedad autoinmunitaria hepática (HAI) junto a histología compatible y ausencia de hepatitis.

La paciente se encuentra asintomática con tratamiento corticoideo, a dosis de prednisona 30 mg día.

Bibliografía

- Journal of Hepatology

414/114. Disnea en paciente bebedor

Autores:

L. Ballesteros Lechuga, I. Marín Serrano, M. Expósito Díaz-Álvarez.

Centro de Trabajo:

Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Gavellar. Úbeda. Jaén.

Descripción del caso

Hombre de 68 años sin alergias medicamentosas y con antecedentes personales de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión arterial, etilismo crónico. Tratamiento habitual: furosemida, enalapril, vildagliptina, budesonida/formoterol fumarato dihidrato inhalación. Acude al servicio de Urgencias por aumento de su disnea habitual. Tos con expectoración blanquecina. Afebril. No dolor torácico ni cortejo vegetativo

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general, consciente y colaborador. Tiraje intercostal. StO₂ 99%. Temperatura 35, 2°C. TA 125/63. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos sin soplos. Hipoventilación base izquierda. Miembros inferiores: edemas con fóvea. No signos de TVP.

- Analítica sanguínea: 14590 leucocitos, 11200 neutrófilos, proteína c reactiva 13. Troponina T 13. Gasometría arterial: pH 7,45, PpCO₂ 31, PpO₂ 72, StO₂ 94%.
- Radiografía tórax: derrame pleural de escasa cuantía base izquierda. No condensación. Índice cardio-torácico 5.

Ante la refractariedad al tratamiento con corticoides vía parenteral y a varias administraciones de aerosoles de betabloqueantes y anticolinérgicos sin mejoría sintomática, el paciente es ingresado en el servicio de

Medicina Interna. En el transcurso del ingreso, sigue mismo tratamiento más antibiótico vía parenteral sin mejoría. Además, padece los primeros días episodio de privación alcohólica con agresividad. Se realiza ecocardiograma en planta: VI levemente dilatado e hipertrófico con hipocinesia global y disfunción severa (FEVI 30%). VD dilatado con disfunción severa y aurículas dilatadas

Juicio clínico

Miocardopatía dilatada con disfunción biventricular severa

Diagnóstico diferencial

Neumonía adquirida en la comunidad, hiperreactividad bronquial, exacerbación EPOC...

Comentario final

El alcohol es la toxina más común implicada en la cardiomiopatía dilatada crónica. El consumo excesivo puede contribuir a más del 10% de los casos de insuficiencia cardíaca. La insuficiencia cardíaca en la miocardopatía alcohólica grave es la suma de los daños permanentes y un componente sustancial que es reversible después de que cese el consumo de alcohol. La retirada debe ser supervisada para evitar exacerbaciones de la insuficiencia cardíaca o arritmias. Incluso con una enfermedad grave, puede producirse una mejoría marcada en los 3 a 6 meses posteriores a la abstinencia

Bibliografía

- Lakdawala NK, Stevenson L, Loscalzo J. Cardiomyopathy and Myocarditis. En: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. eds. Harrison's Principles of Internal Medicine, 19e New York, NY: McGraw-Hill; 2014.

414/115. Herida con evolución tórpida en pie

Autores:

M. García Prat¹, A. Ramírez Sánchez², G. Rodríguez Villadeamigo³, A. Delgado Vidarte⁴, M. Carrero Morera¹, J. Pardo Álvarez⁵.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva., ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartaya. Huelva., ³Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva., ⁴Médico de Familia. Centro de Salud La Orden. Huelva., ⁵Médico de Familia. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.

Descripción del caso

Varón de 44 años sin antecedentes personales de interés. Natural de Rumanía. Niega RAMs o tratamiento domiciliario. Su hermano padece DM tipo II.

Acude a la consulta de su médico de Atención Primaria por herida en MID provocada por rascado reiterativo y en 2º dedo pie derecho tras traumatismo hace un mes mientras trabajaba en el campo. Sin mejoría con curas locales en domicilio. Afebril.

Tras exploración completa y toma de constantes llama la atención una glucemia capilar de 452mg/dL. Ante la sospecha de pie diabético con mala evolución se administran 10U de insulina y se deriva al Hospital.

Exploración y pruebas complementarias

TA 137/84mmHg, FC 63lpm, SatO2 98%. Dxt 452.

BEG, BHYP, COC. Eupneico.

MID: úlcera pretibial de 2cm de diámetro aproximadamente, con bordes sobreelevados y eritematosos, con escaras y fondo fibrinoso. Aumento de tamaño del 2º dedo, eritematoso, secreción purulenta, pérdida de falange distal, tejido circundante eritematoso y descamado. No dolorosa. Celulitis en resto del pie. Pulsos disminuidos.

Resto de la exploración por aparatos normal.

Analítica: leucocitos 12850, neutrófilos 82%, Hb 12g/dL, plaquetas 266000. INR 1.01. Bioquímica con glucosa 467mg/dL, iones y función renal normales. CPK 25mcg/L, PCR 145. 6. Lactato 11. 7.

Radiografía MID: signos de osteomielitis con resorción de falange distal del segundo dedo.

Se cursan cultivos de exudados.

Ingresa para antibioterapia intravenosa con piperacilina/tazobactam, desbridamiento y curas locales. Glucemias controladas con insulina. Pendiente de valoración por Cirugía Vascular.

Juicio clínico

Pie diabético

Diabetes Mellitus no conocida

Diagnóstico diferencial

Tromboembolismo, celulitis, flebitis, fractura, neuropatía, vasculopatías, fascitis necrotizante.

Comentario final

Una herida en MMII con evolución tórpida, trofismo, déficit sensitivo y signos de osteomielitis debe hacernos pensar en un pie diabético en el contexto de una DM no diagnosticada o mal tratada. Desde atención primaria se puede realizar una glucemia capilar que nos orientará en el diagnóstico.

El inicio de la alteración clínica del pie diabético radica en el descontrol metabólico, la interacción de los mecanismos neuropáticos, microvasculares y macrovasculares.

Bibliografía

- Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cervo C, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. 7ª ed. Madrid: EGRAF, S. A. ; 2012; 25: 341-345.
- Viana C, Guía clínica de Fibrilación Auricular. 2014. Servicio de Atención Primaria de Elviña-Mesoiro. A Coruña. Fistera. com; 2014. Elsevier. Disponible en: www.fistera.com

414/117. No siempre lo más frecuente es lo más probable. Infección respiratoria VS Enfermedad pulmonar intersticial.

Autores:

M. García Gómez¹, G. Rodríguez Villadeamigo², M. Ochoa Pascual³, A. Carmona González⁴, M. Nuñez Azofra².

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva, ²Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva., ³Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva., ⁴Centro de Salud Isla Chica.

Descripción del caso

Mujer de 15 años, natural de Japón, con antecedente de rinoconjuntivitis alérgica en tratamiento con inmunoterapia (Vacuna Depigoid duo). Acude a su Médico de Atención Primaria por fiebre de 39°C y molestias faríngeas desde hace 4 días. Se le pauta tratamiento antibiótico sin mejoría, refiriendo además cefalea intensa, por lo que dado la persistencia clínica, es derivada a urgencias hospitalarias para valoración.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: crepitantes en base derecha y dolor retroesternal al toser.

Pruebas complementarias:

- Analítica normal salvo PCR 227. 8
- Pruebas cutáneas: positivo D. Pteronyssinus, L. Destructor y olivo.
- Rx tórax: infiltrados alveolares en hemitorax derecho.
- Autoinmunidad negativos.
- Ig G a Chlamydia Pneumofila positiva.
- BAL: cociente linfocitos T4/T8 4. 06.
- TAC Tórax: tenues infiltrados en vidrio deslustrado de predominio derecho, en fase de resolución, de amplio diagnóstico diferencial.

Se le administra amoxicilina-clavulánico, claritromicina y dosis altas de corticoides con notable mejoría durante su ingreso y con casi la total resolución de infiltrados.

Es derivada a consultas de enfermedades intersticiales para estrecho control y reintroducción de corticoides.

Juicio clínico

- Infecciones incluyendo gérmenes oportunistas.
- Neumonitis intersticiales.

Diagnóstico diferencial

- Alveolitis alérgica extrínseca.
- Neumonía eosinófila crónica.
- Sarcoidosis.

Comentario final

Existen una gran cantidad de entidades que pueden provocar EPID y suelen compartir características clínicas, radiológicas o funcionales. Por ello, una exhaustiva historia clínica, prestando especial atención a exposiciones y datos exploratorios será fundamental para una correcta aproximación diagnóstica.

La Auscultación Respiratoria permite detectar crepitantes finos y/o velcros en bases que nos induce a pensar en una EPID. No olvidar que el médico de atención primaria es el primer eslabón del diagnóstico.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. 5th. ed. Elsevier 2015

414/120. Ginecomastia y anosmia. A propósito de un caso de Sd de Kallman.

Autores:

M. García Gómez¹, M. Ochoa Pascual², M. López Valverde³, G. Rodríguez Villadeamigo⁴, A. Carmona González⁵, M. Nuñez Azofra⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva, ²Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva., ³Médico Especialista en Endocrinología y Nutrición. Centro de especialidad Virgen de la Cinta. Huelva., ⁴Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva., ⁵Centro de Salud Isla Chica.

Descripción del caso

Varón de 16 años que consulta a su Médico de Atención Primaria por ginecomastia de 2 años de evolución y falta de desarrollo de caracteres secundarios. Tras resultados analíticos (testosterona 0.38, SHBG 8.41, LH 0.4, FSH 0.2 y prolactina 108 mUI/ml), se pauta cipionato de testosterona 200 mg intramuscular cada 2 semanas. Rehistoriando al paciente, se detecta anosmia, por lo que es derivado a Consultas de Endocrinología para valoración.

Exploración y pruebas complementarias

Peso 70.5 kg, talla 179 cm, IMC 22 kg/m².

Exploración mamaria: ginecomastia bilateral indolora, no tumoraciones ni adenopatías axilares.

Examen genital: testículos pequeños y simétricos sin masas palpables, tamaño testicular determinado con orquidómetro inferior a 4 ml. Pene de 6,5 cm longitud.

Analítica: TSH 2.37; T4L 1; cortisol basal 13; LH 0.4; FSH 0.2; testosterona 0.14; SHBG 9 nmol/L; IGF-1 198 ng/ml. Resto anodino.

Rx AP de mano y muñeca izquierda: Según tablas de Hernández la edad ósea corresponde a 15 años.

Ecografía testicular: ambos testículos disminuidos de tamaño situados en ambas bolsas escrotales.

Ecografía de mama: ecoestructura con predominio graso en relación con adipomastia bilateral, existiendo a nivel retroareolar, imágenes de menor ecogenicidad y alargadas, en el contexto de ginecomastia proliferativa.

Se diagnosticó de Sd Kallman y se inició tratamiento con testex prolongatum 250 mg, una ampolla intramuscular cada 14 días. Se cita de nuevo con control analítico y se le ofrece la posibilidad de tratamiento con GCH + FSH, opción que rechaza.

Juicio clínico

Ginecomastia + síndrome de Kallman (hipogonadismo hipogonadotrofo + anosmia).

Diagnóstico diferencial

Mastitis, lipomas, neoplasia mamaria.

Comentario final

La ginecomastia se define como el crecimiento anormal de tejido glandular mamario en el varón. Normalmente suele tratarse de un proceso benigno, aunque en ocasiones es la expresión de un proceso patológico subyacente, sobre todo si aparece en la edad prepuberal. Tras descartar malignidad, puede ser preciso el tratamiento médico debido a la repercusión psicológica asociada.

Bibliografía

- Maestre de San Juan A. Teratología: falta total de los nervios olfatorios con anosmia en un individuo en quien existe una atrofia congénita de los testículos y miembro viril. *El Siglo Med*, 3 (1856), pp. 218-222

414/123. Síncope y patrón S1Q3T3. A propósito de un caso.

Autores:

G. Rodríguez Villadeamigo¹, M. García Gómez², M. García Prat³, E. Pérez Razquin⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva., ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva, ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva., ⁴Médico de Familia de Equipo Básico de Atención Primaria. Centro de Salud.El Torrejón. Huelva.

Descripción del caso

Mujer de 44 años. Único antecedente de interés: Obesidad tipo III. Acude al médico de familia (MF) por pérdida de conciencia brusca en sedestación con incontinencia de esfínter urinario. Niega dolor torácico o disnea. Sin movimientos tónico-clónicos ni traumatismo craneoencefálico. Niega toma de anticonceptivos o viajes largos recientes. Los días previos asintomática.

A su llegada: Saturación O2 90%, FC 90 lpm, TA 140/80mmHg. Exploración general y neurológica normal.

ECG: RS a 100 lpm, pr constante de 128 mseg, QRS estrecho. Patrón S1Q3T3.

Se deriva a urgencias hospitalarias por sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP). Finalmente es ingresada en Neumología, quienes la citan en consultas externas tras el alta hospitalaria.

Exploración y pruebas complementarias

Urgencias: Saturación O2 94-95% con O2 a 6L. Clínica y hemodinámicamente estable.

RX Tórax: sin hallazgos.

Analítica:

- Hemograma: Hb 9.8 g/dL, Hcto 30%, VCM 81. Resto normal.
- Coagulación: normal. Dímero D 2730.
- Bioquímica básica normal. Tiroxina, ProBNP y enzimas cardíacas normales.
- Gasometría arterial: pH 7.445, PpCO2 33.5, PpO2 53.8. SatO2 88%.

AngioTAC tórax: defectos de repleción intraluminales con ocupación parcial de la luz de arterias lobares y segmentarias de ambos hemitórax. Hallazgos compatibles con TEP agudo masivo bilateral.

Se anticoagula e ingresa en Neumología:

Miembro inferior izquierdo normal. Derecho con cordones varicosos aumentados de tamaño, dolorosos a la palpación y aumento de la temperatura local. Se coloca media de compresión.

EcoDoppler venoso de miembros inferiores: descarta trombosis venosa profunda.

Ecocardio Transtorácica: Estructural y funcionalmente normal. FEVI 69%.

Ampliación analítica: Factor Reumatoide y Proteína C Reactiva normales. Autoinmunidad y Alfa-1-antitripsina pendientes y revisadas en Consultas Externas; tras verificar normalidad se procedió al alta.

Juicio clínico

TEP Agudo bilateral masivo

Diagnóstico diferencial

Síncope: accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, crisis comicial, hipoglucemia.

TEP: pericarditis, pleuritis, neumotórax, neumonía.

Comentario final

Destacar el papel del MF, que pese a disponer de menos pruebas complementarias, enfoca el diagnóstico gracias a la anamnesis y el electrocardiograma (que presentaba un patrón típico de TEP).

Es importante tener en cuenta los signos de alarma en un síncope no-vasovagal, sedestación y ausencia de pródromos en este caso, ya que podemos evitar el retraso diagnóstico de una patología potencialmente grave.

Bibliografía

- D. L. Longo, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, J. L. Jameson, J. Loscalzo. Harrison. Principios de medicina interna. Vol 1. 18ª ed. Mexico: McGraw-Hill; 2012.

414/128. Hematuria en Pediatría, a propósito de un caso

Autores:

C. Ramírez Sánchez¹, N. Trujillo Díaz², M. García Fraile³.

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud de Moguer., ²Médico de Familia. Hospital de Río Tinto. Huelva., ³Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valverde. Huelva.

Descripción del caso

Paciente mujer de 9 años que acude a Urgencias por dolor en región lumbar izquierdo que se irradia hacia trayecto ureteral, disuria y tenesmo desde las 3 de la tarde, que se acompaña de náuseas y hematuria franca.

Hace 4 días tuvo el mismo episodio de dolor en región lumbar, que mejoró tras presentar dos o tres vómitos autolimitados.

- No alergias medicamentosas conocidas.
- Sin antecedentes personales de interés.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general, consciente, orientada, afectada por el dolor (Score EVA 6-7 puntos). Bien hidratada y bien perfundida. Buena coloración de piel y mucosas. Eupneica. Afebril.

ACP: Tonos cardiacos rítmicos, sin soplos. Buena ventilación de ambos campos pulmonares, sin ruidos añadidos.

Abdomen blando y depresible, doloroso a palpación en vacío izquierdo, sin defensa. Puñopercusión renal izquierda positiva. Ruidos hidroaéreos presentes.

Piel y mucosas: no exantema ni petequias.

Pruebas complementarias:

- Hemograma: Leucocitos 9.900. Hb 10.4. Plaquetas 449000.
- Bioquímica: función renal normal, LDH 325 U/L. PCR 9,7. Procalcitonina 0,10.
- Gasometría venosa: pH 7,45. pCO2 36. Bicarbonato 24. Láctico 1,3.
- Coagulación: TP 15 seg, TPTa 30, 8 seg.
- Sedimento orina: densidad 1015, leucocitos 250. Proteínas 200 mg/dl, hematíes 300.
- Ecografía de abdomen: Lesión focal sólida ocupando parcialmente el seno renal izquierdo, determinando compresión – desplazamiento del sistema excretor (3,5 x 3,9 x 3,8 cm); dadas sus características y el contexto clínico, es sugestiva de tumor de Wilms como primera opción diagnóstica.
- TAC de tórax: sin alteraciones.
- RNM abdominal con contraste: Lesión neoplásica en seno renal izquierdo, sin evidencia de afectación vascular, ni adenopatías locorregionales.

Juicio clínico

Tumor de Wilms

Diagnóstico diferencial

Las causas principales de hematuria macroscópica en el niño son:

1. Infecciones del tracto urinario (ITU).
2. Irritación del área perineal.
3. Traumatismos.

Otras causas son: nefrolitiasis, enfermedad glomerular, coagulopatía, tumores (tumor de Wilms) y cistitis hemorrágica secundaria a fármacos.

Comentario final

Ante un niño que consulta por hematuria debemos descartar la existencia de un tumor renal.

Bibliografía

- Gabriel M Cara, Antonia Peña. Hematuria. Anales de Pediatría Continuada. 2009. Vol 7. Núm 2. Páginas 61-126

414/129. Escrofuloderma: una forma rara de tuberculosis

Autores:

J. Molina Moreno¹, E. Vázquez Mancilla², E. Calatrava López-Ronco³, E. Torresano Porras⁴, M. Peláez Pérez⁵.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente Unidad de Gestión Clínica Las Delicias. Málaga., ²Centro de Salud Delicias. Málaga., ³Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torcal. Málaga., ⁴Médico Residente de Unidad de Gestión Clínica Las Delicias. Málaga., ⁵Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Nueva Málaga. Málaga.

Descripción del caso

Paciente varón de 81 años. Enfermedad de Alzheimer en estadio moderado y artrosis. Acude a consulta tras la aparición en el último mes, de lesiones

nodulares en el cuello, no dolorosas y con signos de sobreinfección. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias

Tumoración cutánea de 3-4 cm de diámetro en región paracervical anterior derecha, con ulceración central y gran induración perilesional inflamatoria, adherida a planos profundos.

Es diagnosticado de quiste sebáceo sobreinfectado, procediendo a drenaje, cura local y antibioterapia empírica con Amoxicilina-Clavulánico. Se realiza cultivo de la secreción, resultando positivo para *Klebsiella* y *Streptococo pneumoniae*. Ante la mala evolución de la lesión, el paciente es valorado por Dermatología, quien ante la sospecha de granuloma tuberculoso solicita Mantoux, siendo débilmente positivo (10 mm). Radiografía de tórax sin alteraciones y analítica general normal. Se diagnostica de Tuberculosis cutánea y se toma biopsia, con resultado de granuloma supurativo dérmico con folliculitis asociada y cultivo de la muestra negativo para micobacterias. A pesar de todo, se inicia tratamiento con Isoniacida, Rifampicina y Etambutol con buena respuesta y desaparición de las lesiones.

Juicio clínico

Tuberculosis cutánea: escrofuloderma

Diagnóstico diferencial

Quiste sebáceo sobreinfectado, hidradenitis supurativa, sífilis, actinomicosis

Comentario final

El escrofuloderma se caracteriza por el compromiso de la piel a partir de un proceso tuberculoso subyacente preferentemente ganglionar, en forma de absceso frío que evacúa espontáneamente. La mayor incidencia ocurre en niños, adolescentes y ancianos. Se localiza habitualmente en región cervical por afectación de los ganglios regionales, y suele ser unilateral. Las lesiones de los focos descritos se reblandecen y evacúan su contenido hacia la piel, dejando frecuentemente en su evolución una cicatriz estrellada de aspecto queiloideo sembrada de comedones, que sugieren el diagnóstico retrospectivo. En aquellos casos que el cuadro clínico no se pueda confirmar con

los exámenes complementarios, la respuesta al tratamiento empírico con tuberculostáticos es otro criterio diagnóstico, como ocurre en nuestro caso clínico. Es importante mantener una alta sospecha clínica

Bibliografía

- Barbagallo J, Tager P, Ingleton R, et al. Cutaneous tuberculosis: diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol* 2002; 3: 319.
- Pizzariello G, Fernandez Pardal P, D'atri G, Novac V, Uranga A. Espectro clínico de tuberculosis. *Rev Argent Dermatol* 2008; 89: 177-187.

414/130. Doctora, ¿y si no trato mi úlcera?

Autores:

I. Romero Barranca¹, C. Romo Guajardo-Fajardo², I. Pineda Muñoz².

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 3º año. Centro de Salud Luis Taracido. Huelva., ²Médico Residente 2º año. Centro de Salud Luis Taracido. Huelva.

Descripción del caso

Mujer de 64 años con artritis reumatoide como único antecedente de interés, no se realiza controles analíticos desde hace años. Situación social deprimida, cuidadora principal de una hija dependiente. Acude, traída por una vecina que la encuentra en domicilio con miembro inferior izquierdo maloliente y edematizado. La paciente tiene úlcera en pie izquierdo de meses de evolución por la que no ha realizado consulta médica. En las últimas semanas, empeoramiento del estado general con progresión de la úlcera hasta tercio proximal de miembro inferior izquierdo, requiriendo encamamiento.

Exploración y pruebas complementarias

Mal estado general, consciente, orientada, colaboradora. Caquética. Deshidratada. Eupneica.

TA: 108/45. Tª: 35. 6°C Sat O2 98% FC: 65 lpm

ACR: Buen murmullo vesicular. Tonos rítmicos a buena frecuencia.

Miembro inferior izquierdo edematoso hasta tercio proximal, con placas serosas supurativas sobre base eritematosa, maloliente. Gangrena húmeda. Pulso pedio débil, aunque conservado. Se palpan pulsos femorales y poplíteos. Úlcera necrótica primera unión metatarsal-falángica.

Pruebas complementarias:

- EKG: RS a 60 lpm, sin alteraciones agudas de la repolarización.
Tras inicio de sueroterapia, analgesia y antibioterapia intravenosa se deriva a urgencias hospitalarias.
- Analítica: leucocitos 22070 (N 89%, L 7%), Hb 10.3, plaquetas 65000, TP 1.23, Glu 101, urea 322, Creatinina 4.26, Na 134, K 8.4, PCR 92, Procalcitonina 1.51.
- EcoTAC Miembro inferior izquierdo sin contraste: Infiltración líquida de tejido celular subcutáneo, sin colecciones intramusculares. Vasos arteriales con ondas de morfología normal, con flujo hasta porciones distales. No se observa gas en tejidos blandos que confirme fascitis necrotizante.
- Hemocultivo: *Klebsiella*.

Juicio clínico

Sepsis por infección de partes blandas. Gangrena miembro inferior izquierdo con posible isquemia crítica.

Diagnóstico diferencial

Isquemia arterial aguda. Fascitis necrotizante. Celulitis.

Comentario final

Este caso refleja la importancia del tratamiento precoz de úlceras vasculares por el posible desenlace fatal si evoluciona sin intervención médica.

Bibliografía

- Rooke TW, Hirsch AT, Misra S, et al. Management of patients with peripheral artery disease (compilation of 2005 and 2011 ACF/AHA Guideline Re-

commendations): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2013; 61: 1555.

- Layden J, Michaels J, Bermingham S, et al. Diagnosis and management of lower limb peripheral arterial disease: summary of NICE guidance. BMJ 2012; 345: 4947.

414/131. Dolor abdominal, signos que orientan a gravedad.

Autores:

I. Romero Barranca¹, I. Pineda Muñoz², C. Romo Guajardo-Fajardo².

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 3º año. Centro de Salud Luis Taracido. Huelva., ²Médico Residente 2º año. Centro de Salud Luis Taracido. Huelva.

Descripción del caso

Motivo de consulta: Varón de 71 años con factores de riesgo cardiovascular que acude a nuestra consulta de urgencias de Atención Primaria por dolor abdominal cólico en flanco izquierdo irradiado a hipogastrio iniciado en teste izquierdo de 9 horas de evolución con cortejo vegetativo. Afebril. Hábito deposicional normal. Polaquiuria. No episodios previos similares.

Antecedentes personales: Cardiopatía isquémica multivazo revascularizada, Bloqueo AV 1er grado, Bloqueo de rama izquierda, Insuficiencia cardíaca, Claudicación de miembros inferiores, Gota, Hipercolesterolemia. Exfumador.

Tratamiento habitual: Ranolazina, Ramipril, Bisoprolol, Roxubastatina, AAS, Clorazepato dipotásico, Clopidogrel, mononitrato de isosorbida, Furosemida, Alopurinol.

Exploración y pruebas complementarias

Examen físico: TA: 90/45. Temperatura: 36 Saturación O2: 96%. Glucemia: 110.

Regular estado general. Sudoroso. Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido.

Auscultación Cardiorrespiratoria: Tonos taquicárdicos sin soplos. Buen murmullo vesicular.

Abdomen globuloso, depresible. Doloroso a la palpación de flanco e hipogastrio izquierdo con defensa a la palpación. Ruidos hidroaéreos conservados. Murphy y blumberg negativos. Puño percusión renal negativa. Pulsos periféricos conservados. No megalias. Hernia inguinal izquierda, reductible, sin signos de estrangulación ni incarceration.

Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias:

ECG: Estimulación biventricular mediada por marcapasos. Sin alteraciones agudas de la repolarización.

Análítica: Leucocitosis, neutrofilia. Glucosa 215, Creatinina 1.41. Hemoglobina: 7.5.

Rx tórax portátil: Cardiomegalia global. Hilios pulmonares prominentes.

TAC ABDOMEN: Rotura aneurisma aorta abdominal a nivel infrarrenal.

Juicio clínico

Rotura aneurisma aorta abdominal infrarrenal.

Diagnóstico diferencial

Rotura aneurisma de aorta, cólico nefrítico (poco probable por la edad del paciente y la ausencia de cólicos nefríticos previos), pancreatitis aguda, perforación de colon hernia inguinal complicada.

Comentario final

Es fundamental el conocimiento de los signos de alarma que nos sugieren patología urgente en el dolor abdominal.

Bibliografía

- Stather PW, Sidloff DA, Rhema IA, et al. A review of current reporting of abdominal aortic aneurysm mortality and prevalence in the literature. Eur J Vasc Endovasc Surg 2014; 47: 240.
- Sanson TG, O'Keefe KP. Evaluation of abdominal pain in the elderly. Emerg Med Clin North Am 1996; 14: 615.

- Cartwright SL, Knudson MP. Evaluation of acute abdominal pain in adults. AM FAM Physician. 2008; 77: 971-8.

414/132. Migraña oftalmopléjica: la gran simuladora. A propósito de un caso

Autores:

J. Molina Moreno¹, M. Fernández Aranda², A. Ruiz Vela³, M. Muñoz Hinojosa⁴, E. Vázquez Mancilla⁵, S. Alejandro Durán⁶.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente Unidad de Gestión Clínica Las Delicias. Málaga., ²Médico Residente. Unidad de Gestión Clínica Coín. Málaga., ³Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica San Andrés Torcal. Málaga., ⁴Médico Residente. Unidad de Gestión Clínica de Puertablanca. Málaga., ⁵Centro de Salud Delicias. Málaga., ⁶Médico Residente. Unidad de Gestión Clínica Tiro Pichón. Málaga.

Descripción del caso

Paciente de 41 años, natural de Paraguay. Antecedentes personales de migraña con aura de alta frecuencia e hipertensión arterial. Acude a consulta por cefalea frontotemporal derecha de cuatro días de evolución, asociada a diplopia del ojo derecho desde ayer. Fotofobia. No náuseas ni vómitos. El paciente refiere episodios previos de visión doble, que nunca han sido estudiados ni han dejado secuelas

Exploración y pruebas complementarias

Auscultación cardiorespiratoria sin alteraciones. Consciente y orientado. Lenguaje normal. Pupilas iguales y normorreactivas. Sensibilidad facial conservada y simétrica. Parálisis del VI par craneal derecho completa, con dificultad para movilizar el ojo derecho hacia el lado temporal. Ojo izquierdo con motilidad normal. No asimetría facial. Tono y trofismo normal. No claudicación en Barré ni Mingazzini. Romberg negativo. Marcha normal sin inestabilidad. Derivo a Urgencias hospitalarias donde se realiza TAC sin contraste de cráneo sin hallazgos patológicos. Se ingresa a paciente en Neurología para estudio en pro-

fundidad y tratamiento, con realización de punción lumbar sin alteraciones. Fondo de ojo normal.

Juicio clínico

Migraña oftalmopléjica

Diagnóstico diferencial

Accidente cerebrovascular, tumor cerebral, aneurisma cerebral, infección cerebral, polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica

Comentario final

La migraña oftalmopléjica es una patología rara, que se da más frecuentemente en niños y jóvenes, y que puede afectar a los nervios par craneales tercero, cuarto o sexto. Se trata de un diagnóstico de exclusión, por lo que es necesario descartar otras patologías con clínica similar, tales como el accidente cerebrovascular. La parálisis del músculo extraocular puede ocurrir con el primer ataque de cefalea o, rara vez, precederlo. Como secuela, puede quedar un daño permanente del par craneal. Por lo tanto, en un paciente con crisis migrañosas frecuentes, hemos de tener siempre en cuenta esta patología, no olvidando descartar en primer lugar las causas neurológicas más graves, especialmente si el paciente tiene factores de riesgo cardiovascular.

Bibliografía

- Gelfand, AA. Gelfand, JM. Prabakhar, P. Goadsby, PJ. Ophthalmoplegic "Migraine" or Recurrent Ophthalmoplegic Cranial Neuropathy: New Cases and a Systematic Review.
- J Child Neurol. 2012 June ; 27 (6): 759-766.
- Kobayashi, Y. Kondo, Y. Uchibori, K. Tsuyuzaki, J. Recurrent painful ophthalmoplegic Neuropathy with residual midriasis in an Adult: should it be classified as ophthalmoplegic migraine?. Intern Med (2017). 56: 2769-2772

414/133. No siempre es infección

Autores:

E. Gutiérrez Reyes¹, V. Yáñez Bermejo², E. Ballesteros Muñoz³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro San Andrés-Torcal. Málaga., ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta., ³Médico Residente 3º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Teatinos. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 65 años que refiere sensación disneica por cuadro respiratorio de vías altas.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Hipertensión arterial. Hábitos tóxicos: Bebedor ocasional. Ex-fumador desde hace 3 meses de 20 cigarrillos/día desde hace 40 años. Tratamiento: Enalapril 20mg/hidroclorotiazida 12. 5mg cada 24 horas. Intervenido de colecistectomía.

Consulta por aumento de disnea en días previos, coincidiendo con cuadro respiratorio, con tos seca, sin expectoración. Afebril. Comenta en meses anteriores, disnea a grandes-moderados esfuerzos.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y percutido. Eupneico en reposo. SatO₂ 96 basal%. TA: 135/85. FC 79 lpm. Al andar en consulta: SatO₂ 89-90%

ACR: tonos rítmicos, sin soplos. Hipoventilación generalizada. No ruidos patológicos.

Abdomen normal. No edemas ni signos de TVP en miembros inferiores.

Analítica de sangre: normal, excepto PCR 79. Rx tórax: ICT normal. aplanamiento diafragmático. Signos de hiperinsuflación pulmonar. No derrame ni infiltrados. EKG: Ritmo sinusall a 80 lpm. No signos agudas de la repolarización.

Se solicita espirometría con prueba broncodilatadora, tras tratamiento antibiótico, con resultados: FEV₁/FVC 58%, con PBD negativa.

Juicio clínico

EPOC de grado moderado

Diagnóstico diferencial

Asma. Infección vías respiratorias altas. Insuficiencia cardíaca congestiva.

Comentario final

Se inicia tratamiento, con medidas no farmacológicas: Fomentar actividad física, vacunación anti gripal y antineumocócica, espirometría anual de control. No fumar; y farmacológica con tratamiento de base con inhalaciones de Indacaterol+glicopirronio cada 24 hs.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica viene definida por su presentación clínica y por sus consecuencias sobre la función pulmonar: la reducción de los flujos aéreos. Para realizar, por tanto, el diagnóstico de EPOC es necesario confirmar la presencia de limitación irreversible al flujo aéreo mediante espirometría, que deben medirse de forma habitual y en situaciones especiales y su utilidad en el tratamiento del paciente con EPOC.

Bibliografía

- Neumosur. GesEPOC. Guía terapéutica basada en la evidencia. Averroes.

414/134. TEP parece, neumonía no es

Autores:

E. Gutiérrez Reyes¹, E. Sánchez Hernica², E. Sicilia Barea³, A. Cordero Moreno⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro San Andrés-Torcal. Málaga., ²Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Torcal. Málaga., ³Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torcal. Málaga., ⁴Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Carranque. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 28 años, sin antecedentes de interés, fumadora desde los 18 años de 15 cigarrillos/día. Vacunación correcta. Tratamiento: Drospirenona/Etinilestradiol (anticonceptivo hormonal)

Consulta en Atención Primaria por dolor abdominal difuso de tipo cólico, fiebre de hasta 39'5º desde hace tres días, un episodio de vómito. No diarrea. No síndrome micciones. Sin antecedentes epidemiológicos de interés.

Refiere dolor en hipocondrio derecho intermitente desde hace meses, que aumenta con la inspiración profunda.

Se realiza Rx tórax de Urgencia y se deriva a Urgencias Hospitalarias para continuar estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Análítica de sangre: Hb 14, 3 Ht 39'1 Leucocitos 6500 (N 75'4%) Plaquetas 347000 Glucosa 92 Urea 48 Creatinina 0'58 Na138, K 3, 9 Amilasa 93. Sedimento orina: negativo. Test mononucleosis negativo. Rx abdomen: sin alteraciones.

Temperatura: 38'5 TA 120/60, Astenia intensa. Consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. SatO2 97% basal.

ACR: tonos rítmicos, sin soplos, ligera hipofonesis en base derecha. ORL: No exudados amigdalares. No adenopatías. Abdomen: molestias a la palpación de hipocondrio derecho. Murphy, Blumberg negativo. Resto, normal.

Rx tórax: ICT normal. Derrame pleural derecho hasta campos medios. No infiltrados. Angio-TAC torácico: no defectos de repleción en arterias pulmonares. Derrame pleural derecho con atelectasia de lóbulo inferior

Líquido Pleural: Aspecto seroso pH 7'27 Glucosa 76 amilasa 38 LDH 1656 proteínas 4 ADA 79. Tinción Gram: negativa. Cultivo esputo: Auramina negativa. Ag de legionella y neumococo negativos. Mantoux: 20 mm

Juicio clínico

Tuberculosis

Diagnóstico diferencial

Neumonía. Tromboembolismo pulmonar. Pancreatitis aguda

Comentario final

Se inicia tratamiento con tuberculostáticos (Isoniazida, Rifampina, Etambutol, Pirazinamida), mejorando toda la clínica.

La TBC es una enfermedad causada por M. tuberculosis, curable y prevenible. Este riesgo es mucho mayor para personas con inmunodeficiencia, como ocurre en casos de infección por el VIH, malnutrición o diabetes, o consumidores de tabaco. Desde Atención primaria, el objetivo es la detección y tratamiento, así como, una rápida notificación del caso, para favorecer la erradicación de la infección y la búsqueda selectiva de infectados para realizar una correcta profilaxis.

Bibliografía

- Harrison. Principios de Medicina Interna. Edit. Mc Graw-Hill. 2006. 16º ed.
- Medicina Integral. Medicina preventiva y asistencial en atención primaria de la salud. Tema monográfico: Tuberculosis. Ed Doyma, vol. 39, nº5. 2002.

414/139. Lesiones eritematosas en Atención Primaria

Autores:

E. Calatrava López-Ronco¹, E. Sánchez Hernica², E. Sicilia Barea³, M. Rojas Martínez⁴, A. Terrón Sánchez¹.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torcal. Málaga., ²Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Torcal. Málaga., ³Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torcal. Málaga., ⁴Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga.

Descripción del caso

A. Personales:

NAMC, Independiente ABVD

Epilepsia, HTA, Dislipemia en tratamiento: Lamotrigina 50mg, Simvastatina 20 mg, AAS 100mg, Enalapril 20mg/Hidroclorotiazida 12, 50mg.

Varón 60 años acude a consulta por lesiones cutáneas en espalda de un mes de evolución que va en progresión. No pruriginosas ni dolorosas. Afebril. Vive en zona urbana sin relación con animales. No viajes recientes ni relaciones sexuales de riesgo.

No otra sintomatología de interés.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física buen estado general, TA 130/80, Fc 87lmp ACR: tonos rítmicos sin soplos.

En espalda abundantes lesiones tipo papula de 0.5cm eritematovioláceas que no blanquean a la vitopresión sugestivas de petequias.

Se solicita Analítica y serología y se pauta Metilprednisolona crema.

Vuelve a consulta sin mejoría clínica incluso aumento de lesiones expandiéndose a nalgas. Analítica: hemograma y coagulación normal, Serología sin alteraciones.

Se deriva a dermatología donde se inicia tratamiento con deflazacort 30mg y realizan biopsia con diagnóstico histopatológico liquen plano.

Juicio clínico

Liquen Plano.

Diagnóstico diferencial

Lupus Eritematoso, Psoriasis en gotas, la pitiriasis rosada de Gibert, las erupciones liquenoides por medicaciones.

Comentario final

El liquen plano es una enfermedad mucocutánea crónica, de carácter inflamatorio, etiología desconocida y naturaleza autoinmune, en la que se produce una agresión T linfocitaria dirigida frente a las células de la capa basal de la epidermis. Puede afectar la piel, las mucosas (oral, genital), las uñas y el pelo.

Su diagnóstico puede ser un reto facultativo ya que no son las lesiones cutáneas más frecuentes en primaria además debido a la diversidad de presentaciones clínicas dermatológicas.

Bibliografía

- Guías Clínicas Fistera. Ackerman Dermatología. Camacho Martinez F, Carlos Moreno J, Conejo-Mir J. Manual dermatología 1ª edición Madrid: Aula Médica 2010.

414/140. Doctora, mi padre está desorientado

Autores:

A. Ruiz Vela¹, M. Fernández Aranda², J. Molina Moreno³, P. Arjona González⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica San Andrés Torcal. Málaga., ²Médico Residente. Unidad de Gestión Clínica Coín. Málaga., ³Médico Residente Unidad de Gestión Clínica Las Delicias. Málaga., ⁴Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Ciudad Jardín. Málaga.

Descripción del caso

Varón de 86 años con antecedentes personales de diabetes tipo II, dislipemia, hipertensión e hiperplasia prostática benigna en tratamiento con metformina, simvastatina, imidapril, tamsulosina, omeprazol y bromazepam. Con buena calidad de vida hasta la fecha, independiente para actividades básicas de la vida diaria y cuidador principal de su esposa. Lo trae su hijo a consulta porque desde hace unas horas encuentra a su padre desorientado, refiere que no habla con normalidad y no hace de forma correcta tareas sencillas como rellenar el pastillero. En la exploración neurológica presenta disartria, afasia sensitiva leve y desorientación temporoespacial, resto normal. Realizo electrocardiograma (ECG) urgente y detecto fibrilación auricular (FA) de novo a 90lpm. Se deriva a Urgencias ante la focalidad neurológica asociada a la arritmia. En Urgencias se le realiza nuevo ECG donde persiste la fibrilación auricular, analítica de sangre sin hallazgos y TC de cráneo, donde se detecta una lesión hipodensa puntiforme en la cabeza del núcleo caudado derecho. Deciden ingreso en área de observación, donde es valorado por Neurología a la mañana siguiente, encontrándose asintomático desde

el punto de vista neurológico. Es dado de alta con tratamiento anticoagulante oral con Apixaban 5mg/12h.

Exploración y pruebas complementarias

Paciente desorientado en tiempo y espacio. Exploración neurológica con disartria y leve afasia sensitiva. Resto sin alteraciones. ECG con FA de novo. Analítica sanguínea anodina. TC con lesión hipodensa puntiforme en núcleo caudado derecho.

Juicio clínico

Accidente cerebrovascular

Diagnóstico diferencial

Tumor cerebral, trastorno conversivo

Comentario final

El paciente fue diagnosticado de Accidente isquémico transitorio lacunar en caudado. Es un diagnóstico al que llegamos mediante la clínica sugestiva y confirmación de esta mediante pruebas de imagen. Este dura menos de 24 horas y presenta recuperación total posterior. A los factores de riesgo que ya presentaba el paciente per se para ello (diabetes, HTA y dislipemia) se unió la FA, que es uno de los principales factores de riesgo para eventos isquémicos cerebrales, para lo cual, se realiza profilaxis secundaria con anticoagulación oral.

Bibliografía

- Otite F, Khandelwal P, Chaturvedi S, Romano J, Sacco R, Malik A. Increasing atrial fibrillation prevalence in acute ischemic stroke and TIA. *Neurology*. 2016; 87 (19): 2034-2042.

414/141. Fiebre botonosa mediterránea

Autores:

M. Fernández Aranda¹, A. Ruiz Vela², J. Molina Moreno³, M. Gallego Parrilla⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente. Unidad de Gestión Clínica Coín. Málaga., ²Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica San Andrés

Torcal. Málaga., ³Médico Residente Unidad de Gestión Clínica Las Delicias. Málaga., ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Coín. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 54 años sin antecedentes de interés. Acude a consulta por fiebre de hasta 39º, exantema generalizado desde hace 1 semana, náuseas y vómitos. No otra sintomatología. Ha consultado previamente en Urgencias y le han dado de alta con el diagnóstico de "faringitis". Habita en medio rural. No viajes recientemente.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Febril (38º). Auscultación normal. Abdomen blando, no doloroso, sin masas ni megalias. Exantema generalizado, maculopapular asalmonado, levemente pruriginoso, de bordes nítidos, que afecta a palmas y plantas.

Juicio clínico

Fiebre botonosa mediterránea. Pauto doxiciclina. Derivo a urgencias, para valoración por Medicina Interna. Alta con el mismo diagnóstico, analíticas normales salvo aumento de reactantes de fase aguda. Se cita en unas semanas por Infecciosas, donde informan de serología de *Rickettsia* positiva.

Diagnóstico diferencial

Fiebre Q. Mononucleosis infecciosa. Escarlatina. Sarampión. Rubeola. Fiebre reumática. Dengue. Enterovirus. Varicela.

Comentario final

La fiebre botonosa mediterránea es una entidad endémica en nuestro país, predominando en área rural, causada por la infección por *R. Conorii*, transmitida mediante la picadura de una garrapata (*Rhipicephalus sanguineus*). Tiene baja tasa de mortalidad, pero debemos prestar atención si existen factores de riesgo: diabetes, insuficiencia cardíaca, alcoholismo, edad avanzada o déficit de G6PD. La sospecharemos en pacientes con fiebre alta resistente, pequeña úlcera con halo eritematoso (mancha negra) y exantema maculopapuloso generalizado con afectación de palmas y plantas. Los síntomas gripales son comunes. La mancha negra es altamente sugestiva, pero pue-

de no encontrarse en algunos pacientes, como este caso. Los individuos con infecciones severas o de alto riesgo pueden presentar complicaciones neurológicas, cardíacas, oculares, renales o incluso síndrome hemofagocítico. El diagnóstico se establece tras la confirmación serológica, pero no debemos demorarnos en tratar, ya que la actuación precoz se asocia a disminución de morbilidad y mortalidad. La doxiciclina se considera de elección.

Bibliografía

- Espejo E, Andrés M, García MC, Fajardo A, Mauri M, Pérez J, Bella F. Mediterranean spotted fever in the elderly: a prospective cohort study. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. (2019)
- Monterde-Álvarez ML., Calbet-Ferré C., Rius-Gordillo N., Pujol-Bajador I., Ballester-Bastardie, F., & Escribano-Subías, J. Rickettsiosis tras la picadura de una garrapata: una clínica sutil en muchas ocasiones, debemos estar atentos. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología* (2017); 35 (2): 100-103.

414/142. Doctora tengo ansiedad

Autores:

M. Fernández Aranda¹, J. Molina Moreno², A. Ruiz Vela³, M. Gallego Parrilla⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente. Unidad de Gestión Clínica Coín. Málaga., ²Médico Residente Unidad de Gestión Clínica Las Delicias. Málaga., ³Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica San Andrés Torcal. Málaga., ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Coín. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 81 años con antecedentes de ictus isquémico (2013), HTA, fibrilación auricular, cardiopatía hipertensiva, diabetes mellitus y cáncer de colon (2009); en tratamiento con bisoprolol, pantoprazol, losartán-hidroclorotiazida, bromazepam y rivaroxabán. Vive sola, independiente para actividades básicas de la vida diaria. Acude a consulta refiriendo varios

episodios de nerviosismo y ansiedad, que asociaban crisis hipertensivas los días previos y han precisado tratamiento en urgencias. No otra sintomatología. Acude acompañada de su hija que la encuentra más torpe de lo habitual desde esa mañana.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Tensión arterial 151/71. Mientras hablábamos, noté una alteración en su pupila derecha, por lo que realicé exploración neurológica: Glasgow 15, pupila derecha midriática, con reflejo fotomotor abolido, pupila izquierda normal. Pares craneales conservados, fuerza y sensibilidad sin déficits, sin alteraciones en el equilibrio ni en la marcha. Auscultación tonos arrítmicos, sin ruidos añadidos.

Juicio clínico

Ictus isquémico. Derivo a urgencias hospitalarias para valoración urgente. En TAC describen hemorragia lobal intraparenquimatosa de gran tamaño occipitotemporal izquierdo probablemente por angiopatía amiloide asociada a anticoagulante. Se ingresa en Neurología.

Diagnóstico diferencial

Hemorragia subaracnoidea. Hemorragia intraparenquimatosa. Absceso cerebral. Tumor cerebral.

Comentario final

La hemorragia cerebral traumática constituye del 10 al 15% de la patología vascular intracerebral, con alta morbilidad y mortalidad. La mortalidad al mes varía entre 35 y 52% siendo la mitad en los primeros dos días. El diagnóstico y manejo rápido son cruciales, debido al rápido deterioro; aunque en pacientes anticoagulados puede darse una clínica insidiosa, como en nuestro caso. Ante la presencia de déficit neurológico, cefalea intensa, vómitos, tensión superior a 220 mmHg o disminución del nivel de conciencia, la hemorragia intracerebral es una de las primeras entidades a descartar. Nuestra actuación debe iniciarse con una exploración neurológica completa, teniendo en cuenta factores de riesgo como hipertensión crónica (factor de mayor riesgo de sangrado), angiopatía cerebral amiloide y anticoagulación crónica, y con la estabilización hemodinámica del paciente si procede.

Tras ello, solicitaremos una técnica de neuroimagen urgente, siendo la TAC de cráneo gold estándar.

Bibliografía

- Veltkamp R, Purruker J. Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. *Curr Neurol Neurosci* (2017); 17 (10): 80.
- Kim JY, Bae HJ. Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: Management. *J Stroke* (2017)19 (1): 28-39.

414/144. La importancia del diagnóstico diferencial

Autores:

A. Cordero Moreno¹, E. Gutiérrez Reyes², M. Martínez Ibáñez³, M. Laurenti Gómez⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Carranque. Málaga, ²Médico Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro San Andrés-Torcal. Málaga., ³Medico Residente. Puerta Blanca. Málaga., ⁴Médico Residente. Carranque. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 69 años, sin hábitos tóxicos, hipertensa e histerectomizada. Acude a consulta por disnea a mínimos esfuerzos y molestias a nivel de las pantorrillas. Acudió previamente al Servicio de Urgencias por este motivo, dada de alta con diagnóstico de disnea a esfuerzos y claudicación intermitente en tratamiento con hemovas. Ya iniciado el estudio por sospecha de insuficiencia cardíaca. Acude de nuevo a consulta por persistencia y empeoramiento progresivo de la disnea, sin otra clínica respiratoria asociada. Niega edemas ni ortopnea. Asocia mareo y molesitas centrotorácicas leves sin cortejo vegetativo. Dada la clínica y la exploración se decide derivar de nuevo a Urgencias con sospecha de TEP. Siendo ingresada posteriormente a cargo de Neumología con diagnóstico de TEP.

Exploración y pruebas complementarias

BEG. Taquipneica. Afebril. Normocoloreada. ACP normal. Abdomen anodino. Sin edemas, pedios palpables.

Analítica normal

EKG: RS a 83lpm con onda Q e inversión de T en III. BCRDHH.

Rx de tórax: Ensanchamiento mediastino superior sugestiva de elongación de troncos supraaórticos.

Ecografía miembros inferiores: TVP a nivel de la vena poplítea derecha hasta el tronco tibioperoneo.

Ecocardiografía: FEV1 65%. Aumento de cavidades derechas.

TAC de tórax: TEP agudo en arteria pulmonar principal derecha e izquierda con extensión a lobares y segmentarias

Juicio clínico

TEP bilateral. TVP.

Diagnóstico diferencial

Neumonía. Insuficiencia cardíaca. Pleuritis. IAM. Neu-motórax. Pericarditis.

Comentario final

El diagnóstico de TEP ha evolucionado a lo largo de la última década. Su incidencia es variable dependiendo de la fuente analizada. El abordaje se ha convertido en un proceso que implica la habilidad del clínico para la obtención de datos con los cuales elabora probabilidades clínicas y posteriormente se vale de métodos de laboratorio e imagen. Aun así el diagnóstico de TEP sigue siendo un desafío. El diagnóstico surge con base a la sospecha clínica, posteriormente se efectuará cualquiera de los puntajes de Wells o Geneva y clasificarlo en probabilidad baja, intermedia o alta. Con base a la estabilidad del paciente se debe efectuar la determinación del dímero D y con el resultado excluir TEP o continuar con la evaluación diagnóstica.

Bibliografía

- Juan Badiano No. 1, Col. Sección XVI, Deleg. Tlalpan, Ciudad de México, Distrito Federal, MX, 14080, (52-55) 5573-2911 ext. 1310

414/146. Dolor abdominal y estreñimiento. A propósito de un caso de cáncer de colon.

Autores:

M. Ochoa Pascual¹, M. García Gómez², M. Velázquez Mata¹, M. Nuñez Azofra³, C. Castaño Durán⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva., ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva, ³Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva., ⁴Médico Residente 1º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva.

Descripción del caso

Mujer de 48 años, sin antecedentes patológicos previos, consulta a su médico de familia por dolor abdominal y estreñimiento de una semana de evolución, sin otra clínica aparente. No fiebre ni pérdida de peso.

Debido al dolor intenso la paciente fue derivada a urgencias hospitalarias para valoración.

La paciente llegó al hospital afectada por el dolor, se le realizaron pruebas de imagen que sugerían obstrucción intestinal confirmándose mediante TC de abdomen obstrucción secundaria a neoplasia de colon.

Se contactó con cirugía que desestimó intervención quirúrgica urgente y se ingresó para estudio.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada a urgencia: regular estado general, afectada por el dolor.

Constantes estables.

Auscultación cardiopulmonar normal.

Abdomen distendido, muy doloroso a la palpación generalizada. No se palparon masas ni megalias ni presentaba signos de irritación peritoneal.

Analítica normal.

Rx de abdomen: Dilatación de colon transversal con escaso aire distal.

TC de abdomen: Hallazgos compatibles con obstrucción secundaria a proceso neoplásico maligno en sigma.

Anatomía patológica: Adenocarcinoma de colon.

Juicio clínico

Adenocarcinoma de sigma con metástasis hepáticas y pulmonares.

Comentario final

La paciente fue valorada por oncología desestimándose intervención quirúrgica, se le colocó prótesis colónica y comenzó quimioterapia paliativa siendo éxito tras 5 meses.

Hablamos de una paciente joven, con dos hijos pequeños, a la que diagnostican un cáncer incurable tras una semana de clínica.

Muchas veces nuestros pacientes tienen que hacer frente a tales noticias, hacerse a la idea de que la muerte se acerca de forma temprana, sin tener medios suficientes para sobrellevarlo.

Me gustaría destacar la labor de los médicos de familia de la unidad de cuidados paliativos de Huelva, pues son un pilar fundamental para pacientes como el del caso y para sus familias. Visitan los domicilios de los enfermos, para aliviar su dolor, tanto físico como psicológico, para hablar con las familias y calmarlas y para ayudarlos a despedirse.

Se presupone que al ser médicos de familia debemos saber hacer frente a estas situaciones, pero al verlas en primera persona es cuando nos damos cuenta de lo difíciles que son, y por falta de experiencia, no actuamos como deberíamos. Debemos seguir teniendo ganas de aprender, humanizar la medicina y acompañar a nuestros pacientes cuando más nos necesitan.

414/151. La gran simuladora

Autores:

L. Narváez Gómez, T. Luque Barberán, J. Cossi Torrejón.

Centro de Trabajo:

Médico Residente de Medicina de Familia Centro de Salud Algeciras-Norte. Cádiz.

Descripción del caso

Varón de 25 años sin alergias medicamentosas conocidas y sin antecedentes personales de interés. Acude a su centro de salud por presentar exantema maculopapuloso de inicio en tronco y posterior afectación de ambas palmas de las manos de varios días de evolución. Sin clínica respiratoria, no alteraciones digestivas ni genitourinarias. Las lesiones no son pruriginosas. Además, refiere contacto sexual de riesgo.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Afebril. Glasgow 15/15. Orofaringe: eritematosa no placas no exudados ni adenopatías. ACP: rítmica sin soplos con murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando depresible no masas ni megalias ni doloroso a la palpación. Se observa exantema maculopapuloso, con collarete de descamación periférica de las lesiones en región dorsal y en abdomen, además de afectación de ambas palmas de las manos. Miembros inferiores: no edemas, sensibilidad y pulsos conservados. Se solicitó analítica sanguínea con pruebas no treponémicas (RPR) que resultó positiva y se confirmó con una prueba más específica treponémica (TPHA). También se realizó serología para otras enfermedades de transmisión sexual, que resultaron negativas.

Juicio clínico

Sífilis secundaria

Diagnóstico diferencial

Sífilis, primoinfección VIH, rickettsiosis, enfermedad por mordedura de rata, alergia medicamentosa.

Comentario final

Se inició tratamiento intramuscular con Penicilina G benzatínica 2. 4 MUI, una sola dosis y se derivó a infecciosos. A las 5 horas de la inyección presentó la reacción de Jarisch-Herxheimer y recibió tratamiento sintomático.

Es importante que tras el tratamiento, realizar nuevos controles de RPR durante los 3 primeros meses, a los 6 meses y a los 12 meses para comprobar su negativización y confirmar de este modo la curación de la enfermedad.

La sífilis es la gran imitadora, que en su inicio puede pasar desapercibida si no se objetiva el chancro. Por ello, es importante una buena exploración física e historia clínica. Además, destacar que no genera inmunidad y por ello recalcar la importancia de la utilización de métodos anticonceptivos de barrera.

Bibliografía

- López-Hontangas JL, Frasquet Artes J. Sífilis: una revisión actual. 2017.
- Morales-Múnera CE, Fuentes-Finkelstein PA, Vall Mayans M. FR-Sífilis: actualización en el manejo diagnóstico y terapéutico. Actas Dermosifiliogr. 2015; 106 (1): 68-69.

414/153. Doctora, otra "lipotimia"

Autores:

I. Pineda Muñoz¹, C. Romo Guajardo-Fajardo¹, I. Romero Barranca².

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 2º año. Centro de Salud Luis Taracido. Huelva., ²Médico Residente 3º año. Centro de Salud Luis Taracido. Huelva.

Descripción del caso

Mujer 80 años acude por cuadro de pérdida de conciencia precedido de sensación de mareo y palpitaciones, posterior recuperación completa, sin relajación de esfínteres, no movimientos tónico clónicos, no dolor torácico, no disnea. AP: HTA, dislipemia, cardiopatía isquémica/hipertensiva, FA permanente anticoagulada, IC y asma. Tratamiento habitual: Apixaban, Atorvastatina, Omeprazol, Formoterol/Budesonida y Bromuro de ipratropio. Se decide derivación a medicina interna para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias

TA: 96/61. FC: 51 lpm. BEG, BHP, COC, normocoloración de piel y mucosas, eupneica en reposo. ACR: Arrítmica a buena frecuencia, sin soplos. BMV sin ruidos patológicos añadidos. Abdomen anodino. MMII no edemas, ni signos de TVP. Neurológica: Sin

signos de focalidad. PINLA y MOEC, PC normales, fuerza y sensibilidad conservadas, marcha y equilibrio sin alteraciones. Analítica: Sin alteraciones. ECG: FA a 150 lpm, sin otros trastornos. Holter 24 horas: FA promedio 102 sin EV, no taquiarritmias malignas. Holter insertable (UCI): Tras una semana de lectura se observan 62 episodios de asistolia y 11 de bradicardia. Se decide la colocación de marcapasos definitivo DDD.

Juicio clínico

Síncopes cardiogénicos de repetición secundarios a episodios de asistolia.

Diagnóstico diferencial

Con causas de síncope, como el neuromediado y por hipotensión ortostática. Entre causas de síncope cardiogénicos como bradicardia, taquicardia y cardiopatía estructural. También causas que ocasionen pérdida de conciencia transitoria diferentes como ataques epilépticos, síncope psicógenos, etc.

Comentario final

Es fundamental el diagnóstico precoz de estas patologías, con una correcta anamnesis y exploración clínica y apoyándonos en las pruebas complementarias como el ECG y el Holter, de esta forma podríamos llegar al diagnóstico desde la consulta de atención primaria y realizar la derivación correcta. Las causas cardiogénicas habitualmente son las más fáciles de tratar. En los casos de cardiopatía obstructiva, la corrección quirúrgica suele resolver el problema. En los secundarios a arritmias, la implantación de un marcapasos en las bradiarritmias o ablación o fármacos antiaritmicos en las taquiarritmia supraventriculares o determinadas arritmias ventriculares suele solventar las recidivas.

Bibliografía

- Grupo de trabajo de la Sociedad Europea de cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento del síncope. Guía ESC sobre el diagnóstico y el tratamiento del síncope (2018)

414/155. A propósito de un paciente con diarreas y calprotectina fecal elevada

Autores:

Á. González Suárez, P. Jimenez Ramos.

Centro de Trabajo:

Centro de Salud Gibralfaró.

Descripción del caso

Paciente de 45 años que acude al centro de salud por diarreas crónicas y dolor abdominal y tras solicitar rx abdomen se observa un hallazgo radiológico anómalo por lo que se deriva a M. I.

NO RAMC. Exfumador 1paq/día desde los 16 hasta hace 2.

FRCV niega.

Fístula peri-anal hace años.

No tto. .

En consultas de MI: Refiere presentar malestar uretral distal y problemas de chorro flojo de larga evolución así como síndrome miccional. No hemospermia ni secreciones purulentas.

Además episodios diarreicos en brotes sin pp desde hace 10 años con pérdida de peso, aunque la acaba recuperando. En la siguiente consulta presenta lumbalgias de características inflamatorias y ojo rojo doloroso así como nuevo brote de diarreas. Se deriva a consultas de digestivo de inflamatoria donde se instaure budesonida 9 mgr 8 semanas con mejoría clínica y de calprotectina.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración anodina. Abdomen con dolor a la palpación profunda en Flanco derecho.

- Analítica normal, PCR normal, Calprotectina fecal 250 > 931.
- Colonoscopia con ileoscopia : Afectación serpiginosa.
- Biopsia AP ileon: inflamación inespecífica, no granulomas.

- Interconsulta urología
- Coprocultivo negativo para bacterias.
- Tac Abd: ectasia ureteropielica derecha de tipo inflamatorio. Engrosamiento mural con estenosis no obstructiva en ileon terminal.

Juicio clínico

Ileítis terminal en paciente con Enfermedad de Crohn asociado con afectación extraintestinal (uveítis, uretritis inflamatoria, artritis inflamatoria).

Diagnóstico diferencial

SII, Hemorroides, Infecciones, Enfermedad celíaca, Tuberculosis intestinal, Diverticulitis, Vírico (CMV, herpes), Behçet, Neoplasias (colon, linfoma), Enteropatía Aines, Inmunodeficiencia variable común.

Comentario final

- Importancia de la calprotectina fecal (como primera prueba de diagnóstico diferencial, frente a entidades frecuentes funcionales como el SII.) por su alta S y E para descartar organicidad, barata e inocua, lo cual podría sugerir una buena prueba de Screening para estas patologías digestivas en atención primaria. Discrimina patología orgánica de funcional en un 97% de los casos y en un 100% si se correlaciona con 5 síntomas de alarma y sus valores se correlacionan con mejoría de enfermedad y con el daño de la mucosa intestinal observado vía endoscópica.
- Acordarse de afectación extraintestinal.
- Despistaje TBC "gran simuladora".

Bibliografía

- Libros: Harrison
- Up to date.
- revista-gastroenterologia-hepatologia-14-del-grupo-espanol-trabajo

414/156. Me encuentro más torpe

Autores:

S. Camacho Reina¹, M. Estades Rubio², M. Molina Casado³, A. García Buendía³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de 3º año. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga., ²Centro de Salud Arroyo de la Miel., ³Médico. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 70 años acude a consulta acompañada de su hija, la cual refiere encontrarla más torpe desde hace 15 días; presentando olvidos y desorientación frecuentes. Comenta también mareos definidos como sensación de inestabilidad, marcha más lenta y caída frecuente de objetos.

Ante estos síntomas y los hallazgos en la exploración, es derivada a urgencias del hospital de referencia para realizar pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: buen estado general. Consciente y desorientada. Bradipsiquia. Pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservada de forma simétrica. Marcha lenta. Sin focalidad neurológica.

TC craneal realizada en urgencias: lesión multinodular supraventricular que afecta a sustancia blanca profunda del lóbulo frontal derecho y cuerpo calloso, sobrepasando línea media, sugestiva de neoformación tipo glioma de alto grado.

Juicio clínico

Glioblastoma multiforme IDH nativo (Grado IV de la OMS)

Diagnóstico diferencial

Síndrome confusional agudo, demencias. Accidentes cerebrovasculares isquémicos y hemorrágicos, otros tumores (principalmente con aquellos astrocitarios), metástasis, abscesos cerebrales, linfoma.

Comentario final

Tras los hallazgos encontrados en la TC de cráneo, la paciente es ingresada a cargo de neurocirugía completándose el estudio con una resonancia magnética nuclear en donde se aprecian las mismas lesiones presentes en la TC; y se realiza una biopsia cerebral que confirma el diagnóstico. Su caso es presentado en sesión clínica y finalmente se propone tratamiento con radioterapia radical y quimioterapia.

La importancia de este caso radica principalmente en la repercusión que puede tener el conocer adecuadamente a nuestros pacientes, ya que fue el hecho de encontrar a la protagonista del caso con más torpeza lo que hizo que nos decidiésemos por derivarla a urgencias.

Es importante destacar también la trascendencia de la exploración neurológica como arma diagnóstica en atención primaria, siendo la base de la valoración de la patología del sistema nervioso.

El glioblastoma multiforme es el tumor cerebral primario maligno más común, con una incidencia de 3, 19 casos por cada 100. 000 y un pronóstico malo.

Bibliografía

- Batash R, Asna N, Schaffer P, Francis N, Schaffer M. Glioblastoma Multiforme, Diagnosis and Treatment; Recent Literature Review. Curr Med Chem. 2017; 24 (27): 3002-3009.

414/157. Fiebre de origen desconocido en paciente joven.

Autores:

I. Pineda Muñoz¹, I. Romero Barranca², C. Romo Guajardo-Fajardo¹.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 2º año. Centro de Salud Luis Taracido. Huelva., ²Médico Residente 3º año. Centro de Salud Luis Taracido. Huelva.

Descripción del caso

Varón de 38 años sin AP de interés que acude por astenia intensa y fiebre de bajo grado (hasta 38º)

de cuatro semanas de evolución no diaria, de predominio vespertino. Sudoración profusa. Nauseas, deposiciones blandas sin productos patológicos, no anorexia, no pérdida de peso. Sin otros síntomas por aparatos. Se decide derivación al servicio de enfermedades infecciosas, pero el paciente comienza con deposiciones con sangre y se ingresa en planta de digestivo para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, BHP, COC, normocoloración de piel y mucosas, eupneico. Boca normal, Cuello supraclaviculares, axilas e ingles sin adenopatías. ACR: Rítmico, buena frecuencia, sin soplos. BMV sin ruidos patológicos. ABDOMEN: blando, depresible, sin dolor a la palpación, no signos de peritonismo, no masas ni megalias. RHA conservados. MMII: no edemas, ni signos de TVP. Analítica: ALT 97, PCR 88, resto normal. RX tórax y abdomen sin alteraciones. Colonoscopia: Lesión 2-3cm redeondeada, mamelonada, friable con ulceración central a 4cm del MAE. Ecografía abdominal: múltiples LOEs hepáticas sugestivas de hígado metastásico. TAC toraco-abdominal: Adenopatía en grasa cardiofrénica, metástasis hepáticas y ganglionares no regionales. RNM pelvis: Neoplasia de recto estadio T3N2M1.

Juicio clínico

Adenocarcinoma de recto estadio IV (T3N2M1)

Diagnóstico diferencial

Causas infecciosa como el VIH, citomegalovirus, virus hepatotropos, etc. Enfermedades inflamatorias intestinales como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. Finalmente y como resultó en este caso las neoplasias, sobre todo las de tipo metastásico.

Comentario final

Con este caso pretendo poner de manifiesto la importancia del diagnóstico diferencial desde la consulta de atención primaria, ya que con pruebas y exploraciones sencillas como la analítica y el tacto rectal habríamos conseguido ponernos en alerta y realizar una adecuada derivación del paciente. Es importante destacar que debemos plantearnos siempre un abanico amplio de posibilidades e ir siempre de lo más a lo menos frecuente para llegar a un diagnóstico acertado.

Bibliografía

- Bejarano García, A. Maher Kamel Kabak, L. Maraver García, A. Talavera Fabuel, A. Guía de actuación práctica en urgencias digestivas. Hospital Infanta Elena. Huelva. 2011.
- Suárez Pita, D. Vargas Romero, J. C. Salas Jarque, J. et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital universitario 12 de Octubre. Madrid. 2011

414/162. Delirio secundario a...

Autores:

A. Allés Florit¹, T. Ortiz Puertas², M. Serrano León³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año. Centro de Salud. Almuñecar. Granada., ²Médico de Familia. Centro de Salud. Almuñecar. Granada., ³Médico de Familia de Atención Primaria. Centro de Salud Almuñecar. Granada.

Descripción del caso

Varón de 48 años. Antecedentes personales: Hipertensión arterial (reciente diagnóstico), trastorno ansioso-depresivo por "acoso laboral". Tratamiento: Losartan 100mg/hidoclorotiazida 25mg, paroxetina y mirtazapina. Consulta en SUAP pidiendo ayuda por crisis de ansiedad, delirios paranoides tipo persecutorio "me vigilan", hormigueo en cuero cabelludo, rubor facial y taquicardia. No otra clínica por aparatos, ni sintomatología infectiva. Niega consumo tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, angustiado e inquieto. Consciente. Orientado. Colaborador. No focalidad neurológica. Hiperpigmentación cutánea "marrón-azul-anaranjada". Glucemia: 212. TA: 220/120 mmHg. FC: 90 lpm. SatO2 basal 97%. Plétora facial. Obesidad troncular. Aumento grasa retrocervical. Auscultación cardiorespiratoria y abdominal, sin hallazgos significativos. Edemas con fovea +/- miembros inferiores. Se deriva a Urgencias Hospitalarias.

- Analítica: glucosa 194, Creatinina 0.89, Sodio 146, Potasio 1.8. PCR 30. 2. Hemograma y Coagulación normal. GSV: alcalosis metabólica.

- TAC craneal: Hipodensidad cápsula externa izquierda sugerente de proceso vascular isquémico evolucionado.

Tras clínica, pruebas iniciales y valoración psiquiátrica, ingresa en Medicina Interna: Hipopotasemia. Cuadro delirante. HTA. Durante su estancia:

- TSH 0.13, T4L 0.55, T3L 2.77 (hipertiroidismo subclínico). Potasio normalizado. Cortisol de origen central y ACTH elevados.

- TAC TORACOABDOMINAL: Imagen nodular 17x9mm extrapleural basal posterior del pulmón derecho. Glándulas suprarrenales discretamente hiperplásicas. No imágenes sugerentes adenomas.

- RM hipófisis CIV: Silla turca y glándula hipofisaria normales. Pseudonódulo (5mm) lóbulo derecho adenohipofisis (microadenoma). Hiperseñal neurohipofisis.

Buena evolución. Se deriva a Endocrinología. Cateeterismo de senos petrosos sugiere Enfermedad de Cushing de origen hipofisario. Se presenta el caso en comité, consensuando Cirugía Transesfenoidal: hipofisectomía endoscópica transesfenoidal.

Juicio clínico

Hipopotasemia severa. Cuadro delirante secundario (trastorno adaptativo). Nódulo extrapulmonar. Enfermedad de Cushing por Microadenoma hipofisario.

Diagnóstico diferencial

Delirio. Trastorno esquizo-afectivo, psicótico por enfermedad orgánica o sustancias, delirium, demencia

Comentario final

El diagnóstico del Cushing precisa Historia Clínica y Exploración Física cuidadosas. Son numerosos los síntomas/signos: astenia, edemas, alteraciones psiquiátricas, obesidad troncular, plétora facial, HTA... Es necesario basar el diagnóstico definitivo en pruebas bioquímicas y pruebas de imagen, como es este caso. Recordar que esta enfermedad puede cursar con hipersecreción de cortisol intermitente, por lo

que ante sospecha clínica y negatividad de pruebas, es obligado repetir la valoración.

Bibliografía

- S. Santos; E. Santos. Diagnóstico y diagnóstico diferencial del síndrome de cushing. Revista Elsevier. Endocrinología y Nutrición. Feb. 2009; Vol. 56 (2): 71-84

414/168. No todo son migrañas

Autores:

I. Marín Serrano, L. Ballesteros Lechuga, M. Expósito Díaz-Álvarez.

Centro de Trabajo:

Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Gavellar. Úbeda. Jaén.

Descripción del caso

Varón de 51 años, acude por tercera vez a Urgencias en una semana por presentar cefalea holocraneal constante, sorda, sin cambios con el esfuerzo desde hace un mes. No mejora con tratamiento analgésico. No congestión nasal. Presenta temblor de miembro superior derecho y desorientación desde ayer. No otros síntomas. Afebril. No toma alcohol. No alergias medicamentosas. No antecedentes personales de interés. En tratamiento con naproxeno.

Exploración y pruebas complementarias

TA 143/63. Temperatura 36°C. FC 51lpm. Saturación O₂ 98%. Regular estado general. Consciente, incongruencias en la conversación, palidez cutánea. Eupneico en reposo. ACR: rítmica sin soplos, no ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. No edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Glasgow 15. Pupilas isocóricas normorreactivas. Pares craneales, reflejos, coordinación y equilibrio, fuerza y sensibilidad conservadas. No signos meníngeos. Temblor miembro superior derecho.

Analítica, gasometría venosa, radiografía senos paranasales sin alteraciones.

Orina: opiáceos positivos, niega su toma.

Se administra ketorolaco y naloxona, debido a la no mejoría clínica se solicita TC craneal hallando masa frontal izquierda de 77* 64 milímetros de diámetro, atraviesa la línea media infiltrando lóbulo frontal derecho.

Se deriva a Neurocirugía realizando RNM y biopsia de lesión cerebral. A pesar de iniciar corticoterapia evoluciona desfavorablemente con tendencia al sueño y leve respuesta a estímulos verbales, se realiza interconsulta con Oncología que no cree que se beneficie de tratamiento radio-quimioterápico. Se inicia tratamiento sintomático por cuidados paliativos.

Juicio clínico

GLIOBLASTOMA MULTIFORME

Diagnóstico diferencial

Migraña, cefalea tensional, en racimos, hemorragia subaracnoidea, ictus...

Comentario final

La cefalea, patología de elevada prevalencia, es el principal motivo de consulta neurológica en nuestro medio. Es fundamental la realización de una buena historia clínica, para diferenciar si es primaria o secundaria. Siempre que exista criterios de alarma está indicada la realización de una Neuroimagen. Éstos son: cefalea intensa de comienzo súbito, empeoramiento reciente de una cefalea crónica, de frecuencia y/o intensidad creciente, localización unilateral estricta, con manifestaciones acompañantes, presencia de signos meníngeos, precipitada por maniobras de Valsalva, nocturna, en inmunodeprimidos, náuseas y vómitos no explicables y refractaria a un tratamiento correcto.

Bibliografía

- Valle Arcos MD, Hernández Gallego J. Cefaleas. En: Urgencias en Neurología. 2ª edición. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid: Ergon; 2013. pp. 110-125.

414/170. Epigastralgia en paciente diabético

Autores:

L. Narváez Gómez, J. Cossi Torrejón, T. Luque Barbe-rán.

Centro de Trabajo:

Médico Residente de Medicina de Familia Centro de Salud Algeciras-Norte. Cádiz.

Descripción del caso

Paciente mujer de 66 años. Con antecedentes personales de hipertensión arterial, Diabetes mellitus tipo 2, no dislipemia e intervenida de adenoidectomía en la infancia. No refiere hábitos tóxicos. En tratamiento actual con: olmesartán 10mg, empagliflozina 10mg y metformina 850mg. La paciente acude por dolor en epigastrio no irradiado de unos 30 minutos de evolución que no mejora con analgesia, asociado con la ingesta alimenticia. El dolor no se modifica con el esfuerzo físico y no presenta cortejo vegetativo acompañante.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Glasgow 15/15. Afebril. TA 146/82 mmHg. Sat O2 97 % Auscultación cardio-pulmonar: rítmica sin soplos con murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando depresible no masas ni megalias, no doloroso a la palpación. Miembros inferiores: no edemas, movilidad, sensibilidad y pulsos conservados. No signos de trombosis venosa profunda. Radiografía de Tórax sin hallazgos patológicos. Electrocardiograma con ritmo sinusal a 90 lpm con elevación del ST en DII, DIII y aVF. No bloqueos. Hemograma y bioquímica normal salvo elevación de troponinas. Se habla con hemodinamista de guardia para realizar angioplastia primaria donde se detecta lesión estenosante monovaso en coronaria derecha que precisa colocación de stent fármaco activo.

Juicio clínico

SCACEST

Diagnóstico diferencial

SCACEST, ERGE, gastritis, úlcera péptica.

Comentario final

Este caso, es importante para no olvidar la sospecha de infarto de miocardio ante una paciente con epigastralgia, sobre todo en paciente mujer y diabética; porque pueden presentar clínica atípica y sin cortejo vegetativo acompañante. Ante la confirmación de SCACEST la angioplastia primaria es la mejor opción siempre que no se haya superado los 90 minutos que se indican en las guías de práctica clínica, desde el primer contacto médico.

Bibliografía

- Reeder GS, Kennedy HL. Overview of the acute management of ST-elevation myocardial infarction. UpToDate. 2018.
- Barrabés JA, Bardají A, Jiménez-Candil J, Sáez FN, Bodí V, Basterra N, et al. Pronóstico y manejo del síndrome coronario agudo en España en 2012: estudio DIO-CLES. Rev Esp Cardiol 2015; 68: 98-106.
- Goldberger AL, Prutkin JM. Electrocardiogram in the diagnosis of myocardial ischemia and infarction. Uptodate. 2018.

414/171. Dolor torácico en paciente joven

Autores:

M. Curado Mateos¹, A. Olivares Loro², R. Anillo Gallardo³.

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud Dr.Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz., ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz., ³Médico Residente. Centro de Salud Dr.Joaquín Pece. Cádiz.

Descripción del caso

Paciente varón de 20 años que acude por dolor centrotorácico a punta de dedo, que aumenta con la inspiración y mejora con la sedestación inclinado hacia delante de una hora de evolución. Refiere que desde

hace 3 días se encuentra con un cuadro de amigdalitis.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, TA: 106/66mmHg, Temp 38°C. AC: rítmico sin soplos. AP: MV conservado, no ruidos agregados. MMII: no edemas ni signos de TVP. -ECG: RS a 70lpm, PR ligeramente descendido en cara lateral. QRS estrecho. Elevación difusa cóncava de ST en precordiales y cara lateral.

Derivamos a Urgencias: -Analítica: CK 338, Troponina T 0.349. Hb 14.8, leucocitos 11.070, plaquetas 289000. Glucemia 110, creatinina 1, Na 139, K 5.35, PCR 72.6. -Rx tórax: sin hallazgos patológicos. -ETT: VI no dilatado, función global conservada. No valvulopatías, no derrame pericárdico.

Juicio clínico

Miopericarditis aguda no complicada con función sistólica VI conservada.

Diagnóstico diferencial

IAM, Disección Ao, Neumotórax, Neumonía.

Comentario final

- La pericarditis y la miocarditis aguda son enfermedades que en muchos casos se asocian debido a la coexistencia de agentes etiológicos comunes, virus en su mayoría. No obstante, las diferentes implicaciones pronósticas y el riesgo de complicaciones específicas a cada proceso, nos obligan a diferenciar entre ambas siempre que sea posible.
- El Dx de estas entidades se basa en 3 pilares fundamentales: valoración clínica (síntomas y EF), ECG y biomarcadores cardíacos (troponina y/o CK).
- Triada clásica: dolor torácico pleurítico, roce pericárdico y alteraciones ECG que suele ser precedida de fiebre, malestar general y mialgias.
- Se deben identificar factores de mal pronóstico asociados y la realización de un EET para estratificar el riesgo de complicaciones, necesidad de ingreso hospitalario e instauración de tratamiento específico.

- En ausencia de riesgo, el tto ambulatorio se basa en AAS o AINEs junto a reposo relativo y colchicina. Por el contrario, la aparición de factores de riesgo requiere el ingreso hospitalario para monitorización, estudio etiológico y tto específico.

Bibliografía

- Maisch B, Sejerovir PM, Ristic Ad, et al. Guidelines on the diagnosis and management of pericardial diseases executive summary; The Task force on the diagnosis and management of pericardial diseases of the European society of cardiology. Eur Heart J. 2004; 25: 587-610. 2Imazio M, Cecchi E, et al. Myopericarditis versus viral or idiopathic acute pericarditis. Heart. 2008; 94: 498-501. 3Imazio M, Trinchero R. Clinical management of acute pericardial disease: a review of results and outcomes. Ital Heart J. 2004; 5: 803-17. 4 Smith SC. Elevations of cardiac troponin I associated with myocarditis. Experimental and clinical correlates. Circulation. 1997; 95: 163-8. 5 Imazio M, Demichelis B, Parrini I, et al. Dayhospital treatment of acute pericarditis: a management program for outpatient therapy. J Am Coll Cardiol. 2004; 43: 1042-6.

414/172. Mujer joven con clínica neurológica en AP

Autores:

M. Curado Mateos¹, C. Solís Ceballos², A. Carabot Ramírez³.

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud Dr.Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz., ²Médico Residente.Centro de Salud La Merced. Cádiz, ³Médico Residente. Unidad de Gestión Clínica Dr. Joaquín Pece.

Descripción del caso

Paciente mujer de 27 años sin AP de interés, que refiere cansancio y parestesias en MMII de tres meses de evolución que atribuyó a posible estrés laboral. Acude a consulta por presentar diplopía horizontal de 24 horas de evolución y tres episodios de incon-

tinencia urinaria durante el último mes. Niega otros síntomas.

Exploración y pruebas complementarias

COC, BHYP, NC. Afebril. ACP normal. ABD anodino. Neuro: PINRLA, MOEC, diplopía horizontal binocular, resto PC normales. Fuerza conservada, sensibilidad disminuida en ambos MMII. Ligera dismetría. Romberg negativo. Marcha normal. Reflejos osteotendinosos exaltados, babinski extensor. Signo de L'Hermitte.

Se derivó a Neurología realizándose RMN con lesiones típicas hiperintensas, PL con presencia de BOC IgG y Potenciales evocados visuales con enlentecimiento de la conducción.

Juicio clínico

Esclerosis múltiple

Diagnóstico diferencial

Neuromielitis óptica, enf. AI: LES, AR, SDr. Sjögren, SAF, sarcoidosis, enf. infecciosas en brotes.

Comentario final

- La EM es una enfermedad autoinmune inflamatoria desmielinizante del SNC, más frecuente en adultos jóvenes, de etiología desconocida y curso crónico.
- La clínica varía según la localización y magnitud de cada brote. Podemos encontrar síntomas sensitivos, ópticos, motores, cerebrales, cerebelosos... entre otros.
- Dependiendo del desarrollo de los síntomas, se han establecido cuatro formas diferentes del transcurso de la enfermedad: RR, SP, PP y PR.
- El diagnóstico se basa en los criterios de McDonald: diseminación en tiempo y espacio de los síntomas y exclusión de otras enfermedades. Se incluye RMN, potenciales evocados y el análisis de LCR para acelerar el diagnóstico en la medida de lo posible. Ninguna prueba complementaria es patognomónica.
- No existe ningún tratamiento eficaz que frene completamente la evolución de la EM y aún no contamos con fármacos que estimulen y promuevan la remielinización. Actualmente el tratamiento de la EM requiere un abordaje multidisciplinar y se divide

en: tratamiento de los brotes, tratamientos modificadores de la enfermedad y tratamiento sintomático, además de la rehabilitación.

Bibliografía

- "U. S. National Library of Medicine, National Institutes of Health. " [internet]. Disponible desde: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/multiplesclerosis.html>.
- Types of MS. National Multiple Sclerosis Society. Disponible desde: <http://www.nationalmssociety.org/What-is-MS/Types-of-MS>.
- J. L. Carretero Ares, W. Bowakim Dib, J. M. Acebes Rey. Medifam, vol. 11. Núm. 9 "Actualización esclerosis múltiple" 2001 [internet]. Disponible desde: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n9/colabora.pdf>
- Martínez-Altarriba MC, et al. Revisión de la esclerosis múltiple (2). Diagnóstico y tratamiento. SEMERGEN [internet]. 2014. [citado el 20 de mayo de 2015]. Disponible desde: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=0&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=40&ty=0&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=51138-3593%2814%2900325-6.pdf&eop=1&early=si

414/178. Doctora, ¿no puedo hablar!

Autores:

L. García Almendro¹, C. Ramírez Sánchez², M. Oliva Márquez³, M. Delgado Moya⁴, N. Trujillo Díaz⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 3º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Moguer. Huelva, ²Centro de Salud de Moguer., ³Médico Residente 4º año. Centro de Salud Moguer. Huelva., ⁴Médico de Familia. Hospital de Río Tinto. Huelva.

Descripción del caso

Varón de 28 años, sin A. P. /IQ, sin RAMCs.

Acude al servicio de urgencias hospitalario por episodio de afasia motora autolimitado, de 10-15 minutos de duración, seguido de cefalea periorbitaria.

Episodios de cefalea los meses previos.

Sin episodios previos. Niega ingesta de fármacos o tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias

Constantes normales. BEG, BHYP, COC, normocoloreado, eupneico.

Ex. neurológica: PINLA, MOEC, p. c. normales, no disartria, sin alteración de fuerza/sensibilidad, coordinación ni equilibrio, Romberg normal.

ACR: rítmico a buena frecuencia sin soplos ni extratonos. BMV sin ruidos sobreañadidos.

ECG: R. S a 68lpm sin alteraciones significativas de la repolarización.

Analítica: normal.

TC cráneo: Imagen nodular (5cm x 4cm x 3cm), temporo-parietal anterior izquierda, densidad heterogénea, realce discreto tras contraste IV, contornos lobulados sobretodo en su porción anterosuperior compatible con neoformación (probable glioma) con imagen hipodensa digitiforme fundamentalmente en sustancia blanca del lóbulo frontal en relación con edema vasogénico, provocando asimismo discreto efecto masa sobre ventrículo lateral ipsilateral el cual se encuentra colapsado.

Contactamos con Neurocirugía.

Inician tratamiento corticoideo y anticomercial.

RMN: lesión infiltrante de bajo grado de malignidad con características y extensión ampliamente descritas, predominio fronto-temporal izquierdo con afectación de los ganglios de la base, hipotálamo y caudado. Áreas extensas de transformación a alto grado de malignidad sobre todo a nivel de la región frontobasal posterior, temporal anterior izquierda e insular con captación de contraste y neoangiogénesis tumoral. Moderado edema que afecta lóbulo frontal y ligero efecto masas con mínima desviación de línea media anterior hacia la derecha.

IQ: Minicraneotomía temporal izquierda. Biopsia: Glioma de alto grado

Juicio clínico

LOE frontotemporal izquierda: Astrocitoma alto grado (Glioblastoma multiforme).

Diagnóstico diferencial

Lesiones vasculares: Ictus /AIT, hemorragia intracerebral o subdural. Lesiones ocupantes de espacio: tumor primario o metastásico, absceso.

Comentario final

Glioblastoma multiforme, constituye la neoplasia maligna cerebral primaria más común. Suele manifestarse con cefaleas, convulsiones y déficit neurológicos focales. Imagen radiológica de masa con contraste anular, necrosis central y edema periférico. Son muy infiltrantes. El tratamiento consiste en ablación quirúrgica máxima seguida de radioterapia y quimioterapia. Esperanza de vida 14. 6 meses. A pesar de tratamiento óptimo tienden a reaparecer.

Bibliografía

- Kasper, Fauci, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo. Harrison. Principios de Medicina Interna. 19 edición. McGrawHill. 2015.

414/184. Lumbalgia crónica en paciente joven

Autores:

I. Serrano García¹, A. Perez Linaza¹, A. Olivares Loro².

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de Reumatología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz., ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.

Descripción del caso

Sin antecedentes de interés

Varón de 18 años con dolor lumbar crónico e insidioso de dos años de evolución que ha empeorado en los últimos seis meses

Inició como dolor nocturno, que ocasionalmente llegaba a despertarle, asociando molestias en región glútea alternante y mejorando con la actividad. Actualmente lo presenta también al realizar ejercicio físico. Es futbolista y ha recibido más de cuarenta sesiones de fisioterapia sin clara mejoría

Exploración y pruebas complementarias

No artritis ni artralgiás. Limitación en los últimos grados de flexión de cadera izquierda, con limitación importante en rotación interna. Cadera derecha sin limitaciones. Signo de Patrick positivo bilateral

RX : afectación de articulación sacroiliaca bilateral, compatible con sacroilitis. Indicios de lesión de Romanus (" signo del borde reluciente").

ANALÍTICA: HLA-B27 Negativo. Resto normal

RMN SACROILÍACAS: sacroilitis bilateral con erosiones y pinzamiento de espacio articular sin formación de puentes óseos ni fusión de los espacios articulares de forma bilateral. Sacroilitis bilateral grado III

Juicio clínico

ESPONDILITIS ANQUILOPOYÉTICA: ENFERMEDAD DE BECHTEREW

Diagnóstico diferencial

La espondiloartritis (EsA) axial es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta principalmente las articulaciones vertebrales y sacroilíacas, y que evoluciona desde una forma sin afectación en la radiografía convencional (EsA axial no radiológica) hasta otra con sacroilitis radiológica (espondilitis anquilosante [EA])

Debuta de forma insidiosa, en general antes de los 40 años, con dolor lumbar crónico inflamatorio.

La EsA axial y la EA pueden diagnosticarse mediante criterios clínicos y radiológicos sencillos, y apoyándose en el HLA B27.

Pueden pasar 7- 9 años desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico. Esto conlleva retraso de inicio del tratamiento, disminución de la calidad de vida, bajas laborales, aumento de la carga económica daño estructural irreversible.

Comentario final

La derivación de pacientes menores 45 años con dolor lumbar crónico desde AP a Reumatología debería hacerse si:

1) Dolor lumbar inflamatorio (de madrugada, con rigidez matutina más de 30 minutos, y mejoría con ejercicio)

2) Signos indicativos de espondiloartropatía (talalgia, artritis, psoriasis, uveítis, dactilitis, enfermedad inflamatoria intestinal o antecedentes familiares)

3) HLA B27 positivo, elevación de PCR o radiografía de pelvis indicativa de sacroilitis.

Bibliografía

- Alperi López M. Manual SER De Enfermedades Reumáticas. 6st ed. 2015

414/185. Parestesias chivatas

Autores:

M. Orellana Beltrán¹, M. Calderón Casero², A. Serrano Camacho³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pechina. Unidad de Gestión Clínica Bajo Andarax. Almería., ²Médico de Familia. Centro de Salud Pechina. Unidad de Gestión Clínica Bajo Andarax. Almería, ³Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Retamar. Unidad de Gestión Clínica Almería Periferia. Almería.

Descripción del caso

Varón de 47 años acude consulta refiriendo parestesias en manos y pies desde hace meses sin otra sintomatología. Como antecedentes herniorrafia y fumador de 3-4cig/semana, además de un ingreso hace dos años en Servicio de Neurología por déficit sensitivo y parestesias en miembro superior izquierdo. Fue dado de alta al no encontrarse hallazgos significativos en las pruebas complementarias (analítica, TAC y RNM encefálica, Doppler de troncos supraaórticos...).

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, bien hidratado y perfundido. Eupneico. TA 125/80.

Neurológica: Consciente y orientado, Glasgow 15, PINR, MOEC, no asimetrías faciales ni otra alteración de pares craneales. No dismetría. Lenguaje y articulación conservadas. Fuerza conservada, déficit sensitivo vibratorio en miembros. Marcha y equilibrio conservados. ROT normales. No signos meníngeos.

Auscultación cardiorrespiratoria y abdominal sin hallazgos patológicos.

Miembros sin edemas ni signos TVP o isquemia.

No signos sugerentes de radiculopatía.

EKG normal

Analítica: Hb 13, VCM 102 fL, 8760 leucocitos con fórmula normal, glucosa 100, función renal normal, transaminasas en rango, TSH 2.8, perfil lipídico normal, hierro 50, fólculo 5, VitB12 0.

Juicio clínico

Déficit de vitamina B12 por gastritis atrófica

Diagnóstico diferencial

Anemia perniciosa, gastritis crónica por H. Pylori, dietas vegetarianas estrictas, pancreatitis crónica o insuficiencia pancreática, enfermedad de Crohn, enfermedad celiaca, sobrecrecimiento bacteriano, fármacos (metformina, colestiramina, azatioprina, omeprazol...), síndrome de Zollinger-Ellison, parasitosis intestinal...

Comentario final

Se instaura tratamiento con cianocobalamina a altas dosis: 1000 mcg im diarios durante la primera semana, después semanalmente durante el primer mes y posteriormente con periodicidad mensual.

Al mes, en analítica de control se observan Hb 15.7 con VCM normalizado a 99 fL, hierro 101, fólculo 7.39 y Vit. B12 464 pg/ml.

Se deriva a Digestivo para estudio realizándose gastroscopia preferente: aspecto de gastritis atrófica crónica con lesiones sobreelevadas. Se realizan biop-

sias y se confirman tumor carcinoide tipo I y gastritis atrófica antral y fúndica con metaplasia intestinal sin bacilos tipo Helicobacter, todo ello sugerente de gastritis crónica tipo A (autoinmune).

Bibliografía

- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. Resimécum: Manual de diagnóstico y tratamiento dirigido al Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. 1ª ed. Madrid: SEMERGEN; 2015.
- Berlin H, Berlin R, Brante G. Oral treatment of pernicious anemia. Wiley Online Library [Internet]. 1968; 184: 247-58. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.0954-6820.1968.tb02452.x>

414/187. Lesión dermatológica en Centro de Salud: Achantoma de células claras

Autores:

J. Cabañas Arijá¹, I. Coronel Pérez², L. Martín Fernández³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla., ²Médico Especialista en Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología en Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla., ³Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Moguer. Huelva.

Descripción del caso

Varón de 74 años, sin alergias medicamentosas y antecedentes personales de HTA, hiperparatiroidismo, hipotiroidismo, hiperuricemia, adenoma de prostata, espondilolistesis L4. Discopatía C3-4-5-6. Hemibloqueo rama izq, BCRDHH. IQx: Tiroidectomía completa e intervenido de hernia de disco. Tratamiento habitual con Tamsulosina/Dutasteride, Eprosartan 600/HDZ 12.50 mg y Ranitidina 300 mg.

Acude al Centro de Salud por presentar una lesión pigmentada en muslo derecho de largo tiempo de

evolución. No dolorosa y sin ninguna sintomatología acompañante. Se decide contactar con el Servicio de Dermatología para valoración del caso.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física se aprecia en región anterior del muslo derecho una pápula de 8 mm de diámetro con contorno regular, con coloración uniforme del tono de la piel, que a la dermatoscopia muestra hileras de puntos rojos con algunas zonas de puntos marrón grisáceos.

Se realiza biopsia punch de 4 mm en la consulta bajo anestesia local y cierre primario con seda 4/0, y se envía la muestra a Anatomía Patológica.

Juicio clínico

Los resultados enviados a Anatomía Patología arrojan el diagnóstico de Acanthoma de Células Claras.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial principal se estableció con la Queratosis Liqueoide, aunque también se incluían otras entidades como la queratosis seborreica, el carcinoma basocelular, la enfermedad de Bowen o el dermatofibroma.

Comentario final

El Acanthoma de Células Claras es un raro tumor epidérmico benigno que ocurre en adultos y es más frecuente entre los 50 - 70 años de edad. La lesión típica es un nódulo bien delimitado, rojizo, con algunas costras y escamas periféricas, que mide entre 1-2 cm de diámetro y que a la dermatoscopia suele tener la imagen típica de "collar de perlas" con puntos rosados-rojizos. Suele aparecer en miembros inferiores, aunque también puede tener otras localizaciones, y es generalmente asintomático.

Es necesario el conocimiento de la imagen típica en la dermatoscopia en los CS para poder realizar un diagnóstico previo a la biopsia.

Bibliografía

- Morrison LK, Duffey M, Janik M, Shamma HN. Clear cell acanthoma: a rare clinical

- diagnosis prior to biopsy. Int J Dermatol. 2010 sep; 49 (9): 1008-11.
- Odom RB, James WD, Berger TG. Nevos y tumores epidérmicos. En: Andrew's.
- Dermatología clínica. Vol 2. Madrid: Marban; 2004. p. 803.

414/190. Doctor, me noto la barriga más grande.

Autores:

L. Acosta Urbano¹, C. Perea Alfaro², J. Gómez Torres³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Isla Chica. Huelva., ²Médico Residente 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Adoratrices. Huelva, ³Médico Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Isla Chica. Huelva.

Descripción del caso

Mujer, 74. HTA. Osteoporosis. Hipertiroidismo primario.

Consulta por cuadro de dolor abdominal difuso y pérdida ponderal de 10 kg en los últimos meses. Refiere pesadez estomacal postprandial y aumento del tamaño de hernia umbilical, ya conocida.

Exploración y pruebas complementarias

Regular estado general. Eupneica y afebril.

SatO2 96%, FC 92 lpm, TA 121/76 mmHg.

ACR. Normal

ABDOMEN. Duro y globuloso. Tumoración palpable dura en hernia umbilical que protuye parcialmente a la maniobra de Valsalva, no complicada, abdomen doloroso a la palpación difusa. Murphy y blumberg negativos. Ruidos hidroaéreos presentes.

- Analítica. Hemograma, coagulación y orina elemental normal. Bioquímica: normal, así como el perfil abdominal y hepático, iones y perfil calciofósforo.

PCR 84. Vitaminas b12 1225, ácido fólico 4. 66, ferritina 129, Sat transferrina 15%.

- Marcadores tumorales: CEA 45, CA125 255, Ca 19.9 y AFT normal.
- SOH positiva.
- Eco transvaginal. En saco de Douglas tumoración heterogénea con componente sólido en 2/3 partes de 79x55x54 con vascularización central abundante. Masa pélvica compatible con Ca ovario. Imágenes intraabdominales nodulares compatibles con carcinomatosis.

Juicio clínico

Carcinomatosis peritoneal secundaria a Ca ovario

Diagnóstico diferencial

Hemos de considerar las posibles etiologías: el mesotelioma maligno, linfomatosis peritoneal e infecciones en dicha localización. Orienta al primero, el engrosamiento del peritoneo, signos de invasión local y la exposición al asbesto.

En cambio, la presencia de adenopatías en mesenterio y retroperitoneo, calcificaciones o un ascitis en un paciente con enfermedad peritoneal difusa deberían llevar a la sospecha de carcinomatosis, linfomatosis peritoneal o peritonitis tuberculosa.

Comentario final

La clínica es insidiosa y secundaria a complicaciones por invasión local de la enfermedad. El pronóstico, de 5-9 meses, mejora con triple terapia combinada.

Ante cualquier paciente, con dolor y distensión abdominal que no cesa a tratamiento analgésico, se debe de estudiar de manera preferente, y descartar etiologías como la que nos ocupa lugar.

Bibliografía

- Quadrelli M, Kucharczyk M. Neoplasias peritoneales primarias: diagnóstico diferencial a través de las imágenes - Available from: <https://docplayer.es/39689483-Neoplasias-peritoneales-primarias-diagnostico-diferencial-a-traves-de-las-imagenes.html>

- Gómez Portilla A. Carcinomatosis peritoneal. Diez años aplicando la nueva triple terapia combinada. Experiencia personal. Cirugía Española. 2007; 82 (6): 346-351.

- Farré Alegre J, Bretcha Boix P, Martín M, Sureda M, Brugarolas A. Carcinomatosis peritoneal: Quimioterapia intraperitoneal con hipertermia. Oncología (Barcelona). 2004; 27 (4).

414/199. Síndrome constitucional en mujer joven.

Autores:

V. Correa Gómez¹, A. García Flores², M. Expósito Díaz-Álvarez³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año de Medicina de Familia y Salud Comunitaria., ²Médico de Familia. Zona Básica de Úbeda. Jaén., ³Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Gavellar. Úbeda. Jaén.

Descripción del caso

Mujer de 19 años que acude a su médico de familia en navidad, aprovechando las vacaciones universitarias, está estudiando en Madrid. Refiere que desde el verano presenta pérdida ponderal en relación a pérdida de apetito, cuantificable por la necesidad de disminuir el tallaje de su ropa. Con náuseas al ver la comida y dolor abdominal generalizado esporádico. Sin alteraciones del hábito intestinal, pero sí aumento del ventoseo. No adenopatías. No fiebre. No otra sintomatología acompañante. Refiere que siempre ha estado muy delgada. De personalidad nerviosa, que se ha acentuado por los estudios y el cambio de domicilio habitual. Sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes patológicos. Niega consumo de tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general con biotipo leptosómico. Estable hemodinámicamente. Auscultación normal. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación,

sin masas ni megalias. No se palpan adenopatías. Resto de exploración dentro de la normalidad.

Se decide solicitar analítica con perfil tiroideo y de celiacía, con resultado de anticuerpo antitransglutaminasa >128 (normal 0-11) e Ig A normal. No anemia. Hormonas tiroideas normales. Resto de resultados normales.

Juicio clínico

El diagnóstico es el de enfermedad celiaca. Será necesario derivar a digestivo para realizar biopsia de 2ª-3ª porción duodenal (se debería apreciar atrofia vellositaria) para confirmación diagnóstica.

Diagnóstico diferencial

Con patologías que produzcan síndrome constitucional, como hipertiroidismo, diabetes, enfermedades gastrointestinales, tumorales o psiquiátricas.

Comentario final

En esta paciente no podemos finalizar el estudio de celiacía, no podrá acudir a digestivo porque tiene que volver a Madrid para continuar con sus estudios. Se recomienda iniciar dieta sin gluten. Hay que tener en cuenta que la respuesta clínica y serológica puede confirmar el diagnóstico de enfermedad celiaca, ya que el anticuerpo antitransglutaminas suele negativizarse tras 6-12 meses de dieta libre sin gluten. Su monitorización es útil para el seguimiento de la adherencia a la dieta. Actualmente no es necesario constatar la mejoría histológica con una biopsia intestinal tras la retirada del gluten en la dieta.

Bibliografía

- Vicente, M. M. et al. Diarrea crónica. En: Grupo científico DTM. New Green Book. Madrid: Ed. Marbán; 2015. p 841-864.

414/200. Esto tiene mala pinta.

Autores:

V. Correa Gómez¹, A. García Flores², L. Ballesteros Lechuga³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año de Medicina de Familia y Salud Comunitaria., ²Médico de Familia. Zona Básica de Úbeda. Jaén., ³Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Gavellar. Úbeda. Jaén.

Descripción del caso

Varón de 71 años con antecedentes personales de cardiopatía isquémica e hipertensión. Fumador activo de 40 paquetes-año. Bebedor de 30gr cerveza diaria. En tratamiento con pitavastatina 4mg, bisoprolol 5mg, AAS 100mg, valsartán 160mg y torasemida 5mg. No alergias medicamentosas conocidas.

Poco frecuentador de consulta. Acude de nuevo a su médico de familia (es la 5ª vez en las últimas 3 semanas) por continuar sin mejoría del dolor a pesar de tratamiento. Comenzó a nivel de espalda, sin traumatismo, y se ha ido generalizando al resto del cuerpo, más acentuado a nivel costal izquierdo. Acompañándose de astenia, pérdida de apetito y pérdida ponderal. Sin disnea, tos ni fiebre. No otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, eupneico, normotenso y con obesidad abdominal. Auscultación con murmullo vesicular disminuido en campo superior izquierdo, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen normal. Resto de exploración dentro de la normalidad.

En radiografía torácica se aprecia lesión pulmonar derecha de dudoso origen extrapleural y nódulo en lóbulo superior izquierdo. Se deriva preferentemente a medicina interna para continuar estudio. TAC: nódulo apical izquierdo, micronódulos pulmonares, metástasis hepáticas, numerosas lesiones líticas a nivel costal y de escápula izquierda.

Juicio clínico

Neoplasia pulmonar primaria estadio IV. En seguimiento por Atención Primaria y Cuidados Paliativos. La evolución de la enfermedad fue tan rápida que al mes y medio del comienzo de la sintomatología el paciente fallece.

Diagnóstico diferencial

Dado a la clínica inespecífica del inicio es difícil orientar el caso y, gracias a los resultados de la radiografía, pensaremos en las diferentes causas de nódulo pulmonar.

Comentario final

Pese a la clínica inespecífica del inicio, su médico de familia desde el principio intuyó que algo no iba bien, dado al repentino exceso de demanda asistencial del paciente y a la rápida evolución del deterioro físico.

Con este caso se pretende poner en valor la importancia de la Atención Primaria en cuanto al seguimiento longitudinal; y con ello a la capacidad de detectar cualquier cambio objetivable que se produzca en el paciente.

Bibliografía

- Losa A. et al. Nódulo pulmonar solitario. En: Grupo científico DTM. New Green Book. Madrid: Ed. Marbán; 2015. p 2240-2262.

414/207. Control de la presión arterial como prevención de un accidente vasculocerebral

Autores:

C. Romo Guajardo-Fajardo¹, J. López Suárez², I. Pineda Muñoz¹.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 2º año. Centro de Salud Luis Tara-cido. Huelva., ²Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Olivar de Quinto. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Descripción del caso

Varón de 66 años alérgico a betalactámicos, obeso, exfumador de 26 paquetes-año, exbebedor, EPOC bronquítico-crónico, SAHS, cirrótico con HTP estadio B7 de Child-Pugh y varices esofágicas con episodio sangrante en 2013. En 2014 presenta un AVC isquémico en el contexto de una FA con respuesta ventricular normal de cronología incierta, no anticoagulada, que se anticoaguló con acenocumarol y coincidiendo

con crisis hipertensiva en dicho ingreso. En ese mismo año, AVC hemorrágico, retirándose la anticoagulación e introduciendo al paciente en lista quirúrgica para cierre de orejuela con dispositivo Watchman. Realiza tratamiento con clometiazol, omeprazol, diltiazem, furosemida, espironolactona y ramipril (por reciente HTA diagnosticada en consulta y pendiente de MAPA). En agosto de 2016, es atendido y trasladado por el servicio de emergencia del 061 con Glasgow 9 y PA de 200/100mmHg.

Exploración y pruebas complementarias

Mal estado general. PA 200/100 mmHg. Exploración neurológica: : Glasgow 9.

Analítica: Hb 127g/L, serie blanca y plaquetas normales. Glucemia: 102mg/dl, Creatinina: 1.01 mg/dl, iones en rango. Coagulación normal. EKG: FA con respuesta ventricular normal.

TC craneo: Gran hematoma agudo en ganglios basales izquierdo, con edema vasogénico circundante y efecto masa.

Juicio clínico

Accidente vasculocerebral hemorrágico en el contexto de una hipertensión arterial al controlada.

Diagnóstico diferencial

Accidente vasculocerebral tipo isquémico.

Comentario final

Lo verdaderamente relevante del caso es que en un paciente con la comorbilidad descrita y un riesgo tanto hemorrágico como trombótico tan elevado, no se realizara un control estricto de presión arterial, a pesar de ser el único factor de riesgo modificable en el paciente, siendo finalmente este mismo hecho lo que marca un desenlace fatal.

Bibliografía

- Joundi RA, Cipriano LE, Sposato LA, Saposnik G, Stroke Outcomes Research Working Group. Ischemic Stroke Risk in Patients With Atrial Fibrillation and CHA₂DS₂-VASc Score of 1. Stroke [Internet]. 2016 May [cited 2019 Mar 1]; 47 (5): 1364–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27026630>

- Ruff CT, Giugliano RP, Braunwald E, Hoffman EB, Deenadayalu N, Ezekowitz MD, et al. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet* (London, England) [Internet]. Elsevier; 2014 Mar 15 [cited 2019 Mar 1]; 383 (9921): 955–62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24315724>
- Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Eikelboom J, Oldgren J, Parekh A, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* [Internet]. 2009 Sep 17 [cited 2019 Mar 1]; 361 (12): 1139–51. Available from: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMoa0905561>

414/210. Hipertensión arterial como causa de cefalea hipónica

Autores:

C. Romo Guajardo-Fajardo¹, J. López Suárez², I. Romero Barranca³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 2º año. Centro de Salud Luis Taracido. Huelva., ²Centro de Salud Olivar de Quinto. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla., ³Médico Residente 3º año. Centro de Salud Luis Taracido. Huelva.

Descripción del caso

Varón de 55 años, fumador de 20paquetes-año, con cefalea bilateral pulsátil de varios años de evolución asociada a fotofobia y sonofobia, de intensidad moderada y 20 minutos de duración aproximada que presenta unos 15-20 días al mes, especialmente durante la noche y que irrumpe el sueño, resistente a tratamiento con metamizol, rizatriptán, amitriptilina, propranolol, que precisa en múltiples ocasiones acudir a servicio de urgencias para tratamiento intravenoso con metamizol, AINES, diazepam y oxigenoterapia. Se deriva a consulta de neurología para estudio.

Exploración y pruebas complementarias

TA en consulta: 130-87mmHg

EKG: RS a 94 lpm, PR normal, BQDHH, sin alteraciones agudas de la repolarización.

Exploración neurológica dentro de la normalidad.

Analítica: Hg tres series dentro de la normalidad. Glucosa 105, urea 70, iones en rango. Estudio tiroideo dentro de la normalidad. Cg normal.

TAC craneo y RMN normal.

Polisomnografía normal.

MAPA : PA 24h 138-97mmHg. PA actividad 131-89mmHg. PA reposo 142-101. Patrón RISER.

Juicio clínico

Cefalea hipónica en el contexto de una HTA patrón RISER.

Diagnóstico diferencial

Cefalea migrañosa con aura.

LOES cerebrales.

Comentario final

El paciente es diagnosticado de cefalea hipónica, tipo de cefalea poco frecuente que cumple como criterios diagnósticos la presentación durante 15 días al mes, que despiertan en el sueño, que pueden durar de 5 a 60min, generalmente bilateral y que no se asocia a fenómenos autonómicos. Ante la alta posibilidad de su relación con PA altas durante la noche se realizó MAPA, donde se observa una HTA con patrón RISER (relacionada con un mayor número de eventos cardiovasculares), que se consigue controlar con ramipril 2, 5 mg cada 24h antes de dormir. Dos meses tras la instauración del tratamiento, se realiza MAPA de control que presenta valores dentro de la normalidad, coincidiendo también con una mejoría sintomática valorada en el calendario de cefalea, en la consulta de atención primaria.

Bibliografía

- J-F. Liang, J-L. Fuh, H-Y. Yu, C-Y. Hsu, S-J. Wang. Clinical features, polysomnography and outcome in patients with hypnic headache. *Cephalagia*, 28 (2008), pp. 209-215

- P. Mulero, A. L. Guerrero-Peral, E. Cortijo, N. S. Jabary, S. Herrero-Velázquez, S. Miranda, et al. Cefalea hípica: características de una serie de 13 nuevos casos y propuesta de modificación de los criterios diagnósticos. *Rev Neurol*, 54 (2012), pp. 129-136

414/212. Dolor abdominal como consulta de Urgencias en el Centro de Salud

Autores:

J. Cabañas Arijá¹, M. Díaz Sánchez², L. Martín Fernández³, J. Ibanco Arnaldos⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla., ²Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla., ³Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Moguer. Huelva., ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Nuestra Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla.

Descripción del caso

Mujer de 41 años, sin alergias medicamentosas conocidas, intolerante al AAS, sin FRCV, con asma alérgica y con anemia ferropénica y déficit de vitamina B12 secundaria a gastritis crónica autoinmune en seguimiento en CCEE de Digestivo. Historia ginecológica: G3 A1 C1 P1. Menarquia: 14 años. No menopáusica.

AF: Hermano con cáncer testicular a los 40 años.

Acude de Urgencia a consulta del CS por dolor abdominal de aparición brusca esa misma mañana al despertar, localizado en ambas FI y epigastrio, asociando náuseas sin vómitos. No ha presentado fiebre. No clínica miccional. En ese momento estaba con la menstruación y añade que anteriormente había padecido episodios de gastritis pero no tan intensos.

Exploración y pruebas complementarias

EF: REG con un abdomen blando y depresible, con Blumberg y Murphy negativos, aunque intensamente doloroso y con defensa abdominal a la palpación de

ambas FI, con RHA aumentados. PPR bilateral negativa. Se administra Metamizol y Buscapina IM y se deriva a Urgencias Hospitalarias para realización de PPCC.

Analítica Urgencias: 13. 980 leucocitos sin desviación a la izquierda y PCR 31. 6 mg/L, resto normal.

Rx de abdomen: abundantes heces y gas.

Ante el difícil control del dolor tras 12h de observación con mórnicos endovenosos, se realiza ECO abdominal: lesión quística, heterogénea con formaciones sólidas en su interior con un tamaño de 82x64 mm.

Juicio clínico

Se consulta con Ginecología, que cursa ingreso de la paciente, durante el cual se realizó laparoscopia para biopsiar tumoración anexial que se envió a AP con resultado: Carcinoma de Células Claras de Ovario.

Diagnóstico diferencial

Endometriosis. Quiste ovárico funcional. Rotura quiste ovárico. Torsión de anexo. Causas gastrointestinales.

Comentario final

El cáncer de ovario es el quinto tipo de cáncer más frecuente entre las mujeres por detrás del cáncer de mama, colorrectales, útero y pulmón, según datos de la Asociación Española Contra el Cáncer, y ocupa el octavo lugar entre los fallecimientos por cáncer del sexo femenino.

Bibliografía

- Casado J, Bernard M, Corpacho I. Masa abdominal: cáncer de ovario. *FMC*. 2013; 20 (7): 399 - 403.
- González Bosquet, E. (2003). *Ginecología* (8 edición). Elsevier, España.
- Usandizaga JA, De la Fuente P. *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. Vol. II: Ginecología. México: McGraw-Hill-Interamericana, 1998

414/213. Amnesia de corta evolución.

Autores:

M. García Fraile¹, C. Ramírez Sánchez², N. Trujillo Díaz³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valverde. Huelva, ²Centro de Salud de Moguer., ³Médico de Familia. Hospital de Río Tinto. Huelva.

Descripción del caso

Mujer de 51 años, sin alergias a medicamentos conocidas. No fumadora ni bebedora habitual. No antecedentes quirúrgicos previos. Antecedentes personales de hipotiroidismo y realiza tratamiento con eutirox 75 mcg al día.

Acude al Servicio de Urgencias por presentar mareos con sensación de inestabilidad sin giro de objetos y amnesia desde hace una semana, que hoy se ha intensificado hasta el extremo de no recordar el nombre de sus familiares. La paciente refiere que es maestra y que tampoco es capaz de recordar el nombre de sus alumnos, situación que le provoca mucha angustia ya que intenta centrarse en recordar los nombres de sus ocho alumnos, pero es incapaz. No otra clínica.

No antecedentes de convulsiones, cefalea ni depresión.

Ha acudido a su médico de familia y le ha realizado una analítica que aporta con hemograma, bioquímica y niveles de ácido fólico y vitamina B12 normales.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Normocoloreada y eupneica en reposo. Tonos cardíacos rítmicos, a buena frecuencia. Murmullo vesicular conservados, sin presencia de ruidos patológicos. Abdomen anodino. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa. Exploración neurológica normal.

Se solicita electrocardiograma que muestra ritmo sinusal a 75 latidos por minuto, sin alteraciones agudas de la repolarización. Analítica con hemograma, función renal e iones y parámetros de coagulación normales. TAC de cráneo en donde se evidencia área de hipodensidad con aspecto de edema digitiforme afectando al lóbulo temporal izquierdo, con probable relación con proceso neoforativo subyacente. En

RMN cerebral realizada durante su ingreso se confirma neoformación en lóbulo temporal izquierdo sugestiva de glioblastoma multiforme.

Juicio clínico

Glioblastoma multiforme izquierdo.

Diagnóstico diferencial

Para diagnosticar la amnesia hay que realizar una evaluación exhaustiva con el fin de descartar otras posibles causas de pérdidas de memoria, como la enfermedad de Alzheimer, otras formas de demencia, depresión, otras patologías psiquiátricas o tumor cerebral.

Comentario final

En todo paciente que presente pérdidas de memoria sin causa justificable se recomienda en primer lugar descartar patología orgánica que justifique dicha clínica.

Bibliografía

- Bergareche A. Amnesias. FMC. 2002; 9 (6). 381-470

414/220. Lumbalgia y adenopatía

Autores:

I. Espejo Martín¹, M. Martín Martín², M. Cabello López³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 1º año. Centro de Salud Adoratrices. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva., ²Médico de Familia. Centro de Salud María Fuensanta Pérez Quirós. Sevilla, ³Médico Residente 1º año. Centro de Salud Isla Chica . Huelva.

Descripción del caso

Paciente mujer de 43 años, sin alergias medicamentosas, exfumadora, en tratamiento con eutirox por hipotiroidismo. Acude a consulta de su Médico de Familia por dolor lumbar, no irradiado, pautandose analgesia. Vuelve a consultar por lo mismo en varias ocasiones pero en una de ellas refiere además una tumoración inguinal y fiebre. Se le realiza analítica con serología de ETS y citología, con resultado ne-

gativo. Es derivada a urgencias de Hospital de Referencia donde realizan analítica y ecografía y es dada de alta con antibioterapia empírica. Una semana después vuelve a consultar en su centro de salud que la vuelve a derivar a urgencias de Hospital y es ingresada para estudio de adenopatía.

Exploración y pruebas complementarias

-Dolor lumbar no irradiado. Lassegue negativo. Adenopatía 5cm en ingle derecha, no eritema ni calor.

-Analítica con anemia macrocítica-normocromica, neutrofilia sin leucocitosis, PCR alta y creatinina alta y b-2-microglobulina elevada.

-TAC abdomen: fibrosis retroperitoneal que engloba ahora, vena cava inferior y ambos uréteres y adenopatías en cadenas ilíacas externa e inguinal derecha, compatible como primera posibilidad con proceso linfoproliferativo.

Juicio clínico

Síndrome linfoproliferativo

Diagnóstico diferencial

Contracturas musculares, osteoartritis, hernias discales, espondilolistesis, enfermedades reumáticas (artritis reumatoide, espondilitis anquilosante), osteomielitis, artrosis o neoplasias

Comentario final

La lumbalgia es, tras los procesos respiratorios, la causa más frecuente de consulta en atención primaria y afortunadamente en la mayoría de casos se debe a procesos benignos y se autolimita con los tratamientos habituales. El médico de familia debe realizar una buena anamnesis y exploración clínica. Ante un dolor lumbar con mala evolución debemos reexplorar y reinterrogar a los pacientes prestando especial atención a signos o síntomas de alarma como pueden ser: dolor que empeora con el reposo, antecedentes de cáncer de infecciones o de traumatismos, incontinencia, abuso de sustancias, déficit neurológico progresivo, masas o megalias, síndrome constitucional, etc.

Bibliografía

- Fauci A, Kasper D, Braunwald E, Hauser S, Longo D, Jameson J, et al. Harrison's principles of inter-

nal medicine. Vol 1. 20th ed. New York: McGraw Hill; 2008.

- Suarez D, Vargas JC, Salas J, Losada I, de Miguel B, Catalán PM, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica Médica. 8º ed. España: MSD.

414/223. Rinosinusitis, ¿aguda o crónica?

Autores:

C. Valenzuela Núñez¹, 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 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz., ³Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz.

Descripción del caso

Mujer, 41 años sin antecedentes de interés y sin RAMc.

Acude a consulta de AP por presentar cefalea punzante frontal y periorbitaria, rinorrea purulenta, halitosis y cacosmia de cuatro semanas de evolución, que se acompaña de febrícula de 37. 5°C desde hace tres días. A la exploración, BEG, COC, BHYP. ACP sin alteraciones. Discreto dolor selectivo a la palpación de los puntos sinusales. Orofaringe hiperémica con importante mucosidad en cavum.

Con sospecha de sinusitis aguda, se decide amoxicilina-clavulánico/8h/10 días y revisión tras finalizar el tratamiento.

Reevaluamos, persiste insuficiencia respiratoria nasal, congestión bilateral y anosmia por lo que añadimos vasoconstrictores nasales durante 5 días. No mejoría.

Insistimos en antecedentes y refiere implante dental en maxilar superior izquierdo hace 4 meses con molestia a ese nivel desde entonces a la que no le había dado importancia. Ante la sospecha de sinusitis cró-

nica y no mejoría tras tratamiento farmacológico se decide derivación a ORL.

Exploración y pruebas complementarias

Se realiza endoscopia nasal observándose congestión de mucosas en fosa nasal izquierda, junto con edema y rinorrea blanquecina en meato medio. La fosa nasal derecha no muestra hallazgos de interés ni el resto de estructuras faringolaríngeas.

Tras probable origen odontógeno, se solicita TAC de senos para nasales con ocupación de seno maxilar y etmoides anterior izquierdo, en probable relación con quiste periapical de pieza dentaria.

Con estos hallazgos, es valorada por Cirugía Maxilofacial y se propone tratamiento quirúrgico coordinado entre ambos servicios con CEN + cirugía oral en el mismo acto.

Tras la cirugía la paciente presenta un postoperatorio satisfactorio y evolución favorable.

Juicio clínico

Rinosinusitis etmoido-maxilar crónica de origen odontógeno

Diagnóstico diferencial

Sinusitis crónica por inmunodeficiencia, poliposis nasosinusal, abscesos periorbitarios, abscesos cerebrales, meningitis, trombosis del seno cavernoso, patología tumoral.

Comentario final

Dentro de la etiología de sinusitis crónica refractaria al tratamiento médico, siempre se debe tener en cuenta el posible origen odontógeno de esta infección en el diagnóstico diferencial. Debemos sospecharlo ante síntomas persistentes, unilaterales e investigarlo en la anamnesis para obtener un diagnóstico correcto y realizar un tratamiento adecuado, papel indispensable del Médico de Familia.

Bibliografía

- Sarandeses García, J. Chao Vieites y V. Novoa Juiz. Sinusitis Aguda. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza Y Cuello. Cap. 57. Pág: 721-732.

414/233. Artritis que precede al dolor abdominal

Autores:

A. Hueto Aguilar¹, M. García Muñoz¹, M. Moreno Velarde².

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 1º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Coín. Málaga., ²Médico Residente 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Portada Alta. Málaga.

Descripción del caso

Paciente varón de 21 años sin antecedentes personales de interés. Es estudiante y practica fútbol de forma habitual.

Acude a consulta por presentar desde hace 3 días inflamación del primer dedo del pie derecho, sin haber sufrido herida ni traumatismo claro. Se pauta tratamiento con antiinflamatorios y frío local y se aconseja cese de la práctica deportiva. A los 10 días vuelve por persistencia del cuadro, presentando además molestias en fosa iliaca izquierda, unas 2 deposiciones diarias diarreicas con hebras sanguíneas e importante sensación de tenesmo rectal. No ha tenido fiebre.

Exploración y pruebas complementarias

- Buen estado general. Constantes vitales normales.
- Pie derecho: primer dedo moderadamente inflamado, en menor grado que en la primera visita.
- Abdomen: blando y depresible, sin masas ni megalias, con sensación de discomfort a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda, sin signos de irritación peritoneal.
- Tacto rectal: ampolla rectal vacía, sin apreciarse lesiones internas o externas, dedil limpio.
- Ante la sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se solicita: analítica sanguínea que incluya hemograma, perfil tiroideo, vitamina B12, ácido fólico, hierro y proteína C reactiva; coprocultivo y calprotectina fecal.
- Se realiza una derivación a consulta de Digestivo.

Juicio clínico

Posible enfermedad inflamatoria intestinal, con artritis como manifestación extraintestinal precediendo al cuadro.

Diagnóstico diferencial

Colitis infecciosa/diverticulitis/enteropatía por AINEs

Comentario final

Los pacientes con EII presentan con cierta frecuencia una serie de alteraciones de otros sistemas que pueden preceder al diagnóstico de la enfermedad. La artritis periférica aparece hasta en el 25-35% de los pacientes con EII, generalmente coincidiendo con las exacerbaciones gastrointestinales, y constituye la manifestación extraintestinal más frecuente. Si bien hay que descartar primero otras causas más frecuentes, es un dato a tener en cuenta que apoyaría el diagnóstico de EII en pacientes con síntomas típicos.

Bibliografía

- Bernstein CN, Eliakim A, Fedail S, Fried M. Review Team. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines Inflammatory Bowel Disease: Up-to-date August 2015. J Clin Gastroenterol. 2016; 50 (10): 803-18
- Paredes JM, Barrachina MM, Román J, Moreno-Osset E. Patología articular en la enfermedad inflamatoria intestinal. Gastroenterol Hepatol. 2005; 28 (4): 240-9

414/238. Dolor abdominal inespecífico a estudio

Autores:

A. Allés Florit¹, M. Serrano León², T. Ortiz Puertas³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año. Centro de Salud. Almuñécar. Granada., ²Médico de Familia de Atención Primaria. Centro de Salud Almuñécar. Granada., ³Médico de Familia. Centro de Salud. Almuñécar. Granada.

Descripción del caso

Varón de 69 años de edad con antecedentes personales de Diabetes Mellitus sin complicaciones micro-macro vasculares, Gastritis crónica y Síndrome Ansioso-depresivo en tratamiento con metformina 850mg/12horas, pantoprazol 20mg/24horas, clorazepato dipotásico 5mg/24horas, citalopram 20mg/24horas, lormetazepam 2mg/24horas.

Consulta en varias ocasiones por molestias abdominales inespecíficas de más de 3 años de evolución, consistentes en distensión abdominal relacionados con las comidas, pérdida ponderal sin otra sintomatología acompañante, que no mejora tras varios tratamientos sintomáticos.

Endoscopia Digestiva Alta en 2016 informada como gastritis crónica con Helicobacter Pylori negativo. Sangre oculta en heces (SOH): negativa.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, hemodinámicamente estable.

Abdomen: globulosos, blando, depresible, muy timpánico a la percusión y ruidos hidroaéreos ligeramente aumentados. No se palpan masas ni megalias, no defensa abdominal, ni dolor a la palpación.

Resto de exploración por aparato y sistemas normales.

Se solicita: Analítica donde destaca Hb: 10. 6g/dl, Htco: 24. 3%, VCM: 65. 7%; Glucemia: 137. Resto analítica normal. SOH: una muestra positiva.

Colonoscopia: hemorroides. Normal hasta ciego donde se observan 3 oxiuros en dicha zona y colon transverso que se capturan, y se confirman por microbiología. Resto sin alteraciones.

Juicio clínico

Dolor abdominal por oxiuriasis

Diagnóstico diferencial

gastritis crónica vs patología biliar vs proceso infeccioso.

Comentario final

Los parásitos intestinales causan morbimortalidad en 209 millones de personas en el mundo. El pará-

sito más frecuente en nuestro medio es el oxiuro, siendo el ser humano el único huésped, localizándose mayoritariamente en el ciego, desde dónde emigra la hembra de noche hasta el margen anal dónde deposita sus huevos (unos 10. 000). Los síntomas principales son prurito anal, insomnio y dolor abdominal intermitente. Por tanto, ante un dolor abdominal no respondedor a tratamiento sintomático e intermitente, no debemos olvidar incluir en el diagnóstico diferencial los parásitos como causantes del cuadro.

Bibliografía

- J. Lopez Olmos; J. Gasul. Enterobius vermicularis (oxiuros) en la práctica ginecológica. Revista Elsevier vol 38 núm 5 pagina 163-206 Sept-Octub 2011.
- www. mayoclinic. org Nov 2018. Infección por parásitos intestinales.

414/239. Íleo biliar, una causa infrecuente de oclusión intestinal.

Autores:

M. García Muñoz¹, M. Moreno Velarde², A. Hueto Aguilar¹.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 1º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud de Coín. Málaga., ²Médico Residente 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Portada Alta. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial, que acude a consulta por presentar desde hace 2 días vómitos de contenido bilioso, sin asociar diarrea, fiebre o dolor abdominal. Estreñimiento de cinco días de evolución sin otra clínica asociada. Ante la sospecha de gastroenteritis aguda tras una exploración física normal se pautó metoclopramida, dieta y suero oral. A las 48 horas la paciente volvió de nuevo a consulta por persistencia de la sintomatología, presentando además epigastralgia y distensión abdominal.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general. Consciente y orientada. Palidez cutánea. Hemodinámicamente estable.

Auscultación cardiopulmonar normal.

Abdomen: distensión abdominal con marcado timpanismo, sin dolor a la palpación profunda. Ruidos hidroaéreos presentes.

Tacto rectal donde se palpaba gran fecaloma.

Ante la persistencia del cuadro se derivó a la paciente a Urgencias.

En Urgencias le realizaron analítica de sangre que mostró bilirrubina total 2. 5 (0. 8 directa) y PCR 26. En la radiografía simple de abdomen se observó gran litiasis en cuadrante inferior izquierdo del abdomen, con marcada dilatación de asas de delgado y fecaloma rectal. La paciente pasó a área de observación, siendo desimpactado el fecaloma y recibiendo tratamiento antiemético. Durante su estancia en observación empeoró su estado general y se amplió estudio con TAC de abdomen que mostró litiasis de 11 mm en vesícula, con presencia de fístula bilio-entérica, aerobilia y gran litiasis de 31 mm en asas de íleon con dilatación retrógrada de las mismas.

Se contactó con Cirugía General y la paciente se intervino en <24h mediante enterolitotomía por laparotomía más colecistectomía y cierre de fístula bilio-entérica. Tras la intervención, evoluciona favorablemente.

Juicio clínico

Obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar.

Diagnóstico diferencial

Ampuloma, patología biliar, neoplasias malignas de páncreas o estómago.

Comentario final

El Íleo biliar supone el 0. 5% de las oclusiones mecánicas del intestino delgado, presentando mayor incidencia en el sexo femenino y pacientes mayores. La presentación intermitente de los síntomas suele condicionar retrasos en el diagnóstico, por tanto, una alta sospecha clínica es fundamental para asegurar

un tratamiento quirúrgico precoz, evitando una elevada morbi-mortalidad en pacientes ancianos con múltiples patologías de base.

Bibliografía

- A. A. Ayantunde, A. Agrawal. Gallstone ileus: diagnosis and management. *World J Surg.* 2007; 31: 1292-97

414/240. VIH en varón de 20 años. ¡Nos estamos relajando!

Autores:

C. Guijo Roldán¹, A. Carabot Ramírez², A. Olivares Loro³.

Centro de Trabajo:

¹Unidad de Gestión Clínica Mentidero., ²Médico Residente. Unidad de Gestión Clínica Dr. Joaquín Pece., ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.

Descripción del caso

Varón de 20 años sin alergias medicamentosas conocidas y sin antecedentes personales relevantes salvo intervenido de fístula anal hace dos años que acude a su Médico de Atención Primaria por cuadro catarral de dos semanas de evolución. A lo largo de la entrevista clínica el paciente pregunta por la vacuna de la hepatitis A y solicita serología de VIH, según refiere ha mantenido relaciones homosexuales de riesgo con un desconocido (cruising). Preguntado por síntomas y signos de ITS, no refiere.

Solicitamos serología VIH, pues, CMV, toxoplasma y virus hepatotropos; sistemático de orina y cociente albúmina/creatinina.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, COC. BHyP.

ACR: rítmico sin soplos. MVC sin ruidos patológicos.

CyC: sin adenopatías ni masas palpables.

Serología VIH positiva. Carga viral de VIH 5430 copias. Serología VHB negativa (no inmunizado), VHA negativo (precisa vacunación), serología VHC negativo; Toxoplasma, Citomegalovirus y Treponema pallidum negativos.

Urianálisis normal. Cociente albúmina/creatinina 2,3 mg/g.

Informamos al paciente de los resultados, indagando hace un año se había realizado otra serología por petición propia y fue negativa y derivamos a la consulta de ITS para valorar inicio de tratamiento. Mientras derivamos a Medicina Preventiva para vacunación (VHB, VHA) y solicitamos recuento de linfocitos CD4 y HLA B5701 de cara al tratamiento.

Fue valorado por Unidad de Infecciosos que tuvo que derivar al paciente a Salud Mental por sintomatología depresiva e instauró tratamiento con Dolutegravir 1 comprimido al día más Lamivudina 1 comprimido al día, con la intención de pasar a la pastilla única.

Juicio clínico

Infección por VIH.

Diagnóstico diferencial

Otras enfermedades de transmisión sexual (VHB, VHA, gonorrea, sífilis, linfogranuloma venéreo. . .).

Comentario final

- Los casos de VIH/SIDA son frecuentes en nuestra comunidad autónoma.
- Más de un 30% de los casos en jóvenes y adolescentes por debajo de 30 años.
- El porcentaje de diagnósticos tardíos no ha descendido en la última década.
- Dos motivos fundamentales: 1) La no percepción de riesgo por parte del paciente y 2) La no oferta del sanitario para realizarse el test.
- Es importantísimo incidir en la prevención en los jóvenes y adolescentes y en la formación de los Médicos de Atención Primaria.

Bibliografía

- Plan andaluz frente al VIH/SIDA y otras ITS.

414/241. Mareo: ¡Exploración neurológica!

Autores:

A. Carabot Ramírez¹, A. Olivares Loro², M. Curado Mateos³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente. Unidad de Gestión Clínica Dr. Joaquín Pece., ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz., ³Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.

Descripción del caso

Varón de 48 años sin antecedentes previos. No alergias medicamentosas y sin hábitos tóxicos. Acude a su Centro de Salud por mareo de reciente aparición, para lo cual su MAP le prescribe Diazepam 5 mg. Al día siguiente el paciente acude al Servicio de Urgencias por persistencia del cuadro, se le realiza un electrocardiograma que resulta normal y se pauta Sulpirida, con lo que el paciente siente mejoría y es dado de alta con diagnóstico de patología osteomuscular. Al día siguiente vuelve a consultar por el mismo motivo e indagando en la anamnesis refiere además parestesias en miembros y paladar.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración: limitación de la mirada vertical, así como en el plano lateral. Ausencia de nistagmo. Fuerza conservada. Arreflexia generalizada con RCP flexor. Hipostesia en guante y calcetín. Resto normal. El paciente pasa a Observación para realización de punción lumbar (ligera hiperproteorraquia), comienza allí con voz nasalizada y cierto grado de disfagia. Neurofisiológico: compatible con polineuropatía desmielinizante aguda. Resto normal (bioquímica, hemograma, serología, radiografía de tórax y TAC cráneo).

El paciente fue ingresado en Neurología con mejoría progresiva y alta en 8 días, tras 1 semana de tratamiento con Inmunoglobulina intravenosa. Fue valorado por Rehabilitación sin necesitar tratamiento.

Juicio clínico

Síndrome de Miller-Fisher.

Diagnóstico diferencial

Encefalopatía de Wernicke, encefalitis de Bickerstaff, miastenia gravis, ictus. . .

Comentario final

Ante cualquier síntoma neurológico es fundamental la exploración neurológica completa sin olvidar los reflejos aunque inicialmente parezca algo banal o sea un paciente joven y sano, esto repercute en beneficio del paciente y disminuye las visitas.

Ante un cuadro atípico de síndrome de Guillain-Barré pensar en su variante de Miller-Fisher que es la más frecuente y cursa con la tríada clásica oftalmoparesia, ataxia y arreflexia; sin olvidarnos de preguntar por antecedentes de cuadro respiratorio o gastrointestinal que nos ayuden en la orientación diagnóstica inicial.

Bibliografía

- Clinical features and prognosis of patients with Guillain-Barré and acute transverse myelitis overlap syndrome. Guo F, Zhang YB. Clin Neurol Neurosurg. 2019 Apr 15; 181: 127-132.

414/243. La versatilidad del médico rural

Autores:

J. Cossi Torrejón¹, L. Narváez Gómez¹, T. Luque Barberán¹, E. Cabeza Rodríguez².

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de Medicina de Familia Centro de Salud Algeciras-Norte. Cádiz., ²Médico de Familia. Consultorio Alcalá de los Gazules. Cádiz.

Descripción del caso

Encontrándonos en la consulta de AP del Consultorio de Alcalá de los Gazules (Cádiz), recibimos una llamada al busca de guardia por parte del centro coordinador del 061, alertando de que en un domicilio hay un Varón de 3 años en posible Parada Cardiorrespiratoria.

Desde que recibimos el aviso hasta que llegamos a domicilio pasan 7 minutos. A nuestra llegada el pa-

ciente se encuentra inconsciente, semidesnudo y sin pulso. Comenzamos maniobras de Reanimación cardiopulmonar y monitorizamos constantes. Se encuentra en asistolia y se objetivan secreciones de vías aéreas. Se decide el aislamiento de la vía aérea con mascarilla laríngea, aunque tampoco es efectiva, con lo que finalmente se opta por la intubación oro-traqueal. Se canaliza vía intraósea en meseta tibial derecha para fluidoterapia y se le pasa 1 ampolla de adrenalina.

Tras 50 minutos de Reanimación, el paciente no reacciona, con lo que se confirma el éxitus.

Exploración y pruebas complementarias

A nuestra llegada el paciente se encuentra inconsciente, sin pulso, con ligera palidez cutáneomucosa, midriasis media arreactiva y arrefléxica con reflejo corneal -, petequias periorbitales y cianosis peribucal. Secreciones de vías aéreas, aunque no muy abundantes.

Tras 50 minutos de RCP avanzada, el paciente no muestra signos de vitalidad, con lo que se confirma el éxitus y se procede a avisar a las FOP para el levantamiento del cadáver.

Juicio clínico

Exitus secundario a ahogamiento por convulsión febril en la bañera.

Diagnóstico diferencial

Asfixia voluntaria, ahogamiento voluntario.

Comentario final

El médico rural es una figura desconocida para muchos. Muchas veces se piensa erróneamente que sólo se dedican a la AP, cuando tienen que ejercer a la vez de AP, de SUAP e incluso de DCCU ó O61. Una versatilidad que te hace permanecer alerta ya que en cualquier momento una consulta se puede convertir en una odisea.

La medicina rural te obliga a estar actualizado en todas las facetas de la medicina, y el reciclaje en técnicas de RCP y manejo de situaciones graves se hace imprescindible y fundamental para el personal sanitario.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ et al. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guías diagnósticas y protocolos de actuación.
- SEMERGEN. Resumecum.

414/244. La disnea siempre precisa atención

Autores:

M. Moreno Velarde¹, L. Sánchez Romero², A. Hueto Aguilar³, M. García Muñoz³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Portada Alta. Málaga, ²Médico Residente 1º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. Extremadura., ³Médico Residente 1º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Coín. Málaga.

Descripción del caso

Mujer de 72 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y diabetes, no fumadora y sin alergias medicamentosas, que acude a consulta por disnea progresiva de 4 días de evolución. Se acompaña de tos, escasa mucosidad y febrícula sin otra clínica asociada.

Ante una exploración física anodina y la sospecha de infección respiratoria, se solicita radiografía de tórax y electrocardiograma y se inicia tratamiento con antibiótico oral e inhaladores (broncodilatador y corticosteroides).

A la semana, consulta de nuevo por aumento de disnea a pesar del tratamiento. Niega otra clínica asociada.

Ante el empeoramiento clínico y la baja saturación de oxígeno detectada, se deriva a urgencias para continuar estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente y orientada. Saturación de oxígeno 91% (95% con gafas nasales),

100 lpm, tensión arterial: 120/70 mmHg, afebril. Auscultación cardiopulmonar normal. Exploración abdominal anodina. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Electrocardiograma en ritmo sinusal sin alteraciones. Radiografía de tórax muestra seno costofrénico derecho pinzado. En analítica de Urgencias se detectó: Dímero D 3236, ProBNP 1678 y gasometría venosa con ph 7. 5. Ante estos resultados se realizó angio-TC de tórax poniendo de manifiesto defectos de repleción en relación con un trombo a nivel arteria pulmonar derecha, otro acabalgado entre ambas pulmonares principales y otro parcial en pulmonar izquierda. El estudio se completó con una ecografía doppler de miembros inferiores, en la cual no se observaron signos de trombosis venosa superficial ni profunda. Y un ecocardiograma, que mostró cardiomegalia global, sobre todo a expensas de cavidades derechas, con función sistólica global conservada.

La paciente ingresó en Neumología y tras administrar tratamiento evolucionó favorablemente.

Juicio clínico

Tromboembolismo pulmonar masivo.

Diagnóstico diferencial

Infección respiratoria, insuficiencia cardiaca, tromboembolismo pulmonar.

Comentario final

La sospecha clínica es fundamental para el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar, pero existe una limitada sensibilidad y especificidad de los síntomas, signos y pruebas complementarias. Por lo que es preciso ayudarnos de algoritmos diagnósticos y escalas de probabilidad clínica (Wells, Ginebra) para alcanzar un diagnóstico certero.

Bibliografía

- Hernández Sanz P, Pérez Gallán M. Enfermedad tromboembólica venosa. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 8ª Edición. Collado Villalba-Madrid. P. 517-539.

414/245. Parálisis frénica unilateral tras manipulación quiropráctica cervical. A propósito de un caso

Autores:

L. Sánchez De Cos Jiménez¹, L. González Díaz², A. Zarallo Pérez³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz., ²Médico Residente 2º año. Centro de Salud Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz., ³Médico de Familia en Unidad de Gestión Clínica Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz.

Descripción del caso

Varón de 47 años. Antecedentes personales : ex fumador desde hace 17 años, episodio de crisis asmática por sensibilización a olivo hace 6 años. Cistitis hemorrágica por inhalación de insecticida hace unos meses. Trabaja en hostelería. En tratamiento con budesonida/formoterol.

Acude inicialmente a nuestra consulta por presentar tos seca y disnea de esfuerzo siendo tratado con broncodilatadores. Posteriormente acude de nuevo refiriendo mejoría de la tos pero aumento progresivo de la disnea de esfuerzo. Se solicita rx torax y ante los hallazgos se deriva a Neumología.

Presenta además contractura cervical y de hombro izquierdo por lo que se realizó manipulación del cuello en dos ocasiones. Refiere posterior a la segunda sesión comenzó con sensación disneica. No fiebre ni sensación distérmica. No pérdida de peso ni alteraciones del ritmo intestinal. No molestias urinarias. Vacunado de la gripe.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, COC, bien hidratado perfundido, FC 90 lpm, SatO2 96%, afebril

AC: tonos rítmicos, sin soplos. AP: hipofonesis en base izquierda. No ruidos patológicos.

No adenopatías en cuello ni fosas.

Analítica sin hallazgos

Radiografía de torax: elevación del hemidiafragma izquierdo con reducción de volumen ipsilateral sugestivo de parálisis frénica

Espirometría: FVC 53%, FEV1 62%, FEV1/FVC= 0, 92

TAC TORAX: Elevación del hemidiafragma izquierdo sin otros hallazgos.

Serología de virus respiratorios y neurotropos: negativas

Juicio clínico

Parálisis frénica de probable origen mecánico

Diagnóstico diferencial

Infección Respiratoria

Neoplasia de pulmón

Intoxicación por insecticida

Neuropatía postviral

Comentario final

La manipulación quiropráctica de la columna cervical es una causa infrecuente de parálisis diafragmática uni o bilateral, y su incidencia se desconoce. Se produce por el estiramiento y /o compresión del nervio frénico por la fuerza de la manipulación. La mayor parte de los pacientes con parálisis unilateral se encuentran asintomáticos en reposo, pero refieren disnea de esfuerzo.

El pronóstico de estos pacientes suele ser excelente, a menos que presenten una neumopatía subyacente significativa.

Bibliografía

- Schram DJ, Vosik W, Cantral D. Diaphragmatic Pa-ralysis Following Cervical Chiropractic Manipulation. Case Report and Review. Chest 2001; 119: 638-640. 12. Iverson LI. Mital A, Dugan DJ, Samson PC. Injuriesto the Phrenic Nerve
- Resulting in Diaphragmatic Pa-ralysis with Special Reference to Stretch Trauma. AmJ Surg 1976; 132: 263-269

414/251. No puedo caminar

Autores:

A. Roldán Fernández, A. Martínez Molina.

Centro de Trabajo:

Centro de Salud Prosperidad.

Descripción del caso

Varón de 58 años, natural de Rumania, fumador activo (IPA 20) con antecedente de isquemia crónica grado II en miembro inferior izquierdo por oclusión iliofemoral de origen arterioesclerótico que precisó de cirugía de bypass iliofemoral en 2018. Tratamiento habitual: adiro, atorvastatina. Acude a consulta por dolor en miembro inferior izquierdo (MII) de dos meses de evolución, progresivo, con impotencia funcional para la deambulaci3n de 50-100 metros, que no mejora con el reposo.

Exploraci3n y pruebas complementarias

Auscultaci3n pulmonar: murmullo vesicular conservado con discreta hipofonesis bibasal, MII tumefacto, con signos tr3ficos en regi3n distal, Hommans negativo, no se palpa cord3n venoso. Pulso femoral palpable, resto ausentes. Resto de la exploraci3n f3sica y constantes normales

Juicio cl3nico

Edema en MII a estudio

Diagn3stico diferencial

patolog3a venosa (TVP, insuficiencia venosa cr3nica), linfático (linfedema), infeccioso (erisipela, celulitis, fascitis necrotizante), traumático, s3ndrome compartimental...

Evoluci3n: Se deriva a Urgencias. Valorado por ciru3a vascular que descarta isquemia aguda en el momento actual. Se solicita anal3tica de sangre en la que presenta DDimero 4. 53 g/mL y Eco doppler: Trombosis venosa profunda (TVP) desde tercio distal de Vena Iliaca externa hasta la popl3tea.

Tras estos resultados se reinterroga al paciente y refiere cuadro de disnea y dolor torácico de características pleuríticas de 5 meses de evoluci3n, con mejor3a progresiva durante los últimos meses. Rx

tórax normal y ECG con cambios en derivación II: qq' con onda T isoeletrica no presente en ECG previo, resto normal. Se realiza angioTAC pulmonar: Troembolismo pulmonar (TEP) bilateral en arterias segmentarias y consolidaciones subpleurales, más numerosas en base izquierda, que podrían corresponder a infartos pulmonares.

Comentario final

es fundamental ante todos los casos de TVP reinterrar acerca de sintomatología sugestiva de TEP, puesto que la TVP es la primera causa para el desarrollo de TEP (90%). Su diagnóstico y tratamiento es fundamental puesto que es la primera causa de muerte intrahospitalaria y la tercera causa de morbi-mortalidad cardiovascular

Bibliografía

- Jimenez Murillo L, Montero Perez FJ. Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ªed. Barcelona: Elsevier 2015

414/252. Parálisis facial periférica

Autores:

A. Roldán Fernández, A. Martinez Molina.

Centro de Trabajo:

Centro de Salud Prosperidad.

Descripción del caso

varón de 68 años con antecedentes personales de paresia del VI par craneal derecho con resolución espontánea completa sin otros de interés. En tratamiento habitual con Adiro 100mg diarios. Acude a consulta por imposibilidad para el cierre del ojo izquierdo de instauración brusca de 3 días de evolución asociado posteriormente a desviación de la comisura bucal hacia la derecha, con empeoramiento clínico progresivo. Presenta lagrimeo y ojo rojo. No otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración facial: Paresia facial periférica House-Brackmann V-VI, consistente en hemiparesia facial

izquierda con desaparición de pliegues cutáneos frontales, dificultad para la subir la ceja izquierda y el cierre del ojo izquierdo, desviación de la comisura bucal hacia la derecha, y dificultad para silbar, asimetría en la mímica facial. Otoscopia izquierda tapón de cerumen. Resto de exploración física general y neurológica completamente normal.

Juicio clínico

parálisis facial periférica.

Diagnóstico diferencial

Idiopática/afrigore/parálisis de Bell, traumática, infecciosa (Virus herpes simple y zoster (ramsay Hunt), neurológica (Sd Guillain Barre), tumoral (co-lesteatoma, neurinoma del acústico, meningioma, neoplasia parotídea), enfermedad sistémica (DM, hipertiroidismo, enfermedad de Lyme, porfiria, autoinmunes, vasculitis...)

Evolución: se deriva a Urgencias hospitalarias para valoración por otorrinolaringología (tapón de cerumen de difícil extracción) y oftalmología (queratitis punteada superficial). Se inicia tratamiento corticoide en pauta descendente, gotas anticerumen y medidas oculoprotectoras (oclusión nocturna y xilín gel/6horas).

Comentario final

La parálisis facial periférica idiopática es una disfunción aguda y unilateral del nervio facial, de causa desconocida. La inflamación del nervio en el canal facial, y la subsiguiente isquemia, es la responsable de esta alteración. La mayoría de los pacientes presentan recuperación espontánea. El pronóstico es mejor cuanto menor sea el grado de paresia. El diagnóstico es clínico. Fundamental el diagnóstico diferencial y descartar parálisis facial central. El tratamiento es conservador (estimular movimientos faciales, medidas oculoprotectoras) y farmacológico (tratamiento corticoide y antiviral en el caso de sospecha de origen herpético)

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y pro-

toscolos de actuación. 5ªed. Barcelona: Elsevier 2015

- Parálisis facial de Bell. Guía clínica Fisterra. Última revisión 28/09/2015. <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/paralisis-facial-bell/>

414/259. Diplopía sin clara focalidad neurológica

Autores:

M. Moreno Velarde¹, C. Rodríguez Valencia², R. García Moreno³, V. YÁñez Bermejo⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Portada Alta. Málaga, ²Médico Residente 4º de año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Portada Alta. Málaga. Andalucía., ³Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Portada Alta. Málaga. Andalucía., ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta.

Descripción del caso

Mujer de 71 años con antecedentes de hipertensión arterial y cáncer de endometrio, que acude a consulta por cefalea holocraneal y mareo, sin sensación de giro de objetos, de una semana de evolución. Niega otra clínica acompañante.

Tras exploración física normal, sin focalidad neurológica y detectar constantes normales, se inicia tratamiento sintomático y recomendamos observación domiciliaria.

A los dos días, consulta de nuevo por aparición de diplopía, sobre todo en sentido vertical y más acentuado al mirar hacia arriba, que corrige con oclusión de un ojo.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Consciente y orientada. Tensión arterial 210/67 mmHg, saturación oxígeno 98%, 99 lpm, afebril. Auscultación cardiopulmonar y ex-

ploración abdominal normal. Exploración neurológica: diplopía en supra e infraversión de la mirada sin observar limitación de ningún oculomotor de forma clara. No fatigabilidad ocular ni palpebral clara, pero se observa desconjugación fluctuante. Electrocardiograma en ritmo sinusal con mala progresión de r en precordiales derechas. Ante estos hallazgos, se administra Captopril 25mg y Diazepam 5mg y se deriva a urgencias.

A su llegada se realiza analítica, radiografía de tórax y TAC de cráneo, cuello y tórax que no mostraron hallazgos de interés. Se cursó ingreso en Neurología para continuar estudio. Se realizó electromiografía con respuestas sin agotamientos ni fasciculaciones, una RMN craneal normal, un estudio analítico con serología y detección de anticuerpos antirreceptoracetilcolina y antimusk que fue normal, salvo detección déficit vitamina B12 y una punción lumbar con resultado normal.

Se instauró tratamiento antiagregante y corticosteroide y la paciente evolucionó favorablemente.

Juicio clínico

Diplopía binocular de probable origen isquémico con paresia III par craneal incompleta.

Diagnóstico diferencial

Parálisis aisladas del III, IV o VI par craneal. Hemorragia subaracnoidea. Miastenia gravis. Migraña con aurea.

Comentario final

La diplopía puede ser monocular o binocular. En el caso de las molulares la diplopía se mantiene cuando se ocluye el ojo no afectado y suele estar provocada por causas estructurales del ojo. Sin embargo, en las binoculares la diplopía desaparece cuando se ocluye cualquier ojo y puede tener como causa una alteración neurológica o problemas a nivel de la musculatura ocular.

Bibliografía

- Ruiz de Adana Pérez R. Diplopía. Madrid, España: Fisterra. com; Fecha de la última revisión 09/12/2016.

414/260. Dolor abdominal, vómitos y disnea ¿patología digestiva o respiratoria?

Autores:

I. Espejo Jiménez¹, B. Zafra Olmo², Y. Obra Ruiz³.

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud Bulevar. Jaén., ²Centro de Salud San Felipe. Jaén, ³Centro de Salud Cabra Santo Cristo. Jaén.

Descripción del caso

NAMC.

AP: Hernia discal. Agricultor.

Varón de 59 años que consulta por dolor abdominal en hipocondrio derecho de 3 días de evolución acompañado de náuseas, vómitos, sensación disérmica sin termometrar. Refiere disnea progresiva de 24 horas hasta hacerse de reposo y debilidad generalizada.

Exploración y pruebas complementarias

Tª 37. 2 Sat. O2 85%, TA 147/70 REG, sudoroso, taquipnea.

ACP: rítmico con tonos taquicárdicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido con roncus y sibilantes dispersos.

Abdomen blando, depresible, doloroso a palpación en hemiabdomen derecho sin signos de peritonismo.

Decidimos traslado a Urgencias Hospitalarias con soporte de Oxígeno y aerosolterapia (salbutamol+budeonida+ipratropio).

ECG: RS a 100 lpm, eje normal, sin alteraciones de repolarización

Análítica: leucocitosis 15460 con 93% PMN, PCR 389. 3, Procalcitonina 17, pro-BNP 1434, dímero D 808, troponina T 37, láctico 30. 4

Rx tórax: Condensación lóbulo inferior derecho

El paciente sufre confusión y desaturaciones a 87% con O2 a 12L por lo que es trasladado a UCI donde se inicia ventilación mecánica y soporte con vasoactivos. Se realizan:

Antígeno neumococo: positivo.

TC tórax: condensación base pulmón derecho con pequeño derrame paraneumónico

En UCI evolución tórpida con fiebre persistente durante 30 días. Se realizan:

- Serologías para VIH, CMV, VEB, Hepatitis B y C, lúes, herpes, varicela, toxoplasma, rickettsia, borrelia, brucella, fiebre Q, yersinia, chlamydia pneumoniae, mycoplasma y legionella: Negativas
- Serología Leishmania: positivo débil (enterró a su perro por muerte desconocida una semana antes)
- Tc abdomen: pequeño nódulo en segmento 6, probable hemangioma
- Hemocultivos: S. Epidermidis
- Urocultivo: negativo
- BAS: Negativa. Baciloscopias negativas. Micobacterias negativas
- Exudado nasofaríngeo y uretral: negativo
- Cultivo escara: E. faecium

Se realiza drenaje del derrame que persiste tras 27 días con resultado de exudado y cultivo negativo

Tras estabilización, en planta persiste febrícula por lo que se retira vía central con mejoría de esta. Además requiere de desbridamiento quirúrgico de escaras y rehabilitación con deambulación progresiva.

Al alta persiste con dolor neuropático en cara cubital de mano izquierda.

Juicio clínico

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CON CRITERIOS DE GRAVEDAD

SÍNDROME DISTRESS RESPIRATORIO DEL ADULTO CON REQUERIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA

ÚLCERAS POR PRESIÓN

INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER

POLINEUROPATÍA DEL ENFERMO CRÍTICO

Diagnóstico diferencial

GASTROENTERITIS

PATOLOGÍA DE VÍA BILIAR

ABDOMEN AGUDO

TEP

SÍNDROME CORONARIO

NEUMONÍA ATÍPICA

Comentario final

Destacamos la importancia de la evaluación inicial de gravedad del paciente para establecer el tratamiento y la ubicación más apropiada para su cuidado, para ello se usan escalas como el CURB65. Además es importante realizar una buena anamnesis y exploración pues como en nuestro caso una patología respiratoria se manifestó en primer lugar con síntomas gastrointestinales.

Bibliografía

- Fernando Lamelo Alfonsín. Neumonía adquirida en la comunidad. <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/neumonia-adquirida-comunidad-nac/> (accessed 08/05/2019).

414/261. Fiebre sin foco de corta duración en anciana con mieloma múltiple

Autores:

I. Espejo Jiménez¹, Y. Obra Ruiz².

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud Bulevar. Jaén., ²Centro de Salud Castra Santo Cristo. Jaén.

Descripción del caso

NAMC

AP: HTA, Mieloma múltiple IgG estadio IIA en tratamiento con melfalán y prednisona (2016).

Mujer de 90 años que avisa por fiebre de 40°C y as-
tenia intensa.

Exploración y pruebas complementarias

Tª 38, TA 90/57, FC 83 lpm, SatO2 92%.

Estado general conservado. No disneica. Consciente y conversadora. Inspección: hematomas en brazos.

Exploración neurológica: normal

ACP: rítmica sin soplos. MVC con crepitantes bibasales

Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, no doloroso a la palpación. RHA conservados.

MMII: edemas sin fovea.

Ante cierta inestabilidad, ausencia de foco y patología de base de la paciente decidimos traslado a Urgencias hospitalarias con soporte de Oxígeno a 2L mejorando la saturación a 98% y sueroterapia.

Rx tórax: no condensación, no derrame pleural

Gasometría arterial: pH 7.47, PCO2 39.5, PO2 54.3, SatO2 89.8, HCO3 28.4, láctico 13.4

Analítica: Hb 12.4, Hto 38.1, leucocitos 66190, PMN 27370, monocitos 47200, linfocitos 7405, plaquetas 30000, INR 1.41, TP 62%, Cr 2.42, urea 75, Na 142, K 3.7. PCR 57.8

Orina: leucocitos +++, hemáties +++, nitritos negativos.

Ante resultados se reinterroga a familiares que afirman que hace 15 días acudieron a revisión en Hematología y retiraron melfalán quedando en tratamiento con prednisona descendente ante buena evolución clínica.

Se revisa analítica previa con leucocitos en 5420 por lo que se consulta con Hematología que indica realizar frotis en sangre periférica.

Frotis: presencia de elementos inmaduros monocitoides con núcleo plisado, algunos mas abigarrados que suponen un 67% del total de la sangre periférica. Dentro de esta población se detecta otra más madura, con vacuolización y que remeda más a elementos maduros monocíticos. Compatible con leucemia monoblástica aguda.

Se informa a familiares del mal pronóstico en el contexto de dos hemopatías malignas activas y se procede a ingreso.

Las cifras monocíticas se duplican, continúa la trombopenia, comienza con recorte de diuresis y a los 3 días sufre episodio de pérdida de visión y cefalea junto con falta de respuesta a estímulos. Se informa de probable hemorragia cerebral y se inicia sedación paliativa. La paciente fallece a las pocas horas.

Juicio clínico

SINDROME FEBRIL DE CORTA DURACIÓN EN PACIENTE CON MIELOMA MÚLTIPLE

DEBUT DE LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA AGUDA

Diagnóstico diferencial

INFECCIONES: BACTERIAS, VIRUS, MICOBACTERIAS, PARÁSITOS, HONGOS

NEOPLASIAS

ENFERMEDADES SISTÉMICAS

Comentario final

La fiebre sin foco nos obliga a ser muy estrictos en una buena anamnesis y una rigurosa exploración por aparatos para la búsqueda de la etiología. En nuestro caso es difícil pensar en una nueva hemopatía y no en infecciones en una paciente inmunodeprimida o empeoramiento de su patología de base pero es importante saber que existe esa posibilidad

Bibliografía

- Fiebre comunitaria sin foco. <http://guiaprioam.com/indice/sindrome-febril-sin-focalidad-de-origen-comunitario-en-adultos/> (accessed 08/05/2019).

414/263. Neumonía de repetición

Autores:

N. Fernández Bernal¹, J. Santos Morano², D. Fernández Martínez³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente. Hospital de Ríotinto. Huelva, ²Fa-
cultativo especialista de área de Neumología. Hospi-
tal de Ríotinto. Huelva, ³Médico de Urgencias. Nuevo
Hospital de La Línea. Cádiz.

Descripción del caso

Ama de casa de 60 años sin alergias medicamentosas conocidas y sin tratamiento habitual, con anteceden-
tes de cefalea tensional e intervención quirúrgica de
pleura en la infancia, que acude a consulta por cuadro
de fiebre, tos con expectoración verdosa, dolor pleu-
rítico y disnea a mínimos esfuerzos de dos semanas
de evolución. Fue tratada con antibióticos e inhala-
dores mejorando la sintomatología pero poco tiempo
después de acabar el tratamiento volvía a presentar
la misma clínica. Esto ocurrió en varias ocasiones a
pesar de indicar distintas opciones de tratamiento
antibioterápico empírico para la neumonía típica.

Exploración y pruebas complementarias

Se realizó analítica en la que se evidenciaba una leu-
cocitosis con neutrofilia y un aumento de la proteína
C reactiva (PCR), resto de parámetros normales. Se
realizó placa de tórax en la que se apreciaba un infil-
trado alveolar en base y pinzamiento del seno costo-
frénico de hemitórax derecho. Se solicitó cultivo de
esputo en el que se aisló Neumococo multisensible y
Mycobacterium avium.

Juicio clínico

Neumonía derecha por M. avium.

Diagnóstico diferencial

Neumonía atípica, neumonía por Aspergillus, tubercu-
losis, germen multirresistente, neumonía organizada
criptogénica, neoplasia pulmonar, neumonitis por fár-
macos, vasculitis y aspiración de cuerpo extraño.

Comentario final

Ante una neumonía, a priori bien tratada, de evolu-
ción tórpida es importante sospechar causas menos
frecuentes de infección respiratoria así como tomar
muestras para realizar cultivo y antibiograma de
modo que se pueda identificar correctamente mi-
croorganismo responsable del cuadro y poder pau-
sar un tratamiento dirigido.

Bibliografía

- Kasperbahuer S, Daley CL. Treatment of Myco-
bacterium avium complex lung infection in
adults. UpToDate 2017.

- García, J. M, Palacios, J. J, Sánchez, A. A. Infecciones respiratorias por micobacterias ambientales. Archivos de Bronconeumología. 2005; 44 (4): 206-219.
- Saldías, F, Tirapegui, F, Díaz, O. Infección pulmonar por Mycobacterium avium complex en el huésped inmunocompetente. Revista chilena de enfermedades respiratorias. 2013; 29 (3): 162-167.

414/264. Ponfólix, a propósito de un caso.

Autores:

C. Valenzuela Núñez¹, 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 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz., ³Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivillo. Cádiz.

Descripción del caso

Mujer, 41 años con AP de HTA en tratamiento con enalapril 20mg/24h. No RAMc

Acude a consulta de AP por presentar desde hace una semana prurito en tercer y cuarto dedo de mano izquierda, acompañado de erupción eritematosa con descamación superficial de mayor intensidad en cara lateral y pulpejos de ambos dedos. Refiere que el cuadro se inició con vesículas y que tras romperse quedó una placa seca con erosiones dolorosas.

Interrogando a la paciente, explica que no es la primera vez que le ocurre y siempre en la misma localización. En ocasiones previas ha tenido intensidad y duración menor, motivo por el que no ha acudido a nuestra consulta.

Sin otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias

BEG, COC, normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo, estable y afebril.

ACP: tonos cardíacos rítmicos, sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: anodino.

Placas secas, eritematosas, con erosiones y alguna fisura dolorosa en cara lateral y pulpejos de tercer y cuarto dedo de ambas manos, acompañado de signos inflamatorios perilesionales y mínima exudación transparente. Resto de superficie corporal sin alteraciones.

Ante la sospecha de dishidrosis, se decide tratamiento con solución de permanganato potásico dos veces al día para conseguir un efecto antiséptico y secante, junto con eritromicina 500mg/8h durante 7 días para tratar la sobreinfección. Al tratarse de un caso subagudo, pautamos prednisona 30mg/24h durante 5 días en pauta descendente de 1/4 cada 4 días, junto con CTC tópicos potentes.

Reevaluamos en tres semanas, la paciente ya no presentaba lesiones cutáneas.

Juicio clínico

Eccema dishidrótico

Diagnóstico diferencial

Dermatitis de contacto irritativo o alérgica

Dermatitis atópica

Dermatitis hiperqueratósica plantar

Tiña de la mano

Psoriasis palmo-plantar

Comentario final

El eccema dishidrótico o ponfólix representa hasta un 20% de los eccemas de las manos. Los pacientes suelen presentar brotes anuales con una duración de 3-4 semanas, seguidos de largos períodos libres de lesiones. Es posible que otros sigan un curso crónico que puede llegar a mostrar un aspecto hiperqueratósico afectando a la zona palmar central de las manos.

Por ello, realizar un buen diagnóstico diferencial para poder pautar tratamiento adecuado es papel indispensable del Médico de Familia

Bibliografía

- Jiménez-Puya R, Galán-Gutiérrez M. Dermatitis palmar vesiculoampollosa. Piel. 2005; 20 (9): 471-3

414/265. Doctora, me ha picado algo en el brazo .

Autores:

P. Peinado Villén¹, F. Rubio Carballo², P. Prieto Moreno³, I. Ocete Segura⁴, E. Fernández-Arroyo Naranjo⁵, A. Cantero Campos⁶.

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud San Antonio. Motril. Granada., ²Médico Residente 2º año. Centro de Salud Motril Centro. Motril. Granada., ³Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Granada., ⁴Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril Este. Motril. Granada., ⁵Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril Centro. Motril. Granada., ⁶Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Motril. Granada.

Descripción del caso

Varón de 39 años que acude a consulta de atención primaria en agenda de urgencias porque presenta intenso dolor en codo derecho tras picadura de insecto que desconoce hace dos días. Ha presentado además varios despeños diarreicos, recorte de diuresis y fiebre elevada en las 24h previas. Como antecedentes personales únicamente presenta artritis psoriásica, sin tratamiento actualmente.

Exploración y pruebas complementarias

En una primera valoración me encuentro un paciente con regular estado general, consciente, colaborador, frialdad de las cuatro extremidades. Realizo toma de constantes en consulta (TA 70/40, FC 110, SatO2 91%, Tª 34°C). Presenta en antebrazo derecho área indurada y eritematosa compatible con celulitis, muy dolorosa a la palpación, pulsos distales palpables y sin evidencia de puerta de entrada. Indico canalización de vía venosa periférica, sueroterapia intensiva, antibioterapia iv, oxigenoterapia y traslado al hospital de forma urgente

En el hospital se realiza analítica urgente que muestra fallo renal con creat 5. 74, hiperlactacidemia y academia metabólica severa así como elevación

de reactantes de fase aguda (PCR 474, PCT >100). Ecografía de antebrazo muestra celulitis con zonas fluctuantes. Rx tórax y ecografía abdominal sin hallazgos. Ante la mala evolución inicial se decide ingreso en UCI para tratamiento agresivo. Se realiza drenaje y desbridamiento por parte de Traumatología por probable fascitis necrotizante (Hemocultivo S. pyogenes). El paciente desde su ingreso presenta mala y rápida evolución con necesidad de intubación orotraqueal, drogas vasoactivas a dosis altas, fallo respiratorio progresivo, fallo renal oligoanúrico y fallo hepático fulminante, por lo que finalmente fallece.

Juicio clínico

Shock séptico – Fascitis necrotizante por S. Pyogenes.

Diagnóstico diferencial

Infecciones cutáneas y de partes blandas (Celulitis, erisipela, miositis...)

Comentario final

La fascitis necrotizante por S. pyogenes es una infección infrecuente, con una elevada mortalidad debido a su rápida progresión a shock y fallo multiorgánico. A destacar el papel de la atención primaria en la detección precoz de signos de alarma que requieran un manejo rápido y agresivo, papel fundamental de la toma de constantes y exploración general inicial de nuestro paciente.

Bibliografía

- Parra Caballero P, Pérez Esteban S, Patiño Ruiz ME, Castañeda Sanz S, García Vadillo JA. Actualización en fascitis necrotizante. Semin Fund Esp Reumatol. 2012; 13 (2): 41-48.

414/266. Doctor, me gustaría acabar con todo esto

Autores:

F. Rubio Carballo¹, P. Peinado Villén², I. Ocete Segura³, E. Fernández-Arroyo Naranjo⁴, J. Ocón Hijano⁵, M. González Torres⁶.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 2º año. Centro de Salud Motril Centro. Motril. Granada., ²Centro de Salud San Antonio. Motril. Granada., ³Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril Este. Motril. Granada., ⁴Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril-Centro. Motril. Granada., ⁵Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almúñecar. Granada., ⁶Médico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril- Centro. Granada.

Descripción del caso

Mujer de 75 años que acude a consulta de Atención Primaria por cuadro de diarrea de varias semanas de evolución sin otros síntomas asociados, que no cede con medidas habituales planteadas por su médico de Familia, el cual inicia estudio solicitando colonoscopia preferente. En ésta se le detecta gran masa mamelonada, y tras completar estudio se diagnostica adenocarcinoma infiltrante de recto T4bN1M0. Sobrevinieron una serie de complicaciones, como la aparición de una fístula rectovaginal, un gran prolapso de la colostomía, ... pero la paciente rechazó la quimioterapia propuesta, y la radioterapia fracasó, por lo que, a la hora de afrontar los últimos meses de su vida, acabó siendo seguida exclusivamente por su médico de Familia y el equipo de Cuidados Paliativos para control de síntomas. En esta etapa de gran complejidad, la paciente se interesó por su pronóstico a corto plazo, manifestó su deseo de poner fin a sus días deliberadamente mediante fármacos... Finalmente, al afrontar la situación de últimos días y con el consentimiento de la paciente, se procedió a sedación paliativa terminal.

Exploración y pruebas complementarias

- Colonoscopia: Gran lesión mamelonada en margen anal sugestiva de neoformación.
- Biopsia: Adenocarcinoma infiltrante.
- TC con contraste: Masa pélvica en recto. Masa hemipélvica derecha (conglomerado adenopático).

Juicio clínico

Adenocarcinoma infiltrante de recto T4bN1M0 sin respuesta a radioterapia.

Diagnóstico diferencial

- Infecciosas: Giardiasis, shigelosis, virus, etc.
- Inflamatorias: Enfermedad inflamatoria intestinal, etc.
- Autoinmunes: Enfermedad celíaca, etc.
- Otras: adenoma vellosos secretor, etc.

Comentario final

Casos como este ponen de manifiesto la relevancia del papel que desempeña el médico de Familia en su día a día, no sólo cuando sigue y trata un paciente con una enfermedad de buen pronóstico, sino también cuando de lo que se trata es de mejorar la calidad de vida y controlar los síntomas del paciente en el que la curación ya no es posible, y que tiene una serie de necesidades especiales y complejas. Es un deber moral del médico de Familia atender a estos pacientes lo mejor posible, y por ello es necesario fomentar y potenciar la formación del médico en Cuidados Paliativos.

Bibliografía

- Sánchez Sobrino M, Hernández M. Libro de ponencias del 2º Congreso de la SECPAL, Santander, Mayo 1998.

414/269. Fiebre del metal

Autores:

J. García-Revillo Fernández¹, V. Domínguez Trigos², F. Alarcón Porras³, A. Blanco Mora⁴, M. Franco Márquez⁵, J. Castilla Castillejo⁶.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba., ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Matrona Antonia Mesa. Cabra. Córdoba., ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba., ⁴Medico de Servicios de Urgencias de Atención Primaria de Rute. Córdoba., ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Córdoba., ⁶Médico

Residente 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Matrona Antonia Mesa Fernandez. Cabra. Córdoba.

Descripción del caso

Paciente de 31 años que consulta por presentar un cuadro de malestar general desde por la mañana tras haber transportado en su coche productos químicos agrícolas (oxicloruro de cobre 50%, abono foliar de nitrógeno, fósforo y potasio). Además, se queja de mareo y náuseas sin vómitos, así como dolor en epigastrio.

Exploración y pruebas complementarias

No disnea. No mioclonías. Presenta buen estado general, eupneico en reposo. No lesiones cutáneas. No adenopatías palpables. Tonos puros y rítmicos, murmullo vesicular conservado. Abdomen blando y depresible, levemente doloroso en epigastrio, con ruidos conservados, no masas. Miembros inferiores sin datos de trombosis venosa profunda ni edemas, pulsos conservados. No focalidad neurológica. TA 140/63 mmHg, FC 110 lpm, SaO₂ 93%. ECG: ritmo sinusal a 100 lpm. Radiografía de tórax y abdomen sin hallazgos patológicos. Analítica sanguínea: Hemoglobina 16 mg/dL, hematocrito 45. 2, VCM 86. 5, Plaquetas 146. 000, Leucocitos 6. 760 (90, 3% de neutrofilia). Coagulación normal. Glucosa 117 mg/dL; urea, creatinina, transaminasas, GGT, amilasa, CPK normales. Gasometría con pH 7. 4, metahemoglobina normal. Analítica de orina normal.

Juicio clínico

Se comenta el caso con toxicología, quienes aconsejan ingreso en observación 6-8h en dieta absoluta, y control de enzimas hepáticas. El paciente evoluciona favorablemente por lo que se da de alta con el diagnóstico de intoxicación por inhalación de productos fitosanitarios (fiebre del metal).

Diagnóstico diferencial

Fiebre del metal DD: rickettsiosis, lupus, medicamentos como laxantes, hidralazina o procainamida.

Comentario final

La fiebre de los humos metálicos (FHM) comúnmente llamada "fiebre del metal", es generalmente una patología benigna de corta duración que su-

cede tras la exposición a vapores metálicos (óxido de zinc, cobre, magnesio, cadmio o níquel entre otros). Se debe a la liberación de pirógenos por los macrófagos pulmonares, cuando se produce una lesión por parte de las partículas del compuesto metálico, provocando unos síntomas similares a los de la gripe. La recuperación suele ser completa en 24h sin secuelas, tras tratamiento sintomático (ej. antihistamínicos y/o antigripales) si precisa.

Bibliografía

- Farreras-Rozman: Medicina Interna, 14ª Edición. Ediciones Harcourt S. A. 2000.

414/277. Un caso de policitemia vera

Autores:

J. García-Revilla Fernández¹, V. Domínguez Trigos², F. Alarcón Porras³, E. Rodríguez Guerrero⁴, G. Fernández Molina⁵, M. Vaquero Álvarez⁶.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba., ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Matrona Antonia Mesa. Cabra. Córdoba., ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba., ⁴Médico de Familia. Lucena II. Córdoba., ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rute. Córdoba., ⁶Servicios de Urgencias de Atención Primaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.

Descripción del caso

Varón de 70 años que acude por dolor en fosa renal derecha irradiado a genitales, con importante componente vegetativo. También refiere prurito de 4 meses de evolución que ha coincidido con la toma de Sintrom por una fibrilación auricular. Como antecedentes personales presenta alergia a naproxeno y Betamicoter, tuvo una trombosis venosa profunda en septiembre de 2018.

Exploración y pruebas complementarias

Presenta buen estado general, con eritema generalizado tipo rosácea y lesiones eritematosas puntiformes en tronco. Auscultación cardio-respiratoria sin alteraciones. Abdomen no doloroso, anodino. Signos de insuficiencia venosa crónica. Neurológicamente sin hallazgos patológicos. Radiografía de abdomen: no se ven cálculos ni otros hallazgos patológicos; Analítica sanguínea: leucocitos 10.890/mm³ (neutrófilos 7.590), hemoglobina 16,2 g/dl, hematocrito 54,8%, VCM 84 fL, plaquetas 316.000/mm³; Coagulación: INR 1,31, resto normal; Analítica de orina anodina.

Juicio clínico

Se deriva a consulta de hematología donde se solicita TAC de tórax, cuello y abdomen/pelvis que muestra adenopatías radiológicamente relevantes en el hilio de la vena innominada. El diagnóstico anatómico patológico de la biopsia de la cresta iliaca muestra panmielosis reactiva sugestiva de síndrome mieloproliferativo (a descartar policitemia vera). Se pauta tratamiento con hidroxycarbamida 1 comp/12h, alopurinol 300 mg/24h, y dexclorfeniramina.

Diagnóstico diferencial

SAHOS, sdme de Cushing, anabolizantes, cáncer de riñón e hígado, feocromocitoma.

Comentario final

La policitemia vera (policitemia primaria, eritremia, rubra vera o enfermedad de Vaquez-Osler), es un síndrome mieloproliferativo crónico con un incremento de las células sanguíneas, principalmente de los hematíes. Suele acompañarse de leucocitosis y trombocitosis. Afecta principalmente a varones de 50 a 60 años. Es una enfermedad de inicio insidioso y desarrollo lento. A pesar de ser una enfermedad rara debe ser una posibilidad a tener en cuenta en un prurito generalizado con un hematocrito alto. Por tanto, se debe realizar un hemograma y una bioquímica general a las personas con factores de riesgo y clínica compatible.

Bibliografía

- Harrison: Principios de Medicina Interna, 14^a Edición. McGraw-Hill Interamericana de España 1998.

414/278. “Doctor, con estos mareos no puedo ni vivir”

Autores:

C. Membrilla Díaz¹, M. Sellamito Morales².

Centro de Trabajo:

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Nerja. Málaga., ²Vélez Málaga.

Descripción del caso

Varón de 79 años, viudo, IABVD, vive solo. AP: HTA, DM con retinopatía asociada, fumador de 80 paq/año, no hábito enólico. En seguimiento por su médico por cuadro de 2 meses de evolución de cuadros pre/síncopales asiduos con mareo acusado asociado (mal definidos por el paciente) junto con caídas accidentales en relación a los mismos. Exploración neurológica y cardiorrespiratoria normales, TAC craneal normal, descartado origen cardiológico del proceso, pendiente de valoración por ORL. Acude a Urgencias tras nuevo episodio con caída accidental referida asociando intenso dolor lumbar. Radiografía de columna lumbar con aplastamiento vertebral y radiografía de tórax patológica, compatible con proceso neumónico en LSD. Tras su ingreso, se evidencia adenopatía supraclavicular derecha pétreas de unos 3 cm de diámetro, efectuándose un TAC de tórax donde se visualiza masa pulmonar con múltiples adenopatías supraclaviculares dchas, paratraqueales (la mayor derecha de 4,2 cm que comprime la vena cava superior) y prevasculares. Se finaliza el estudio con una fibrobroncoscopia, concluyendo el diagnóstico con un carcinoma broncogénico microcítico, y redirigiendo la anamnesis se evidencia que los mareos que narraba se producían mientras se encontraba con los brazos elevados efectuando alguna tarea doméstica (síndrome de vena cava superior).

Exploración y pruebas complementarias

Exploraciones neurológica y cardiorrespiratorias seriadas

TAC craneal

ECG, Holter, ecocardiograma.

Rx tórax y columna lumbar

TAC torax

Fibrobroncoscopia

Juicio clínico

Carcinoma broncogénico microcítico LSD con extensión adenopática y compresión secundaria de vena cava superior.

Diagnóstico diferencial

ACV

Vertigo central/periferico

Patología cervical

Patología vestibular

Arritmia cardiaca

Condensacion pulmonar infecciosa

Comentario final

Con este caso clinico me gustaria destacar la importancia de una correcta y detallada anamnesis y exploracion del paciente, tratando de luchar frente al escaso tiempo de que disponemos por individuo en nuestra consulta y a la dificultad intrínseca tanto de expresión como de comunicación de determinados sectores de nuestro cupo poblacional de pacientes.

Bibliografía

- Manual de urgencias Jimenez Murillo
- Manual de neurologia y neumologia cto
- Up to date

414/283. Joroba de Hampton, a propósito de un caso.

Autores:

E. Ambrona García¹, E. López Cordero², J. Gonzalez Aguilera³, M. Neila López⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de El Torrejón. Huelva.,

²Medico Residente de 4º año. Centro de salud el To-

rrerjón. Huelva., ³Médico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Isla Chica. Huelva., ⁴Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Bollullos del Condado. Huelva.

Descripción del caso

Palabras clave: Pulmonary emboslim, emergencias, chest pain.

Ámbito del caso: Atención hospitalaria

Motivo de consulta: Dolor costal e irritabilidad.

Historia clínica:

Antecedentes familiares: Tía con Trombosis venosa profunda y accidente cerebro vascular.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Fumadora de 40 cigarros diario. Niega consumo de otros tóxicos. Obesidad tipo 1 (Índice de masa corporal: 31. 9). Trastornos de ansiedad. Tratamiento domiciliario: Drospirenona/Etinilestradiol 0, 03/3mg 1 comprimido diario desde hace 2 meses. No intervenciones previas. Vida general sedentaria.

Anamnesis: Paciente de 29 años que acude a urgencias derivada desde su centro de salud por disnea por dolor costal derecho submamario, con escasa clínica respiratoria de tos y mucosidad escasa de 5 días de evolución, con sensación febril vespertina.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración: Se encuentra irritable y con ansiedad. Bien hidratada y perfundida, buena coloración de piel. Leve taquipnea, Corazón: taquicardia a 112latidos por minutos, sin soplos ni extratonos, Pulmón: saturación de oxígeno al 99%. hipoventilación en base pulmonar derecha. Abdomen: globuloso, resto de exploración anodina. Miembros inferiores: no existen signos de trombosis venosa profunda ni de isquemia.

Pruebas complementarias: Hemograma normal. Bioquímica normal excepto PCR de 94mg/L. Coagulación normal excepto Dimeros D: 3984. Sistemático de orina normal; antigenuria de pneumococo y legionella pneumoniae negativa.

Radiografía de torax: Imagen redondeada en base pulmonar derecha sin broncograma aéreo (Joroba de Hampton).

ECG: Ritmo sinusal a 109 latidos por minuto, sin alteraciones agudas de la repolarización.

Angio TAC de torax: Tromboembolismo con afectación de arterias de lóbulos medio inferior derecho e izquierdo.

Juicio clínico

Juicio Clínico: Tromboembolismo pulmonar bilateral de arterias segmentarias.

Diagnóstico diferencial

Diagnostico diferencial: Neumonía. Dolor musculoesquelético. Neumotorax. Ansiedad

Comentario final

Tratamiento: Ingreso en medicina interna para seguimiento de la paciente estrechamente, anticoagulación y seguir estudio complementario.

Evolución: Favorable, se limitó el dolor, se le administró al alta domiciliaria y está en seguimiento por hematología por criterios de estudio de trombofilia.

Conclusión: El tromboembolismo pulmonar presenta una entidad frecuente en atención hospitalaria, que está aumentando con el uso de tratamientos hormonales anticonceptivos, la obesidad y una vida sedentaria. Es importante en Atención Primaria que se haga un buen abordaje individual de los tratamientos e informar a los pacientes de sus efectos adversos graves.

Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://ws003.juntadeandalucia.es:2113/guias-clinicas/tromboembolismo-pulmonar/>

414/285. De lo inespecífico a lo específico

Autores:

R. Fiñana Sánchez¹, M. Maqueda Cuenca².

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 2º año. Centro de Salud Bulevar. Jaén., ²Médico de Medicina Familiar en zona básica Mancha Real. Jaén.

Descripción del caso

Varón de 39 años sin AP de interés y sin hábitos tóxicos que acude por disestesias en MII de 48h de evolución que comenzaron en tobillo izquierdo que se incrementa con la movilización, precedidas de dolor femorolateral en ese mismo miembro el día anterior sin recordar traumatismo previo (sólo practicó fútbol y senderismo), asimismo desde hace 2 semanas presenta deterioro inespecífico del estado general con febrícula y mialgias generalizadas intermitentes que cedieron al comenzar parestesias.

Se pauta antitérmicos, relajantes musculares y se solicita analítica y sistemático de orina que mostraron discreta leucocitosis con aumento de RFA. Posteriormente serología para varios posibles agentes causales con positividad a *Rickettsia conorii* para IgM.

Se exploró concienzudamente al paciente en busca de vías de entrada sin realizar hallazgo. Tampoco recordó lesiones cutáneas. Se añadió al tratamiento Doxiciclina 100mg cada 12h durante 10 días.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, Sat 98% (basal), FC 100, Tª 37, 7

Exploración neurológica, auscultación cardio-pulmonar y abdomen sin hallazgos. No adenopatías.

Columna: Lassegue y Bragard negativos. No dolor a palpación apófisis espinosas.

MMII sin lesiones cutáneas apreciables ni signos de TVP. Sensibilidad somática conservada pero disestesias en pie izquierdo que pueden corresponder a territorio L4-L5.

Analítica: Leucocitosis 10. 240 (67% PMN), Plaquetas 500, VSG 68, PCR 116, resto sin hallazgos.

Serología: IgM positiva a *Rickettsia conorii*, IgG positiva a CMV, Parvovirus B19, VEB, Negativo para VIH, VHC y VHB. Negativo para toxoplasma gondii.

Juicio clínico

Fiebre botonosa de presentación atípica

Diagnóstico diferencial

Ciatalgia, Espondilodiscitis, Otras infecciones (VVZ, Lyme, CMV), Tumores extramedulares, Neurosis de conversión.

Comentario final

Es importante la anamnesis (hábitos diarios) y una buena exploración física para de lo inespecífico a lo específico y así orientar la petición de pruebas y el diagnóstico final.

Bibliografía

- Resimecun (SEMERGEN)
- DTM "New green book" de Marbán

414/288. Cuidado con la pirosis crónica

Autores:

M. Jara Abril¹, C. Valenzuela Núñez², L. Morato Lorenzo³.

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud El Olivillo. Cádiz., ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz., ³Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz.

Descripción del caso

No RAM

FRCV: HTA, DM de 38 años de evolución, diagnosticado a los 19 años, DLP.

AP: AOC grado IV distal MID, Protusiones discales lumbares, Dupuytren bilateral, Retinopatía, Nefropatía.

Niega hábitos tóxicos. Niega relaciones sexuales de riesgo.

Paciente varón de 37 años que acude a consulta de Atención Primaria por pirosis de larga evolución que no ha mejorado con antiácidos (Ranitidina y Rabeprazol). No asocia otra sintomatología de interés para el caso.

Se decide derivar a Aparato Digestivo para realización de EDA.

ENDOSCOPIA ORAL: Se explora esófago, estómago y duodeno destacando solo la presencia de acúmulos blanquecinos de candidiasis a nivel esofágico. Se pauta FLUCONAZOL 200 MGS 1 comp diario 10 días y se solicita control analítico con marcadores de VIH y Hepatitis: VIH + Se deriva a M. Interna

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, Normohidratado, normocoloreado. Afebril, eupneico al reposo. Constantes en rango

ECG: Ritmo sinusal sin alteraciones agudas de la repolarización.

Rx Tórax: senos costodiafragmáticos libres. Sin masas. Leve cardiomegalia. No hernia de hiato evidente.

Exploración física por aparatos sin hallazgos a destacar

Control analítico básico con valores en rango.

Juicio clínico

SIDA

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial de Pirosis Crónica y Candidiasis Esofágica.

Comentario final

Una pirosis crónica no controlable es criterio de realización de EDA. Entre los DD se encuentra la posibilidad de Candidiasis Esofágica. Sobre ella se ha de indagar tanto en la anamnesis como en la exploración física, sin dejar de lado aquellas PC que nos permitan descartar entre otros, el diagnóstico de enfermedades infecciosas como el SIDA. Candidiasis Esofágica, Pirosis crónica, SIDA

Bibliografía

- Díaz-Rubio M, Moreno-Elola Olaso C, Rey E et al. Symptoms of gastro-esophageal reflux: prevalence, severity, duration and associated factors in a Spanish population.

414/290. ¡ Presta atención a la patología banal !

Autores:

M. Jara Abril¹, L. Morato Lorenzo², C. Valenzuela Núñez³.

Centro de Trabajo:

¹Centro de Salud El Olivillo. Cádiz., ²Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz., ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz.

Descripción del caso

Paciente varón de 40 años sin alergias medicamentosas conocidas. Exfumador de un paquete diario y usuario ocasional de drogas por vía parenteral.

Antecedentes: infección por virus de la hepatitis B y C.

Acude al Centro de Salud por presentar desde hace una semana dolor abdominal generalizado y disuria sin hematuria ni tenesmo. Asocia fiebre de 38º.

Se solicita analítica con sistemático de orina e inicia tratamiento con Amoxicilina/Ácido Clavulánico 875/125 mg, 1 comprimido cada 8 horas y tratamiento sintomático del dolor y la fiebre. A las 48 horas consulta nuevamente por aumento del dolor que ahora se localiza en flanco derecho y epigastrio, fiebre de hasta 39 ºC y vómitos. El paciente es remitido a Urgencias hospitalarias para valoración urgente.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general. Paciente febril (38 ºC).

Abdomen doloroso a la palpación generalizada con signos de peritonismo.

Analítica: Hemograma normal, bioquímica con transaminasas elevadas (GOT 105 U/L [0-37], y GPT 143 U/L [0-40]) y PCR 123 mg/l (0-5). Orina con presencia de nitritos positivos y leucocituria.

Se solicita ecografía abdominal urgente donde se objetiva pared vesicular edematosa sin litiasis en su interior.

Juicio clínico

Colecistitis aguda alitiásica

Diagnóstico diferencial

Carcinoma de vesícula/ Adenomiomatosis/ Colangitis asociada a VIH

Comentario final

La colecistitis alitiásica supone el 10% de todas las causas de colecistitis. Se produce por una respuesta inflamatoria en la pared vesicular secundaria a estasis e isquemia vesicular, que conduce a una necrosis que, en caso de progresar, termina produciendo una perforación vesicular.

Por ser una patología que habitualmente se diagnostica en pacientes hospitalizados graves y pese a tener una sintomatología muy similar a la colecistitis debidas a litiasis, es un diagnóstico que, en una primera intención, no solemos encuadrar en nuestro diagnóstico diferencial en Atención Primaria

Bibliografía

- Centro de Salud/ Urología/ Cirugía General UpToDate. com [Internet]. Colecistitis alitiásica. [Actualizado Febrero 2015; citado Abril 2015]. Disponible en www.uptodate.com.

414/291. Oligodendroglioma: A propósito de un caso.

Autores:

L. Martín Fernández¹, J. Cabañas Arija², M. García Fraile³, J. Caballero Morgado⁴, R. Romero Cortés⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Moguer. Huelva., ²Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla., ³Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valverde. Huelva., ⁴Médico de Familia. Servicio de Urgencias Hospital de Río Tinto. Huelva.

Descripción del caso

Paciente varón de 41 años, que niega alergias medicamentosas conocidas, así como, antecedentes de interés e intervenciones previas.

Acude a consulta de Atención Primaria por cefalea hemisférica derecha de corta evolución, sin otra sintomatología acompañante. La describe como continua, de intensidad variable, con puntuación máxima de 6 en la escala visual analógica. Localización parieto-frontal y retroorbicular derechas. Cede parcialmente con toma de Paracetamol.

Prescribimos omeprazol e ibuprofeno 600 mg cada 8 horas y reposo domiciliario. Recitamos en 48 horas para reevaluación.

Evolución clínica: Vuelve a consultas con persistencia de cefalea y aparición de vértigo, acúfenos y destellos oculares derechos. Ante esta situación se decide derivar para manejo sintomático y ampliación de estudio a Urgencias Hospitalarias. No se consigue controlar la sintomatología por lo que se realiza TAC craneal con hallazgo de Lesión Ocupante de Espacio (LOE).

Traslado a Neurocirugía de referencia, interviniéndose sin incidencias. Biopsia intraoperatoria con diagnóstico de Oligodendroglioma.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración inicial: Buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido, eupneico en reposo. Exploración neurológica sin hallazgos.

TC cráneo: LOE intraparenquimatosa con calcificaciones y signos de sangrado en lóbulo temporal derecho. Diámetro máximo de 46, 2 x 34, 2 x 50 mm, edema vasogénico y efecto masa con desviación contralateral de línea media. Signos incipientes de herniación subfalcina.

Juicio clínico

Oligodendroglioma. Glioma de bajo grado.

Diagnóstico diferencial

Cefalea tensional. Migraña. LOE.

Comentario final

Los gliomas son los tumores primarios más frecuentes que se desarrollan en el parénquima cerebral. Se conforman como un gran espectro de tumores en función de su agresividad. El oligodendroglioma se encuentra dentro del subgrupo de gliomas de bajo grado.

Sin embargo, con la elaboración de este caso, además de un repaso la patología, queremos destacar la importancia de recitar a los pacientes con patologías potencialmente graves y la precocidad de derivación ante mala evolución.

Bibliografía

- Rasmussen BK, Hansen S, Laursen RJ, Kosteljanetz M, Nogard BM, Guldberg R, et al. Epidemiology of glioma: clinical characteristics, symptoms, and predictors of glioma patients grade I-IV in the Danish Neuro-Oncology Registry. *J Neurooncol.* 2017; 135 (3): 571-9.
- Delattre JY. Improving diagnosis and management of primary brain tumors. *Curr Opin Neurol.* 2017; 30 (6): 639-42.

414/297. Estenosis de arteria renal

Autores:

E. Torresano Porras¹, E. Vázquez Mancilla², J. Molina Moreno³, E. Calatrava López-Ronco⁴, F. Casas Galán⁵.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de Unidad de Gestión Clínica Las Delicias. Málaga., ²Centro de Salud Delicias. Málaga., ³Médico Residente Unidad de Gestión Clínica Las Delicias. Málaga., ⁴Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torcal. Málaga., ⁵Centro de Salud Torcal.

Descripción del caso

Mujer de 73 años con antecedentes:

HTA, DM, IAM con doble bypass coronaria, ingreso durante el que presenta EAP y reagudización de insuficiencia renal crónica.

Tratamiento: antiagregantes, hidroclorotiazida, espironolactona, metformina-empagliflozina.

Acude por empeoramiento de su disnea hasta hacerse de reposo en los últimos días, asociando incremento de edemas en miembros inferiores, duerme con dos almohadas, niega dolor torácico, no palpita.

Exploración y pruebas complementarias

- BEG, taquipnea en reposo, sin tolerar decúbito.
- TA: 133/ 66, SatO2 97% con gafas nasales.
- ACP: tonos rítmicos, hipoventilación generalizada.
- ABD: anodino.
- MMII: edemas distales con foveas, no signos de TVP.
- AS: Hb 9, plaquetas 133, leucocitos 4000,
- Coagulación en rango, glucosa 236, urea 207, creatinina 2.57, FG 17, iones en rango
- pH 7.35, bicarbonato 32,
- Ntpro BNP 18.000.
- ECG: ritmo de marcapasos a 75 lpm.
- Rx de tórax: aumento de ICT>50%, derrame pleural derecho.
- Ecocardiograma: ventrículo izquierdo dimensiones normales con hipertrofia concéntrica, función sistólica global conservada, válvulas cardíacas con calcificación.

Ingresa a cargo de Cardiología donde tras crisis hipertensiva se añade un IECA, posteriormente la paciente empieza con oliguria con necesidad de hemodiálisis. Durante ingreso se realiza angiografía con colocación de stent en ambas arterias renales dado el importante grado de arterioesclerosis, tras varios días la paciente recupera la función renal.

Juicio clínico

Estenosis de arteria renal aterosclerótica.

Diagnóstico diferencial

Estenosis por displasia fibrovascular, vasculitis, compresión extrínseca.

Comentario final

La estenosis de arteria renal aterosclerótica es una expresión de la aterosclerosis, siendo un predictor independiente de complicaciones cardiovasculares como infarto de miocardio, ictus o insuficiencia renal terminal.

Su prevalencia es 7% en la población general mayor de 65 años y el 15-25% en pacientes con enfermedad coronaria o enfermedad vascular periférica. Causa no infrecuente y prevenible de insuficiencia renal crónica terminal.

La detección de HTA vasculorrenal debería hacerse en pacientes con criterios de sospecha mediante pruebas no invasivas. La angiografía renal es la exploración para el diagnóstico de la EARA.

La rapidez y la severidad en la instauración, previa al tratamiento, de HTA y de disfunción renal, son buenos predictores de respuesta a la revascularización.

El tratamiento de elección es la angioplastia con endoprótesis, antihipertensivos, estatinas y antiagregantes

Bibliografía

- Cuxart M, Picazo M, Matas M, Canalias J, Falcó C, Nadal J. Hipertensión arterial y estenosis de la arteria renal accesoria. Nefrología. 2007; 27: 4.

414/298. El guardián del genoma.

Autores:

M. Sousa Montero¹, J. Velasco Soto², I. Cavallaro³, F. García Álvarez⁴.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Valverde del Camino. Huelva., ²Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva., ³Médico Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Gibraleón. Huelva., ⁴Médico Residente de 3º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Valverde del Camino. Huelva.

Descripción del caso

Mujer de 52 años.

No RAMc. Niega hábitos tóxicos.

AF: padre carcinoma prostático, madre carcinoma de mama, hermana carcinoma papilar tiroideo, hijo tumor germinal a los 13 meses.

AP: mastopatía fibroquística, adenosarcoma uterino estadio IB, carcinoma papilar tiroideo.

Gammagrafía de cuerpo entero sin foco sospechoso de enfermedad local ni metastasis Abril/2018.

IQ: histerectomía con doble anexectomía en 2011. Tiroidectomía completa en 2016.

Tratamiento habitual: omeprazol 20mg/24h, eutirox 100mcg/24h, alprazolam 0, 5mg/24h.

Consulta de atención primaria.

EA: la paciente acude a consulta por presentar dolor dorso-lumbar, disnea de esfuerzo moderado y tos seca desde hace 10 días.

Exploración y pruebas complementarias

EF: no presenta apofisalgia, ni dolor con movimientos de flexo-extensión, rotación ni lateralización, ni hipertonia paravertebral.

ACP: tonos rítmicos a 78lpm, sin soplo ni extratono. Disminución del murmullo vesicular en LID, no roncus ni sibilancias.

Pruebas complementarias:

Rx tórax PA y L: derrame pleural moderado en hemitórax derecho. Nódulo en LMD, LSD y LII.

Hemograma, coagulación y bioquímica normal, excepto PCR 47, 8.

Mantoux: negativo.

TAC tórax: Nódulos en LMD (22mm), LSD (15. 5mm) y LII (11mm). Fibrosis en LSI. No adenopatías hiliares ni mediastínicas. Derrame en 2/3 inferior de hemitórax derecho.

Cultivo L. Pleural: negativo.

Citología L. Pleural: células mesoteliales con atípicas.

BAAG: sarcoma de estroma endometrial.

Juicio clínico

Recidiva de sarcoma endometrial con derrame pleural y metástasis pulmonares.

Sospecha de síndrome de Li Fraumeni.

Diagnóstico diferencial

Tuberculosis.

Aspergilosis.

Neumonía.

Hidatidosis.

Hemangioma.

Mesotelioma benigno/maligno.

EAP.

Nódulo pulmonar benigno.

Adenoma bronquial.

Carcinoma epidermoide/microcítico.

Cáncer metastásico.

Granuloma de Wegener.

Comentario final

Ante pacientes con disnea, tos y dolor torácico de instauración reciente, nos debe hacer sospechar, realizar una buena anamnesis y solicitar pruebas complementarias, especialmente en pacientes con antecedentes oncológicos.

(2) Dado que en este caso se cumplen los criterios diagnóstico clínico del síndrome de Li Fraumeni (Un probandus con un sarcoma diagnosticado antes de los 45 años. Un familiar de primer grado con cualquier cáncer antes de los 45 años. Un familiar de primer o segundo grado con cáncer antes de los 45 años o sarcoma a cualquier edad.) se debería hacer un estudio genético tanto a la paciente como a sus familiares, ya que según el estudio de villani et al, la detección precoz de tumores puede cambiar la historia natural de la enfermedad.

Bibliografía

- Rivera Velasco S. A, Cáncer de pulmón. Salud y medicina; 23/02/2014.

- <http://www.analesdepediatria.org/es-li-fraumeni-la-deteccion-familias-aumentaria-articulo-51695403318301280?referer=buscador>

414/305. La importancia de una buena exploración

Autores:

M. Cerezo Salmerón¹, A. Martín Valencia², N. Fernández Bernal², L. Santos Martín³.

Centro de Trabajo:

¹Médico Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva.,

²Médico Residente. Hospital de Ríotinto. Huelva, ³Médico Residente. Hospital de Ríotinto. Huelva.

Descripción del caso

Varón de 61 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de hipertensión y dislipemia, en tratamiento con Losartán 100 mg cada 24 horas y simvastatina 20 mg cada 24 horas; que acude a consulta de Atención Primaria por presentar cefalea intensa acompañada de dificultad de la marcha con tendencia a desviación hacia la izquierda. Refiere traumatismo craneal una semana antes de acudir a consulta.

Exploración y pruebas complementarias

El paciente presenta buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo.

- ACP: tonos rítmicos a buena frecuencia sin soplos ni extratonos. Buen murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen: globuloso, depresible, no doloroso a la palpación profunda, sin palpar masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos presentes. Sin signos de irritación peritoneal.
- Exploración neurológica: PINLA. MOEC. Pares craneales explorados conservados. Fuerza y sensibilidad conservada y simétrica. Reflejos osteotendinosos conservados. El paciente no presenta

dismetría. Dificultad en la marcha con desviación hacia la izquierda. Babinsky negativo.

- Se decide derivar al paciente al servicio de Urgencias Hospitalarias y el paciente es ingresado en Medicina Interna para completar estudio.
- Analítica: en hemograma destaca leucocitosis con neutrofilia, resto de series dentro de normalidad, bioquímica rigurosamente normal.
- TC de cráneo: sin alteraciones significativas
- RMN cráneo: examen sin hallazgos significativos, salvo mínima lesión isquémica crónica en el aspecto inferior del hemisferio cerebeloso derecho.

Ante normalidad de pruebas complementarias, se realiza interconsulta a ORL, sospechando patología vestibular.

ORL:

- Otoscopia bilateral normal.
- DixHallpike positivo para conducto semicircular posterior izquierdo.
- Se realizan maniobras de Epley quedando el paciente asintomático.

Juicio clínico

Vértigo posicional paroxístico benigno

Diagnóstico diferencial

- Patología neurológica: migraña vestibular, lesiones desmielinizantes, tumorales o isquémicas, enfermedad de Arnold Chiari.
- Patología otológica: enfermedad de Menière, síndrome vestibular agudo unilateral, fístula perilinfática...
- Otras patologías: hipotensión postural, vértigo torsional cervical.

Comentario final

El VPPB es la principal causa de vértigo en la consulta de Atención Primaria y representa hasta el 25% de los pacientes que consultan por vértigo. Las causas más frecuentes son la postraumática (como en nuestro caso) y la infecciosa.

Es muy importante conocer su etiología y su exploración, ya que es de fácil y rápido tratamiento, pudiendo evitar retraso diagnóstico y pruebas y tratamientos innecesarios.

Bibliografía

- Vértigo Posicional Paroxístico Benigno.

Índice de Autores

A

Abril Rubio; A.	42, 43, 47, 49, 50, 174, 175
Abad Rodríguez; R.	45
Acevedo Vázquez; J.	31
Acosta Urbano; L.	214
Aguaviva Bascuñana; J.	83
Aguirre Rodríguez; J.	38, 131, 150, 151, 154
Alarcón Porras; F.	48, 237, 238
Alcaide Zafra; M.	130
Alcalá Romero; A.	112
Alejandro Durán; S.	194
Allés Florit; A.	106, 134, 135, 206, 223
Almagro Martín-lomeña; P.	125
Almendro Delia; M.	21
Alonso García; F.	139
Alonso Verdugo; A.	32
Álvarez Romero; M.	34, 117
Ambrona García; E.	68, 240
Amselem Garcia; G.	37, 58
Anillo Gallardo; R.	208
Apolo Gonzalez; M.	64
Aragón Baliñas; J.	85
Aranda Guerrero; R.	85
Arce Carballo; A.	30
Arjona González; P.	16, 42, 43, 47, 49, 50, 174, 175, 182, 197
Aróstegui Martínez; J.	136
Arriaza Gestoso; M.	121
Asensio Borrego; J.	178
Atienza Martín; F.	11, 18, 26, 61, 117

B

Baca Osorio; A.	62, 69
Baena Espinar; J.	173
Baena Martín; F.	78, 79
Ballesta Meichsner; R.	35
Ballesteros Lechuga; L.	102, 155, 157, 160, 185, 207, 216
Ballesteros Muñoz; E.	179, 180, 194
Ballesteros Navarro; C.	164, 166
Barbosa Cortés; M.	90, 93
Barea Valderrama; M.	81
Barrios Lopez; J.	151
Baz Montero; S.	61

Bedoya Belmonte; J.	177
Beltrán Calvo; C.	20
Bellido Estevez; I.	37, 58
Benitez Benitez; I.	83
Benítez Rivero; J.	40, 41
Bermejo Vélez; M.	107, 161, 163
Blanco Mora; A.	237
Blazquez Barba; M.	59, 61

C

Caballero Lopez; J.	140, 141
Caballero Morgado; J.	243
Cabañas Arijá; J.	213, 219, 243
Cabello Bornes; M.	24
Cabello López; M.	220
Cabeza Rodríguez; E.	226
Cabezas Saura; P.	50
Cabrerizo Carvajal; A.	11, 18, 25, 77
Calatrava López-Ronco; E.	152, 153, 172, 173, 176, 191, 196, 244
Calderón Casero; M.	212
Calderón Rodríguez; A.	110, 121, 123
Calvete Rial; M.	30
Calzado Rodríguez; C.	112
Camacho Reina; S.	104, 113, 204
Camejo Calderón; C.	56
Camejo Calderón; C.	56
Campa Valera; F.	19
Cantero Campos; A.	236
Caraballo Camacho; M.	12
Carabot Ramírez; A.	133, 209, 225, 226
Carmona González; A.	77, 187, 188
Caro Cuenca; T.	57
Carrascal Garrido; R.	15
Carrero Morera; M.	186
Carrillo Peñas; N.	40, 41
Casas Galán; F.	244
Castaño Durán; C.	166, 168, 201
Castellano Muñoz; N.	50
Castelló Corvillo; M.	30, 33
Castilla Castillejo; J.	237
Castillejo Boguerín; M.	55
Castillo Bueno; H.	76
Castillo Fernández; N.	42, 175

Castillo Montañó; J.	168
Castillo Moraga; M.	56
Castiñeiras Pardo; G.	65, 70
Cavallaro; I.	161, 163, 245
Cayuela Domínguez; A.	29
Cerero Carrasco; C.	30
Cerezo Salmerón; M.	184, 247
Chamorro González-Ripoll; C.	128, 142
Cordero Moreno; A.	195, 200
Coronel Pérez; I.	213
Correa Gómez; V.	101, 102, 215, 216
Cortes Valverde; A.	82, 115
Cosano Prieto; I.	30, 33
Cossi Torrejón; J.	201, 208, 226
Cotrino Lino; J.	70
Croché Santander; B.	17
Curado Castaño; R.	140, 141
Curado Mateos; M.	132, 208, 209, 226

D

de Castro Castro; J.	178, 184
de Castro Simón; J.	88, 97, 116
de Cruz Benayas; M.	38, 82, 131, 149, 151, 154
De Haro Padilla; J.	57
de la Rosa Martín; M.	142
De La Sierra Muñoz; A.	111
de la Torre Solís; C.	125
De Román Martínez; B.	55
Del Pino Montesinos; J.	19
Delgado Moya; M.	27, 72, 105, 107, 126, 127, 161, 163, 184, 210
Delgado Rodríguez; M.	132, 133
Delgado Vidarte; A.	128, 142, 186
Díaz Caler; A.	155, 157, 160
Díaz Cordero; M.	145
Díaz Jiménez; J.	14
Díaz Rivera; M.	30
Díaz Saborido; A.	95, 109, 111, 118, 119, 124
Díaz Sánchez; M.	219
Domínguez Camacho; J.	13
Domínguez García; A.	84, 99, 103, 104
Dominguez Rite; C.	105, 107, 126, 127
Domínguez Santaella; M.	62
Dominguez Trigos; V.	237, 238
Drabovich Drabovich; O.	74, 75, 96
Dueñas Vargas; R.	183
Duque; C.	36

E

Egea Aldana; F.	129, 130
Escassi Perez; C.	29
Escribano Serrano; J.	39
Espejo Jiménez; I.	232, 233
Espejo Martín; I.	108, 220
Estades Rubio; M.	104, 113, 204
Esteban Kvamme; E.	34
Esturo Alcaine; J.	45
Expósito Díaz-Álvarez; M.	185, 207, 215
Eyaralar Arguelles; M.	24

F

Fernández Aranda; M.	182, 194, 197, 199
Fernández Bernal; N.	234, 247
Fernandez Garcia; G.	129, 130
Fernández Lara; M.	44, 69
Fernández López; C.	82
Fernández Martínez; D.	234
Fernández Molina; G.	238
Fernández Morán; M.	78, 79
Fernández Muñoz; M.	147
Fernández Romero; A.	21, 30
Fernández Ruiz; J.	21
Fernández Toro; J.	32
Fernández-Arroyo Naranjo; E.	236
Ferrer López; I.	11, 35, 36, 59, 61
Filellas Sierpes; A.	144
Fiñana Sánchez; R.	241
Florencio Sayago; M.	35
Franco Marquez; M.	237

G

Gago León; M.	110, 123
Galardo Garcés; C.	111
Gallego Parrilla; M.	198, 199
Gamero de Luna; E.	89
Gamero Estévez; E.	89
García Almendro; L.	54, 210
García Álvarez; F.	245
García Bermúdez; E.	36, 59, 61
García Bonilla; A.	39
García Buendía; A.	104, 113, 204
García Carrasco; C.	21
García Delgado; A.	36, 59, 61
García Domingo; E.	172
García Domínguez; L.	39
García Fernández; J.	32

García Flores; A.....	101, 102, 215, 216
García Fraile; M.....	105, 190, 219, 243
García Gómez; M.	187, 189, 201
García González; G.....	83, 87, 98
García Lerín; A.....	45
García Lupiañez; J.....	50
García Matarín; L.....	31
García Moreno; R.....	231
García Muñoz; M.....	222, 224, 227
García Navas; A.....	83, 87, 98
García Prat; M.	128, 186, 189
García Ruíz; C.....	128, 142
García-Revilla Fernández; J.	48, 237, 238
Garraón Ruiz; L.....	56
Garrido Lobato; P.....	171
Gasset Giráldez; J.	143
Geara Joyed; P.	95, 109, 111, 118, 119, 124
Gil Gil; I.....	44
Ginel Mendoza; L.	21, 31, 62, 69
Giraldo Abadín; F.	132
Gómez Brioso; J.....	56
Gómez Gómez; G.....	148
Gómez González; M.....	44
Gómez Montes; C.	31, 55, 62, 83
Gómez Ramírez; C.....	78
Gómez Torres; J.....	214
Gonzalez Aguilera; J.	54, 66, 68, 145, 240
Gonzalez Chamoso; G.....	23
González Díaz; L.	228
González Gamarra; A.	32
González Lama; J.....	48
González Serrano; M.	57
González Suárez; Á.	203
González Torres; M.....	236
Grande Grande; M.	55
Guerrero Ayala; A.	118, 120, 128
Guerrero Ruiz; J.....	62
Guerrero Vázquez; L.....	50
Guijo Roldán; C.	133, 225
Gutiérrez Jansen; M.....	45, 47, 49, 69
Gutiérrez Reyes; E.....	194, 195, 200
Gutiérrez Ruiz; C.....	85
Guzmán Jabares; R.....	45, 46

H

Hamadi Mohamed; D.....	37, 58
Hermoso Oballe; P.....	88, 97, 116

Hernández García; J.....	30
Hernández Labrot; B.	79
Hernández Sánchez; L.....	76
Herrera Ruiz; C.	59
Hidalgo Berutich; A.	90, 93, 171
Hidalgo Martín; F.	42, 43, 47, 49, 50, 69, 174, 175
Hidalgo Rodríguez; A.....	38, 131, 149, 151, 154
Hinojosa Fuentes; F.	64, 77, 137, 139
Hinojosa Gallardo; J.....	138, 139
Hormigo Pozo; A.	21
Hueto Aguilar; A.....	222, 224, 227

I

Ibancos Arnaldos; J.	219
Ignacio Expósito; J.....	40, 41

J

Jara Abril; M.	170, 221, 235, 242, 243
Jiménez Alonso; E.	76
Jiménez del Marco; N.	110, 121, 123
Jiménez Muñoz; N.....	114, 143
Jimenez Ramos; P.	203

K

Ktiri Fakihi; N.....	37, 58
----------------------	--------

L

Lacorzana Rodriguez; J.	150
Laurenti Gómez; M.	200
Lazaro Garcia; M.	86
Leiva Cepas; F.	45, 57, 94
Lendínez Sánchez; S.	158, 159
León Domínguez; J.	155, 160
Loizaga González; E.....	44
Lolo; F.	81
Lomeña Villalobos; J.	125
López Cintas; R.	82, 115
López Cordero; E.....	240
López Díaz; J.	51, 64, 65, 137, 171
López Domínguez; E.....	48
López Gómez; J.....	97, 100
López Maíllo; B.	30
López Mesa; M.	24
López Mesa; S.	84, 99, 103, 104
López Pereiro; O.	160
López Suárez; J.....	33, 217, 218
López Valverde; M.....	164, 166, 188
Luna Pereira; M.....	51, 64, 65, 67, 137
Luque Barberán; T.....	201, 208, 226

Luque Suárez; A.15

M

Madeira Martins; J.94
 Mahmoud Atoui; O.31
 Maldonado Campaña; J.35
 Mancera Romero; J.12, 18, 19, 26, 42
 Manjón Collado; M.30
 Maqueda Cuenca; M.241
 Marín Serrano; I.185, 207
 Márquez Racero; L.112
 Marsal Valmala; M.136
 Martín Brioso; E.72, 126, 127
 Martín Enguix; D.38, 131, 149, 151, 154
 Martín Fernández; L.213, 219, 243
 Martín Martín; M.108, 220
 Martín Valencia; A.247
 Martínez Cabezas; S.28
 Martínez Celdrán; M.35
 Martínez de la Ossa; J.166
 Martínez Ibáñez; M.200
 Martínez Molina; A.152, 229, 230
 Martínez Túnez; M.25, 80
 Masía Perpiña; Ó.30, 33
 Mejías Estévez; M.20
 Mellado Prenda; C.54, 64, 67, 68, 145
 Membrilla Díaz; C.114, 239
 Mené Llorente; M.38, 131, 149, 151, 154
 Merina Guerra; R.156, 157
 Mesa Masa; E.34, 117
 Michán Doña; A.39
 Miguel Moreno; M.45, 46, 167, 169
 Miranda García; A.112
 Moga Lozano; S.125
 Molina Casado; M.104, 113, 204
 Molina Moreno; J.182, 191, 194, 197, 199, 244
 Montblanc Díaz; E.33
 Montero Balosa; M.19
 Montilla Álvaro; M.128, 142
 Mora Moreno; F.70
 Mora Ortíz; I.89
 Morales Rodríguez; C.38
 Morales Rodríguez; I.56
 Morán Bayón; Á.55
 Morán Rocha; M.144
 Morato Lorenzo; L.170, 221, 235, 242, 243
 Moreno García; M.69

Moreno Molina; J.182
 Moreno Vega; A.57
 Moreno Velarde; M.222, 224, 227, 231
 Moyá Amengual; A.44
 Muñoz Gamero; R.96
 Muñoz Hinojosa; M.194
 Muñoz Maya; R.97, 100
 Muriel Martín; M.78, 79
 Murillo Fernández; M.36, 59
 Murillo Jelsbak; C.31

N

Narváz Gómez; L.201, 208, 226
 Navarrete Vega; P.97, 100
 Navarro Arco; C.77
 Navarro Ortiz; M.111
 Neila López; M.54, 66, 68, 240
 Nieblas Silva; J.21
 Nuñez Azofra; M.167, 187, 188, 201

O

Obra Ruiz; Y.232, 233
 Ocete Segura; I.236
 Ochoa Pascual; M.165, 187, 188, 201
 Ocón Hijano; J.236
 Oliva Márquez; M.54, 66, 68, 145, 210
 Olivares Loro; A.132, 133, 181, 208, 211, 225, 226
 Orellana Beltrán; M.183, 212
 Orellana Legupin; C.122
 Ortega Blanco; J.51, 70, 171
 Ortega Carpio; A.68
 Ortega Salas; R.57
 Ortiz Navarro; B.118, 120, 128
 Ortiz Puertas; T.106, 134, 135, 206, 223
 Otero Garrido; M.88, 97, 116
 Otero Harana; M.56
 Otero Rosado; F.81

P

Palma Amaro; A.29
 Panero Hidalgo; P.86
 Paniagua Gómez; F.43
 Paños Maturana; E.129
 Pardo Álvarez; J.186
 Pardo Morán; M.164, 166, 168
 Pazos Bernal; N.112
 Pazos Pazos; N.67
 Pedregal González; M.51, 54, 70

Peinado Villén; P.	236
Peláez Pérez; M.	191
Perea Alfaro; C.	214
Perejil Sánchez; B.	84, 99, 104
Perejón Díaz; M.	85
Pérez Cornejo; Y.	67
Perez Linaza; A.	181, 211
Perez Lozano; M.	29
Pérez Razquin; E.	90, 93, 189
Pérez Rivera; R.	101
Pérez Sánchez; J.	14
Perpiñá Fortea; C.	125
Pineda Muñoz; I.	33, 192, 193, 202, 205, 217
Plata Illescas; A.	48
Prieto Moreno; P.	236
Puga Romero; M.	28
Puntas Robleda; Y.	23

R

Rama Martínez; T.	44
Ramblado Minero; M.	23
Ramírez Sánchez; A.	186
Ramírez Sánchez; C.	105, 145, 190, 210, 219
Ramírez Sánchez; D.	51, 64, 65, 70, 171
Rego García; I.	149
Reina González; R.	32, 62
Reina Prego; C.	78, 79
Reina Prego; R.	78, 79
Rinaldi Pabon; F.	103, 104
Ríos Carrasco; M.	66, 145
Rivera Fenoy; D.	112
Rodríguez Aguirre; J.	149
Rodríguez Chaves; M.	77, 137, 139
Rodríguez Díaz; E.	34, 117
Rodríguez Forero; A.	23
Rodríguez Guerrero; E.	238
Rodríguez Moreno; S.	180
Rodríguez Ruciero; Á.	72, 105
Rodríguez Ruiz; R.	84, 99
Rodríguez Suárez; S.	89
Rodríguez Valencia; C.	231
Rodríguez Villadeamigo; G.	90, 93, 186, 189
Rojas Martínez; M.	152, 153, 172, 176, 177, 196
Roldán Fernández; A.	152, 229, 230
Roldán Montoya; A.	173, 179, 180
Romero Barranca; I.	33, 192, 193, 202, 205, 218
Romero Borrego; R.	140, 141

Romero Cañadillas; A.	81
Romero Cortés; R.	243
Romero Herraiz; F.	169
Romero Molina; M.	82
Romero Olea; M.	28
Romero Sánchez; P.	167, 169
Romo Guajardo-Fajardo; C.	33, 192, 193, 202, 205, 217, 218
Rosado Camacho; E.	82
Rubio Carballo; F.	236
Ruibérriz de Torres Fernández; E.	72
Ruiz Vela; A.	174, 182, 194, 197, 199
Ruz Cabello; M.	23

S

Salado Natera; M.	83, 87, 98, 129, 130
Salguero de la Haya; S.	118, 119, 124
Sánchez Cañete; Y.	36
Sánchez De Cos Jiménez; L.	228
Sánchez González; M.	74, 75, 96
Sánchez Hernica; E.	152, 153, 172, 176, 177, 195, 196
Sánchez Lara; F.	25, 80
Sánchez Medianero; M.	94
Sanchez Morales; L.	95, 109, 111, 118, 119, 124
Sánchez Pérez; M.	26, 42, 47, 49, 174, 175
Sánchez Romero; L.	227
Sánchez Ruiz-granados; E.	45, 46
Santos Altozano; C.	45
Santos Martín; L.	178, 184, 247
Santos Morano; J.	234
Santos Moyano; M.	182
Sanz Ortega; T.	42, 43, 47, 49, 50, 174, 175
Sanz Zorilla; A.	94
Sellamito Morales; M.	114, 143, 239
Seoane Vicente; M.	55
Serrano Camacho; A.	183, 212
Serrano García; I.	181, 211
Serrano León; M.	106, 134, 135, 206, 223
Serrano Sanchez; B.	29
Sicilia Barea; E.	152, 153, 172, 177, 195, 196
Simao Aiex; L.	118, 120, 128
Solís Ceballos; C.	209
Sousa Montero; M.	53, 245
Sumariva Bernal; M.	35

T

Terrón Sánchez; A. ..	152, 153, 172, 173, 176, 177, 179, 180, 196
-----------------------	---

Tirado Sánchez; D.....	43
Torrejón Clavijo; M.....	146
Torresano Porras; E.....	182, 191, 244
Trigos Domínguez; V.	48
Trujillo Díaz; N.....	27, 72, 105, 107, 126, 127, 184, 190, 210, 219
Turégano Yedro; M.	32

U

Uroz Campoy; J.	139
----------------------	-----

V

Valenzuela Núñez; C.	170, 221, 235, 242, 243
Vaquero Álvarez; M.....	238
Vargas Díez; J.	15
Vargas Ortega; D.....	28
Vázquez Mancilla; E.....	182, 191, 194, 244
Velasco Quiles; J.	33
Velasco Soto; J.	53, 245
Velázquez Mata; M.	165, 201
Vera Ledo; M.	108
Vilar De Linares; M.	125
Villalba Alcalá; F.	81
Villalobos Millán; I.	152, 153, 173, 179

Y

Yáñez Bermejo; V.	194, 231
Yáñez; C.	173
Yaoubi Badah; M.....	37, 58

Z

Zafra Olmo; B.....	232
Zarallo Pérez; A.	228
Zuazagoitia de la Lama-Noriega; J.....	16
Zuleta Valencia; J.....	157, 160